

HAMBURGISCHES GESETZ- UND VERORDNUNGSBLATT

TEIL I

HmbGVBl. Nr. 32		FREITAG, DEN 27. JUNI	2008
Tag	Inhalt	Seite	
24. 6. 2008	Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Hamburgische Beihilfeverordnung – HmbBeihVO) neu: 2030-1-90, 2032-1-4	223	
24. 6. 2008	Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Umsetzung der Reform der Gemeinsamen Agrarpolitik 7847-28-1	237	
24. 6. 2008	Zweite Verordnung zur Änderung der Hamburgischen Elternzeitverordnung 2030-1-86	238	

Angaben unter dem Vorschriftentitel beziehen sich auf die Gliederungsnummern in der Sammlung der Gesetze und Verordnungen der Freien und Hansestadt Hamburg.

Verordnung

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

Vom 24. Juni 2008

Auf Grund von § 85 Absatz 11 des Hamburgischen Beamtengesetzes (HmbBG) in der Fassung vom 29. November 1977 (HmbGVBl. S. 367), zuletzt geändert am 6. Februar 2008 (HmbGVBl. S. 63), wird verordnet:

§ 1

Zweckbestimmung und Geltungsbereich

(1) Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen, in Fällen des nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs und der nicht rechtswidrigen Sterilisation, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen. Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

(2) Diese Verordnung gilt für Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter, Personen, die in einem öffentlich-rechtlichen Ausbildungsverhältnis stehen, und Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger.

(3) Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Die Gewährung einer Beihilfe kann davon abhängig gemacht werden, dass die Auf-

wendungen, für die sie bestimmt ist, vollständig bezahlt sind oder dass die Bezahlung dieser Aufwendungen gewährleistet ist.

§ 2

Beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige

Der Kreis der beihilfeberechtigten Personen und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen richtet sich nach § 85 Absatz 2 HmbBG.

§ 3

Sonstige Angehörige

Berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne des § 85 Absatz 2 Sätze 3 bis 5 HmbBG sind nicht

1. Geschwister der oder des Beihilfeberechtigten und ihres Ehegatten oder seiner Ehegattin oder ihrer Lebenspartnerin oder seines Lebenspartners,

2. Ehegattinnen oder Ehegatten oder Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner und Kinder beihilfeberechtigter Waisen.

§ 4

Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

Für das Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen gelten die Regelungen nach § 85 Absatz 3 HmbBG.

§ 5

Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

(1) § 85 Absatz 4 Satz 1 HmbBG regelt, dass Aufwendungen nur beihilfefähig sind, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen einer Ärztin oder eines Arztes oder einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes ist ausschließlich nach den Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 211), zuletzt geändert am 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320, 3325), und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert am 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320, 3325), in ihrer 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 Zahnärztin oder vom Zahnarzt zu begründen.

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

(3) Nicht beihilfefähig sind

1. Sach- und Dienstleistungen; als Sach- und Dienstleistung gilt die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung; 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
 - a) Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel sowie für die Beförderung nach § 35, § 36 und § 133 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert am 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 899), in der jeweils geltenden Fassung,
 - b) Aufwendungen, die darauf beruhen, dass eine mögliche Sach- und Dienstleistung nicht als solche in Anspruch genommen worden ist.

Satz 1 gilt nicht für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022, 3023), zuletzt geändert am 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 901), in der jeweils geltenden Fassung, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind,

2. gesetzlich vorgesehene Kostenanteile und Zuzahlungen,
3. Aufwendungen nach §§ 6 bis 10, 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 in der Fassung vom 19. Oktober 2002 (BGBl. 2002 I S. 4212,

2003 I S. 179), zuletzt geändert am 16. Mai 2008 (BGBl. I S. 842, 845), in der jeweils geltenden Fassung 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),

4. Aufwendungen für Beamtinnen und Beamte, denen auf Grund des Hamburgischen Beamtengesetzes Heilfürsorge zusteht,
5. 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, Kinder, Eltern, Enkelkinder, Großeltern, Geschwister, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwiegereltern, Schwäger und Schwägerinnen 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,
6. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Absatz 4 SGB V verlangt wird,
7. 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,
8. Aufwendungen, die auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs nach § 85 Absatz 3 Satz 5 HmbBG beihilfefähig sind; dies gilt in den Fällen des § 85 Absatz 3 Satz 5 Nummer 2 HmbBG für berücksichtigungsfähige Ehegattinnen oder Ehegatten oder Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner jedoch nur, wenn ein gleichwertiger Beihilfeanspruch besteht,
9. Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einer oder einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf eine andere oder einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind.

(4) Abweichend von Absatz 3 Nummer 9 sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 93 HmbBG zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruches auf die Freie und Hansestadt Hamburg führt.

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

Aus Anlass eines Krankheitsfalls sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. Leistungen einer Ärztin oder eines Arztes, einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes, einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten oder einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers; dies gilt nicht für Maßnahmen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung vorgenommen werden; Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für zahnärztliche einschließlich

kieferorthopädischer Leistungen bestimmen sich nach Anlage 1; Aufwendungen für eine Psychotherapie und für eine Verhaltenstherapie sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit auf Grund eines Gutachtens einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes vorher anerkannt hat; Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach den Psychotherapie-Richtlinien in der Fassung vom 11. Dezember 1998 (BANz. 1999 S. 249), zuletzt geändert am 20. Dezember 2007 (BANz. S. 1015), in der jeweils geltenden Fassung;

2. die von einer Ärztin oder einem Arzt, einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt oder einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, abzüglich eines Betrags für jedes verordnete Arznei- und Verbandmittel in Höhe von zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels; Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, für die ein Festbetrag festgesetzt ist, sind nur bis zur Höhe des Festbetrags beihilfefähig; Beträge nach dem ersten Halbsatz sind vom Festbetrag abzuziehen; Beträge nach dem ersten Halbsatz sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen
 - a) für berücksichtigungsfähige Kinder,
 - b) für Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger mit Bezügen bis zur Höhe des Mindestruhegehalts nach § 14 Absatz 4 Sätze 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetzes in der Fassung vom 16. März 1999 (BGBl. I S. 323, 847, 2033), zuletzt geändert am 19. Juli 2006 (BGBl. I S. 1652, 1657), in der am 31. August 2006 geltenden Fassung,
 - c) für Personen, für die eine Beihilfe nach § 9 Absatz 7 Satz 3 gewährt wird,
 - d) im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen,
 - e) 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 Arzneimittelskaufs keine Zuzahlung zu leisten ist;
 nicht beihilfefähig sind:
 - a) Aufwendungen für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die auf Grund von § 34 Absatz 1 Satz 6 und § 34 Absätze 2 und 3 SGB V nicht zulasten einer Krankenkasse verordnet werden dürfen,
 - b) Präparate, die überwiegend zur Behandlung erektiler Dysfunktionen sowie zur Anreizung oder Steigerung der sexuellen Potenz dienen;
3. eine von einer Ärztin oder einem Arzt schriftlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe; Nummer 2 vierter Halbsatz gilt entsprechend; zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie und dergleichen; dies gilt nicht für Saunabäder und das Schwimmen in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung (§ 7) oder einer Heilkur (§ 8); 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 Masseurin oder einem Masseur oder einer Masseurin und medizinischer Bademeisterin oder einem Masseur und medizinischem Bademeister 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;

4. Beschaffung oder Miete, Betrieb, Unterhaltung, Reparatur und Ersatz von einer Ärztin oder einem Arzt schriftlich verordneter Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 2;
5. erste Hilfe;
6. vollstationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen bis zur Höhe der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen
 - nach § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert am 20. April 2007 (BGBl. I S. 554, 575), in der jeweils geltenden Fassung, oder
 - nach § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert am 26. März 2007 (BGBl. I S. 378, 456), in der jeweils geltenden Fassung,
 in Form von
 - a) DRG-Fallpauschalen, Zusatzentgelten und Zuschlägen gemäß dem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 887), zuletzt geändert am 26. März 2007 (BGBl. I S. 378, 456), in der jeweils geltenden Fassung vereinbarten beziehungsweise vom Bundesministerium für Gesundheit 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 § 7 oder § 9 anzuwenden ist; Ermäßigungen der Vergütungen für allgemeine Krankenhausleistungen wegen Inanspruchnahme von gesondert berechenbaren Wahlleistungen (§§ 16 und 17 KHEntgG) bleiben unberücksichtigt; im Übrigen sind Mehraufwendungen für gesondert berechenbare Wahlleistungen nicht beihilfefähig; bei Behandlung in einem Krankenhaus, für das das Krankenhausfinanzierungsgesetz nicht gilt, gilt der erste bis dritte Halbsatz 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;
7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige, voraussichtlich weniger als sechs Monate dauernde häusliche Krankenpflege; sie umfasst Grundpflege und hauswirt-

schaftliche Versorgung; die Grundpflege muss überwiegend; außerdem sind aus Anlass einer Krankenpflege nach dem ersten Halbsatz die Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege beihilfefähig; die Aufwendungen nach dem ersten bis dritten Halbsatz 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 § 85 Absatz 2 Satz 1 und Sätze 3 bis 5 HmbBG gleichzeitig im selben Haushalt gepflegt, sind die Aufwendungen bis zum 1,5-fachen der Kosten nach dem vierten Halbsatz beihilfefähig; bei einer Pflege durch nahe Angehörige (§ 5 Absatz 3 Nummer 5) sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

- a) Fahrkosten (Nummer 9),
- b) eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, höchstens jedoch bis zu den Kosten nach dem vierten und fünften Halbsatz, 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;
8. eine Familien- und Haushaltshilfe bis zum Betrag von 6 Euro stündlich, jedoch nicht mehr als 36 Euro täglich, wenn die Hilfe für die Weiterführung des Haushalts der oder des Beihilfeberechtigten für die Zeit einer stationären Unterbringung (Nummer 6, § 9) 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, dass die oder der Beihilfeberechtigte, sofern sie oder er nicht allein erziehend ist, oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige nicht oder nur geringfügig beschäftigt ist und im Haushalt mindestens ein berücksichtigungsfähiges Kind unter 15 Jahren oder eine pflegebedürftige sonstige berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein pflegebedürftiger sonstiger berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt; dies gilt auch bei Angehörigen, die nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind oder als selbst beihilfeberechtigt gelten (§ 85 Absatz 3 Sätze 2 bis 4 und Satz 5 Nummer 2 HmbBG); der erste bis dritte Halbsatz in besonderen Fällen bis zur Dauer von sieben Tagen im Anschluss an die stationäre Unterbringung; dies gilt insbesondere für alleinstehende Beihilfeberechtigte, wenn eine Hilfe für die Weiterführung des Haushalts erforderlich ist; Nummer 7 siebter Halbsatz gilt entsprechend; werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe im zweiten und dritten Halbsatz genannte Angehörige 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 (§ 5 Absatz 3 Nummer 5) sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Nummer 9) nicht beihilfefähig;
9. die Beförderung bei Inanspruchnahme ärztlicher oder zahnärztlicher Leistungen, Heilbehandlungen oder bei Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen (Num-

mern 1, 3 und 6) und für eine erforderliche Begleitperson bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie die Gepäckbeförderung; höhere Beförderungskosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, sind die Kosten bis zum in § 6 Absatz 1 des Hamburgischen Reisekostengesetzes in der Fassung vom 21. Mai 1974 (HmbGVBl. S. 159), zuletzt geändert am 19. Februar 2008 (HmbGVBl. S. 70), in der jeweils geltenden Fassung genannten Höchstbetrag je Kilometer beihilfefähig; von den nach dem ersten bis dritten Halbsatz beihilfefähigen Aufwendungen ist vor der Berechnung der Beihilfe jeweils ein Betrag in Höhe von zehn vom Hundert der jeweiligen Beförderungskosten für jede einfache Fahrt, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings nicht mehr als die Beförderungskosten der jeweiligen Fahrt abzuziehen; Nummer 2 vierter Halbsatz gilt entsprechend;

nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die

- a) Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
- b) Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrende Beförderungsmittel am Wohn- oder Aufenthaltsort der oder des Behandelten oder in der nächsten Umgebung,
- c) Mehrkosten der Beförderung an einen anderen als den nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
- d) Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise,
- e) Beförderung im Zusammenhang mit Kuren oder kurähnlichen Maßnahmen; §§ 7 und 8 bleiben unberührt;
- 10.a) Unterkunft bis zum Höchstbetrag von 26 Euro täglich, wenn
 - aa) ein anderer Ort für eine ambulante Untersuchung, Behandlung oder dergleichen aufgesucht werden muss,
 - bb) eine Kur oder ein ähnliches Heilverfahren nicht vorliegt und
 - cc) 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;
- b) Unterkunft und Verpflegung bis zum Höchstbetrag von 9 Euro täglich, wenn bei einer Heilbehandlung (Nummer 3) eine Heimunterbringung erforderlich wird; dies gilt nicht, wenn eine Beihilfe nach § 9 Absatz 7 oder 10 gewährt wird;
11. eine Organspenderin oder einen Organspender in Fällen, in denen die oder der Beihilfeberechtigte oder eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger die Empfängerin oder der Empfänger ist, für
 - a) Aufwendungen nach Nummern 1 bis 3, 6, 8 bis 10, die bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen, und

b) den nachgewiesenen Ausfall an Arbeitseinkommen; die Aufwendungen werden nur berücksichtigt, soweit sie nicht von anderer Seite erstattet werden oder zu erstatten sind; der erste und zweite Halbsatz gilt auch für als Organspenderinnen oder Organspender vorgesehene Personen, bei denen sich später herausstellt, dass sie als Organspenderinnen oder Organspender nicht in Betracht kommen.

§ 6a

Belastungsgrenze bei Abzugsbeträgen

Abzugsbeträge nach § 6 Nummer 2 erster bis dritter Halbsatz und Nummer 9 vierter Halbsatz 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 § 6 Nummer 2 erster bis dritter Halbsatz oder Nummer 9 vierter Halbsatz 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 bzw. 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. § 6 Nummer 2 vierter Halbsatz und Nummer 9 fünfter Halbsatz bleibt unberührt.

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

(1) Aus Anlass einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Nummern 1 bis 3,
2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens drei Wochen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums; für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitung behördlich festgestellt ist, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig; Voraussetzung ist eine Bestätigung des Sanatoriums, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist,
3. nach § 6 Nummer 8 mit Ausnahme des vierten und fünften Halbsatzes und Nummer 9,
4. für die Kurtaxe; dies gilt auch für die Begleitperson (Nummer 2 zweiter Halbsatz),
5. für den ärztlichen Schlussbericht.

(2) Die Aufwendungen nach Absatz 1 Nummern 2 bis 5 sind nur beihilfefähig, wenn

1. die Sanatoriumsbehandlung nach einem Gutachten einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes notwendig ist und nicht durch eine

andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,

2. die Feststellungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat und
3. die Behandlung innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheids begonnen wird.

War die sofortige Einlieferung in ein Sanatorium von einem Ort außerhalb der Freien und Hansestadt Hamburg geboten, kann die Beihilfefähigkeit auf Grund eines Gutachtens einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes auch nachträglich anerkannt werden; der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist unverzüglich nachzuholen.

(3) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Sanatoriumsbehandlung darf nicht anerkannt werden, wenn im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur (§ 8) durchgeführt und beendet worden ist. Von der Anwendung des Satzes 1 kann abgesehen werden, wenn die Sanatoriumsbehandlung nach einer schweren, eine stationäre Krankenhausbehandlung erfordernden Erkrankung geboten ist; entsprechendes gilt in Fällen des Absatzes 2 Satz 2.

(4) Ein Sanatorium im Sinne dieser Verordnung ist ein Krankenhaus, in dem

1. unter ärztlicher Leitung besondere Heilbehandlungen (mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie und dergleichen) durchgeführt werden und
2. die für die Behandlung erforderlichen Einrichtungen und Pflegepersonen vorhanden sind.

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkuren

(1) Die Aufwendungen für eine Heilkur sind nur für die in § 85 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 HmbBG genannten Personen beihilfefähig.

(2) Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Nummern 1 bis 3,
2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens dreiundzwanzig Kalendertage einschließlich der Reisetage bis zum Betrag von 16 Euro täglich, für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitung behördlich festgestellt ist, bis zum Betrag von 13 Euro täglich, wenn die oder der Beihilfeberechtigte versichert, dass Aufwendungen mindestens in dieser Höhe entstanden sind,
3. nach § 6 Nummer 9,
4. für die Kurtaxe; dies gilt auch für die Begleitperson (Nummer 2),
5. für den ärztlichen Schlussbericht.

(3) Die Aufwendungen nach Absatz 2 Nummern 2 bis 5 sind nur beihilfefähig, wenn

1. nach einem Gutachten einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit
 - a) nach einer schweren Erkrankung eine Heilkur,
 - b) bei Vorliegen eines erheblichen chronischen Leidens eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung

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 Heilkur innerhalb von vier Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheids begonnen wird.

(4) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Heilkur 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 Sanatoriumsbehandlung (§ 7) oder Heilkur 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 Heilkur enden wird, es sei denn, dass die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,
5. solange die oder der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes enthoben ist.

(5) Bei Anwendung des Absatzes 4 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.

(6) Eine Heilkur im Sinne dieser Verordnung ist eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem inländischen Mineral-, Moor- oder Seeheilbad oder für Klimaheilkuren oder Kneippheilkuren als geeignet anerkannten Ort durchgeführt wird; die Unterkunft muss sich im Kurort oder in der nächsten Umgebung befinden und ortsgebunden sein.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aus Anlass einer dauernden Pflegebedürftigkeit richtet sich nach § 85 Absatz 7 HmbBG.

(2) Pflegebedürftige Personen müssen mindestens der Pflegestufe I nach § 15 Absatz 1 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert am 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), in der jeweils geltenden Fassung zuzuordnen sein. §§ 14 und 15 Absätze 1 und 2 SGB XI gelten entsprechend.

(3) Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind die 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 (§ 6 Nummer 7 fünfter Halbsatz) 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. § 6 Nummer 7 sechster und siebter Halbsatz gilt entsprechend; Fahrkosten (§ 6 Nummer 9) sind nicht beihilfefähig. Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt. Sie bestimmt sich nach den Pflegestufen des § 15 Absatz 1 SGB XI und wird monatlich in Höhe der in § 37 Absatz 1 Satz 3 SGB XI für Pflegebedürftige der jeweiligen Pflegestufe genannten Beträge gewährt. Ein aus demselben Anlass zustehendes Pflegegeld aus der privaten oder sozialen Pflegeversicherung sowie aus demselben Anlass auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften zustehende Leistungen sind auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Pauschalbeihilfe nach Satz 4 zur Hälfte gewährt; Satz 5 bleibt unberührt. § 37 Absatz 2 SGB XI gilt sinngemäß. Beihilfen werden auch zu den Aufwendungen für Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI (Pflege-Pflichteinsätze) gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilig Zuschüsse zahlt. Der Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmt sich nach § 37 Absatz 3 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 8 entsprechend.

(4) Wird die häusliche Pflege teilweise durch Pflegekräfte (Absatz 3 Sätze 1 und 2) und teilweise durch sonstige Personen (Absatz 3 Satz 3) erbracht, wird die Beihilfe nach Absatz 3 Sätze 1 und 2 sowie 4 bis 6 anteilig gewährt.

(5) Bei einer häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) sind die Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege nur beihilfefähig, soweit die private oder die soziale Pflegeversicherung hierfür Leistungen erbringt. Beihilfefähig ist der Betrag, aus dem sich die jeweilige Leistung der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung errechnet. Die Sätze 1 und 2 gelten bei Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und für Maßnahmen zur Verbesserung des häuslichen Umfeldes der pflegebedürftigen Person (§ 40 Absätze 1 bis 4 SGB XI) entsprechend.

(6) Bei einer teilstationären Pflege in einer geeigneten Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege (§ 41 Absatz 1 SGB XI) gilt Absatz 3 Satz 1 entsprechend. Bei einer vorübergehenden Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung (§ 42 Absatz 1 SGB XI) sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, soweit die private oder die soziale Pflegeversicherung hierfür Leistungen erbringt. Beihilfefähig ist der Betrag, aus dem sich die jeweilige Leistung der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung errechnet.

(7) Bei einer stationären Pflege gelten § 43 Absatz 1 und § 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI entsprechend. Die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen (§ 84 Absatz 2 Sätze 2 und 3 SGB XI), die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege sind beihilfefähig bis zu einem Pauschalbetrag von monatlich

1. 1.023 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe I,
2. 1.279 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe II,
3. 1.432 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe III,

4. 1.688 Euro für Pflegebedürftige, die nach § 43 Absatz 3 SGB XI als Härtefall anerkannt sind. Die weiteren Aufwendungen sind bis zu Höchstbeträgen

1.1 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,

1.2 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,

1.3 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:

2.1 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,

2.2 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 des Satzes 3 sind Personen, die nach § 85 Absatz 2 Sätze 3 und 4 HmbBG berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind oder als selbst beihilfeberechtigt gelten (§ 85 Absatz 3 Sätze 2 bis 4 und Satz 5 Nummer 2 HmbBG). Soweit eine tageweise Abrechnung erfolgt, sind die Höchstbeträge nach Satz 3 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, § 6 Nummer 6 erster Halbsatz,
2. sonstigen Krankenhaus § 6 Nummer 6 vierter und fünfter Halbsatz

entsprechend.

(8) Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten, wird in den Fällen der Absätze 3 und 5 bis 7 eine Beihilfe in wertmäßig gleicher Höhe gewährt. § 85 Absätze 5 und 9 HmbBG findet keine Anwendung. Über den Gesamtwert nach Satz 1 hinausgehende Aufwendungen sind nach Maßgabe der Absätze 3 und 5 bis 7 beihilfefähig.

(9) Das Vorliegen einer dauernden Pflegebedürftigkeit nach Absatz 2 ist durch ein ärztliches Gutachten nachzuweisen, das Angaben über die Art der Behinderung und die Verrichtungen, für die die pflegebedürftige Person der Hilfe bedarf, enthalten muss. Bei Personen, die in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung versichert sind, entscheidet die Festsetzungsstelle auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach den Absätzen 3 und 5 bis 8; § 5 Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt. Im Übrigen entscheidet die Festsetzungsstelle auf Grund eines Gutachtens einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes. Die Beihilfe wird vom Beginn des Monats an gewährt, in dem erstmalig ein Antrag bei der Festsetzungsstelle gestellt worden ist, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

(10) Bei einer Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Absatz 4 SGB XI), bestimmen sich Art und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen nach § 43a SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 8 entsprechend.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen

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

1. Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres und bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an einmal jährlich für eine Untersuchung 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 12 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 26. April 1976 (Beilage Nummer 28/76 zum BAnz. Nr. 214), zuletzt geändert am 15. November 2007 (BAnz. S. 871),

2. Kinder-Richtlinien in der Fassung vom 26. April 1976 (Beilage Nummer 28/76 zum BAnz. Nr. 214), zuletzt geändert am 21. Februar 2008 (BAnz. S. 1344), sowie
3. Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien in der Fassung vom 24. August 1989 (Bundesarbeitsblatt S. 44), zuletzt geändert am 21. Dezember 2004 (BAnz. 2005 S. 4995).

(2) Die Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig; dies gilt nicht für Schutzimpfungen im Zusammenhang mit einem privaten Auslandsaufenthalt in einem Gebiet außerhalb der Europäischen Union.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburten, nicht strafbaren Schwangerschaftsabbrüchen und nicht rechtswidrigen Sterilisationen

(1) Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung und ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik,
2. in entsprechender Anwendung des § 6
 - a) Nummern 1 und 2, soweit es sich um Leistungen und Verordnungen einer Ärztin oder eines Arztes handelt,
 - b) Nummern 3, 5, 6, 8 und 9 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 § 6 Nummer 7 gepflegt wird; § 6 Nummer 7 sechster Halbsatz gilt entsprechend,
5. in entsprechender Anwendung des § 6 Nummer 6 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 des § 6
 - a) Nummern 1 und 2, soweit es sich um Leistungen und Verordnungen einer Ärztin oder eines Arztes handelt,
 - b) Nummern 6, 8 und 9 für die dort genannten Leistungen.

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für empfangnisverhütende Mittel bestimmt sich nach § 24a Absatz 2 SGB V.

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(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 Beisetzungsortes, 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 1000 Euro zu, beträgt die Beihilfe 333 Euro, beim Tod eines Kindes 218 Euro; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2000 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 des Satzes 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 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 901), 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.

(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, dass im Haushalt mindestens ein berücksichtigungsfähiges Kind unter 15 Jahren oder eine pflegebedürftige sonstige berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein pflegebedürftiger sonstiger berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt; dies gilt auch bei Angehörigen, die nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind oder als selbst beihilfeberechtigt gelten (§ 85 Absatz 3 Sätze 2 bis 4 und Satz 5 Nummer 2 HmbBG). Im Übrigen gilt § 6 Nummer 8 entsprechend.

§ 13

Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

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

1. wenn es sich um Aufwendungen nach § 6 und den §§ 9 bis 12 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 Beihilferechtiger auf einer Dienstreise erkrankt und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland aufgeschoben werden kann oder
- 2.a) ein Gutachten einer oder eines von der obersten Dienstbehörde bestimmten Ärztin oder Arztes darüber vorgelegt wird, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wegen wesentlich größerer Erfolgsaussicht dringend geboten ist und
- b) die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Die Beihilfefähigkeit darf für Aufwendungen, die im Zusammenhang mit kurähnlichen Maßnahmen entstehen, nicht anerkannt werden.

(3) Aus Anlass einer Heilkur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen nach § 8 Absatz 2 Nummern 2 bis 5 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 Bundesrepublik Deutschland dringend notwendig ist,
2. der Kurort im Heilbäderverzeichnis (Anlage 3) aufgeführt ist und
3. die in § 8 genannten Voraussetzungen vorliegen.

Notwendige Aufwendungen nach § 8 Absatz 2 Nummern 1 und 3 bis 5 sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(4) In Fällen der Überführung einer Leiche oder Urne gilt § 12 Absatz 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass die Aufwendungen höchstens für eine Entfernung von insgesamt 700 Kilometern beihilfefähig sind.

§ 14

Bemessung der Beihilfen; Kostendämpfungspauschalen

Für die Bemessung der Beihilfen und ihre Kürzung um Kostendämpfungspauschalen gelten die Regelungen in § 85 Absätze 9 und 10 HmbBG.

§ 15

Begrenzung der Beihilfen

(1) Bei der Anwendung des § 85 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 SGB XI 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 §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird, in ihrer tatsächlichen Höhe. Bei Anwendung des § 85 Absatz 1 Satz 5 HmbBG bleiben Aufwendungen nach § 11 Absatz 2 und § 12 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.

§ 16

Gewährung von Beihilfen beim Tod
der oder des Beihilfeberechtigten

Der Übergang des Beihilfeanspruchs auf die Erben richtet sich nach § 85 Absatz 8 HmbBG. § 85 Absatz 8 Sätze 2 und 3 HmbBG gilt entsprechend für Aufwendungen aus Anlass des Todes (§ 12) der oder des Beihilfeberechtigten.

§ 17

Verfahren

(1) Die Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag der oder des Beihilfeberechtigten gewährt. Es sind die von der obersten Dienstbehörde bestimmten Formblätter zu verwenden. Über den Antrag entscheidet die Festsetzungsstelle.

(2) Eine Beihilfe wird nur zu Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist. Als Belege sind deutlich lesbare Kopien oder Zeitschriften einzureichen. Belegen in ausländischer Sprache ist eine beglaubigte deutsche Übersetzung beizufügen. Eine Rücksendung dieser Belege erfolgt nicht.

(3) Für die Antragsfrist gelten die Regelungen in § 85 Absatz 6 HmbBG.

(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 Satz 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.

§ 18

Bemessung der Beihilfen in besonderen Fällen

(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 (§ 85 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 HmbBG) und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sowie auf sonstige Empfängerinnen und Empfänger von

Versorgungsbezügen (§ 85 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 HmbBG) finden § 85 Absatz 1 Satz 5 HmbBG und § 15 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) 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 die Einschränkung des § 12 Absatz 2 beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Aufwendungen beträgt 100 vom Hundert.

§ 19

Übergangs- und Schlussvorschriften

(1) Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2008 in Kraft.

(2) Zum gleichen Zeitpunkt tritt die Hamburgische Beihilfeverordnung vom 8. Juli 1985 (HmbGVBl. S. 161) in der geltenden Fassung außer Kraft.

(3) 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 Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen 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. § 15 gilt mit der Maßgabe, dass auch Leistungen aus einer Versicherung für gesondert berechenbare Wahlleistungen berücksichtigt werden.

Gegeben in der Versammlung des Senats,

Hamburg, den 24. Juni 2008.

Anlage 1

(zu § 6 Nummer 1 dritter Halbsatz)

Beihilfefähige Aufwendungen für zahnärztliche einschließlich kieferorthopädischer Leistungen

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für zahnärztliche einschließlich kieferorthopädischer Leistungen sind beihilfefähig, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist.

2. Zahntechnische Leistungen

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 (zum Beispiel Verblendungen) in Höhe von 60 vom Hundert beihilfefähig. Nummer 8 Buchstabe b bleibt unberührt.

3. Kieferorthopädische Leistungen

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

- a) die behandelte Person bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; dies gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern,
- b) vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird und
- c) die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

4. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

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

- a) Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen im Kieferbereich (Myoarthropathien) größeren Umfangs,
- b) Zahnbetterkrankungen (Parodontopathien),
- c) umfangreiche Gebissssanierung; 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 feststellbar ist,
- d) umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.

Dies gilt nur, wenn der erhobene Befund mit dem nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt belegt wird.

5. Implantologische Leistungen

Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit zusammenhängenden sonstigen zahnärztlichen Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn eine der nachstehenden Indikationen vorliegt:

- a) Einzelzahnücke, wenn die für eine alternative Brückenversorgung in Betracht kommenden Pfeilerzähne nicht überkronungsbedürftig sind,
- b) Freiendsattelimplantat,
- c) Fixierung von Totalprothesen im Unterkiefer bei stark abgebautem Unterkieferkamm sowie im Oberkiefer, wenn eine konventionelle Versorgung mit Zahnersatz nicht möglich ist,
- d) Defektprothetik (zum Beispiel prothetische Versorgung nach schweren kieferchirurgischen Eingriffen, die eine konventionelle Versorgung mit Zahnersatz nicht zulassen).

Aufwendungen für mehr als zwei Implantate je Kiefer sind nur bei Einzelzahnücken oder beim Vorliegen besonderer

Umstände, die von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt zu begründen sind, zur Fixierung von Totalprothesen beihilfefähig. Aufwendungen für mehr als vier Implantate je Kiefer sind nicht beihilfefähig. Bei Anwendung der Sätze 2 und 3 zählen bereits vorhandene Implantate mit.

6. Große Brücken und Verbindungselemente

Aufwendungen für große Brücken sind nur beihilfefähig, wenn durch

- a) sie bis zu vier fehlende Zähne je Kiefer oder bis zu drei fehlende Zähne je Seitenzahngebiet,
- b) mehrere Einzelbrücken je Kiefer von bis zu vier fehlenden Zähnen, im Seitenzahngebiet von bis zu drei fehlenden Zähnen, insgesamt mehr als vier fehlende Zähne

ersetzt werden. Bei Kombinationsversorgungen sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer für bis zu drei Verbindungselemente je Kiefer, beihilfefähig.

7. Wartezeit für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

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 Beginn der Behandlung mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

8. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) Leistungen auf Grund einer Vereinbarung nach § 2 Absatz 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte,
- b) Glaskeramik einschließlich anfallender Nebenkosten (zum Beispiel Charakterisierung).

Anlage 2 (zu § 6 Nummer 4)

Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Beschaffung von einer Ärztin oder einem Arzt schriftlich verordneter und nachstehend aufgeführter Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist:

Absauggeräte (bei Kehlkopferkrankungen und dergleichen),

Beatmungsgeräte,

Blindenführhunde einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb,
Blindenschriftmaschine,
Blindenstöcke,
Blutdruckmessgeräte,
Bruchbänder,
Ergometer (nach Herzinfarkt bei Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle),
Fußeinlagen,

Gehhilfen (Armstützen, Gehwagen),
 Gipsbetten,
 Gummistrümpfe, Kompressionsstrumpfhosen,
 Heimdialysegeräte,
 Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgeräte und sonstigem Zubehör,
 Hilfsgeräte für Ohnhänder und andere Schwerstbehinderte,
 Hörhilfen (auch Hörbrillen),
 Impulsvibratoren (bei Mucoviscidose, Pankreasfibrose und dergleichen),
 Inhalationsapparate,
 Injektionsspritzen und -nadeln,
 Jobst-Wechsel-Druckgeräte,
 Katheter,
 Kniekappen,
 Knöchel- und Gelenkstützen,
 Kopfschützer,
 Korrekturschienen und dergleichen,
 Krankenfahrräder,
 Krankenheber,
 Krankenstöße (einschließlich Gehbänken mit Zubehör),
 Leibbinden, Krampfadernbinden und dergleichen,
 Liegeschalen (Extensionsliegeschalen und dergleichen),
 orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, nach Abzug von 40 Euro,
 Pflegebetten,
 Polarimeter,
 Reflektometer,
 Sehhilfen, wenn sie von einem Augenarzt schriftlich verordnet sind,
 Spastikerhilfen (auch Übungsgeräte),
 Sprechhilfen (auch elektronische),
 Sprechkanülen,
 Stützapparate,
 Stumpfstrümpfe und Narbenschützer,
 Suspensoren,
 Toilettenstühle,
 Ultraschallvernebler,
 Urinale,
 Vibrationstrainer bei Taubheit,
 Wasser- und Luftkissen,
 Weckgeräte für Bettnässer.

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.

2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind auch ohne Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Verordnung beihilfefähig.
6. 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; Nummer 9 Buchstabe d und Nummer 10 Buchstabe b bleiben unberührt.
7. Zu den Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle gehören nicht Gegenstände, deren Beschaffungskosten zugleich Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung (§ 85 Absatz 4 Sätze 2 und 3 HmbBG) sind; dies gilt insbesondere für
 - Bandscheibenmatratzen,
 - Bestrahlungslampen (Solarien, Helarien, Sonnenbänke, Rotlicht, Höhensonnen und dergleichen),
 - Fieberthermometer,
 - Fitnessgeräte (Heimtrainer, Expander und dergleichen),
 - Gesundheitsschuhe,
 - Heizkissen, Heizdecken,
 - Liegestühle,
 - Mundduschen (Water-Pic, Aqua-Pic und dergleichen),
 - Rheumawäsche,
 - Wärmedecken, Wärmflaschen,
 - Zahnbürsten, auch elektrische.
 Satz 1 gilt entsprechend für
 - a) Gegenstände, die fest mit einem Gebäude verbunden sind,
 - b) die behindertengerechte Ausstattung von Gebäuden und Gebäudeteilen (z.B. Wohnraum),
 - c) die behindertengerechte Ausstattung von Kraftfahrzeugen.
8. Die notwendigen angemessenen Aufwendungen für andere als in Nummer 1 genannte Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, wenn die Beschaffungskosten nicht zugleich Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung (§ 85 Absatz 4 Sätze 2 und 3 HmbBG) sind; bei Aufwendungen von mehr als 1 000 Euro entscheidet die oberste Dienstbehörde über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit. Nummer 1 Satz 2 gilt entsprechend.
- 8a. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die auf Grund von § 34 SGB V nicht von einer Krankenkasse übernommen werden dürfen.

9. Aufwendungen für Brillen sind einschließlich der Handwerksleistungen in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) Als angemessen gelten Aufwendungen bis zu folgenden Höchstbeträgen, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist:

für ein

- | | | | |
|-----|--|-------------|-------------|
| aa) | vergütetes Einstärkenglas | | |
| | bis +/- 6 Dioptrien, | sphärisch | 31 Euro, |
| | | cylindrisch | 41 Euro, |
| bb) | vergütetes Einstärkenglas | | |
| | über +/- 6 Dioptrien, | sphärisch | 52 Euro, |
| | | cylindrisch | 62 Euro, |
| cc) | vergütetes Mehrstärkenglas | | |
| | bis +/- 6 Dioptrien, | sphärisch | 72 Euro, |
| | | cylindrisch | 92,50 Euro, |
| dd) | vergütetes Mehrstärkenglas | | |
| | über +/- 6 Dioptrien, | sphärisch | 92,50 Euro, |
| | | cylindrisch | 113 Euro, |
| ee) | vergütetes Dreistufen- oder Multifokalglas | | |
| | bis +/- 6 Dioptrien, | sphärisch | 92,50 Euro, |
| | | cylindrisch | 113 Euro, |
| ff) | 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.

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

beihilfefähig.

- c) 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:

umschriebene Transparenzverluste (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (zum Beispiel Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),

krankhafte, andauernde Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzende Substanzverluste der Iris (zum Beispiel Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),

chronisch rezidivierende Reizzustände der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös

nicht behebbar sind (zum Beispiel Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),

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

Ziliarneuralgie,

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

totale Farbenblindheit,

Albinismus,

unerträgliche Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,

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

Glasstärken ab + 10 Dioptrien,

Durchführung einer Fotochemotherapie,

Aphakie, als UV-Schutz der Netzhaut.

- d) 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

- aa) sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,
- bb) die bisherige Brille verloren gegangen oder durch Beschädigung vollständig unbrauchbar geworden ist,
- cc) sich bei Kindern die Kopfform geändert hat.

Eine erneute schriftliche augenärztliche Verordnung ist nur erforderlich, wenn sich die für die Anwendung des Buchstaben a Satz 3 und der Buchstaben b und c erheblichen Umstände geändert haben. Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung durch eine Augenoptikerin oder einen Augenoptiker sind bis zu einem Höchstbetrag von 13 Euro beihilfefähig.

- e) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Brillenversicherungen sowie für Etuis und dergleichen.

- 10.a) Aufwendungen für Kontaktlinsen sind nur beihilfefähig, wenn eine der nachstehenden Indikationen vorliegt:

Aniseikonie,

Anisometropie ab 2 Dioptrien,

Aphakie,

Astigmatismus obliquus ab 2 Dioptriën.

regulärer Astigmatismus rectus und inversus ab 3 Dioptrien,

irregulärer Astigmatismus,

Hyperopie ab 8 Dioptrien,

Keratokonus,

Myopie ab 8 Dioptrien,

progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren nachweisbar ist.

regulärer Astigmatismus ab 3 Dioptrien.

als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,

als Okklusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,

als Irislinsen bei Substanzverlust der Regenbogenhaut, 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.

- b) 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

aa) sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat,

bb) die bisherigen Kontaktlinsen verloren gegangen oder durch Beschädigung vollständig unbrauchbar geworden sind.

Eine erneute schriftliche augenärztliche Verordnung ist nicht erforderlich. Nummer 9 Buchstabe d Satz 4 gilt entsprechend.

- c) Bei Vorliegen der in Buchstabe a genannten Voraussetzungen sind die Mehraufwendungen für Kurzzeitlinsen (z.B. Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinsen) bei Vorliegen einer der folgenden zusätzlichen Indikationen beihilfefähig:

Progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf (Änderung der Brechwerte um mindestens 2 Dioptrien jährlich) nachweisbar ist,

Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme,

Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,

Ektropium,

Entropium,

Symblepharon,

Lidschlussinsuffizienz.

Nummer 9 Buchstabe e gilt entsprechend.

11. Aufwendungen für andere als in den Nummern 9 und 10 genannte Sehhilfen (Leselupen, Fernrohlupenbrille und dergleichen) sind nur beihilfefähig, wenn durch das Tragen einer Brille oder von Kontaktlinsen eine ausreichende Sehkorrektur nicht erzielt wird.
12. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Beschaffung von einer Ärztin oder einem Arzt schriftlich verordneter Körperersatzstücke sind beihilfefähig, soweit nachstehend nicht etwas anderes bestimmt ist. Die Nummern 4 bis 7 gelten entsprechend.

Aufwendungen für Perücken gelten bis zum Höchstbetrag von 700 Euro als angemessen; eine Beihilfe darf nur gewährt werden bei

- a) krankhaftem, entstellendem Haarausfall (bei Alopecia areata und dergleichen),
- b) erheblicher Verunstaltung (durch Schädelverletzung und dergleichen) oder
- c) 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

Anlage 3

(zu § 13 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2)

Heilbäderverzeichnis (Ausland)

Ortsnamen:

Abano Terme

Ischia

Badgastein

Montegrotto

Bad Dorfgastein

Ein Boqueq

Bad Hofgastein

Sdom am Toten Meer

Galzignano

Salt Land Village

**Verordnung
zur Änderung der Verordnung
zur Umsetzung der Reform der Gemeinsamen Agrarpolitik**

Vom 24. Juni 2008

Auf Grund von § 5 Absatz 3 Nummern 1 und 2 sowie Absatz 4 Satz 2 des Direktzahlungen-Verpflichtungsgesetzes vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1763, 1767), geändert am 22. April 2008 (BGBl. I S. 738, 739), wird verordnet:

Die Verordnung zur Umsetzung der Reform der Gemeinsamen Agrarpolitik vom 14. November 2006 (HmbGVBl. S. 539) wird wie folgt geändert:

1. Hinter § 3 werden folgende §§ 4 und 5 eingefügt:

„§ 4

Feststellung des Dauergrünlandanteiles

(1) Wird auf Basis der von den Betriebsinhabern zum 15. Mai eines Jahres im Sammelantrag nach § 7 der InVeKoS-Verordnung in der jeweils geltenden Fassung anzugebenden Flächen festgestellt, dass sich der Anteil des Dauergrünlandes an der gesamten landwirtschaftlichen Fläche der gemeinsamen fördertechnischen Region Schleswig-Holstein/Hamburg (Ackerland, Dauergrünland und Dauerkulturen) bezogen auf das Referenzjahr 2003 um mehr als 5 vom Hundert (v. H.) verringert hat, wird dies von der für Direktzahlungen zuständigen Behörde öffentlich bekannt gegeben.

(2) Wird zu einem späteren Zeitpunkt entsprechend Absatz 1 ermittelt, dass der Rückgang des Dauergrünlandanteils unter 5 v. H. liegt, wird diese Feststellung ebenfalls von der in Absatz 1 genannten Behörde öffentlich bekannt gegeben. Ab dem auf die Bekanntmachung folgenden Tag tritt das in § 5 geregelte Umbruchverbot außer Kraft.

§ 5

Umbruch von Dauergrünland

(1) Ab dem ersten, der Bekanntmachung der in § 4 Absatz 1 genannten Feststellung folgenden Tag dürfen Betriebsinhaber, die Direktzahlungen beantragen, auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg belegene Dauergrünlandflächen im Sinne des Artikels 2 Absatz 2 der Verordnung (EG) Nr. 796/2004 für die Dauer des Bezugs von Direktzahlungen nicht umbrechen. Satz 1 gilt nicht bei einer umweltverträglichen Aufforstung von Grünland auf Grund einer Erstaufforstungsgenehmigung gemäß § 5 des Landeswaldgesetzes vom 13. März 1978 (HmbGVBl. S. 74), zuletzt geändert am 3. April 2007 (HmbGVBl. S. 104, 106); die Anlage von Weihnachtsbaumbeständen und schnellwüchsigen Forstgehölzen mit einer Umtriebszeit von höchstens 20 Jahren erfüllt diese Voraussetzungen nicht. Ein Umbruch von Dauergrünland mit unverzüglicher Neuansaat von Grünland gilt nicht als Umbruch im Sinne dieser Verordnung.

(2) Abweichend von Absatz 1 kann die zuständige Behörde das Umbrechen von Dauergrünland genehmigen. Die umgebrochene Fläche ist unverzüglich nach Bekanntgabe der Genehmigung vollständig durch neu angelegtes Dauergrünland auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg zu ersetzen. Ist diese Fläche mit einer Feldfrucht bestellt, hat die Ersetzung durch Dauergrünland unverzüg-

lich nach Aberntung zu erfolgen. Liegt die für den Umbruch vorgesehene Fläche innerhalb von Gebieten von gemeinschaftlicher Bedeutung nach Artikel 4 Absatz 1 der Richtlinie 92/43/EWG des Rates vom 21. Mai 1992 zur Erhaltung der natürlichen Lebensräume sowie der wild lebenden Tiere und Pflanzen (ABl. EG Nr. L 206 S. 7), zuletzt geändert am 20. November 2006 (ABl. EU Nr. L 363 S. 368), muss sich das neu angelegte Dauergrünland innerhalb des betroffenen Gebietes des Netzes „Natura-2000“ befinden. Umbruchverbote auf Grund anderer Rechtsvorschriften bleiben unberührt.

(3) Erfolgt die Genehmigung auf Grund betriebsbedingter baulicher Maßnahmen, kann die Ersetzung des umgebrochenen Dauergrünlands durch Ausgleich und Ersatz im Sinne des § 9 des Hamburgischen Naturschutzgesetzes in der Fassung vom 9. Oktober 2007 (HmbGVBl. S. 356, 392) erfolgen.

(4) Das neu angelegte Dauergrünland kann sich auch auf Flächen, die nicht durch den Antragsteller bewirtschaftet werden, befinden, sofern sich der Antragsteller verpflichtet, dass diese Fläche nicht umgebrochen wird.

(5) Vorgesehene Maßnahmen in Plänen und Projekten für Pflege-, Entwicklungs- und Wiederherstellungsmaßnahmen zur Umsetzung der Richtlinien 79/409/EWG des Rates vom 2. April 1979 über die Erhaltung der wild lebenden Vogelarten (ABl. EG Nr. L 103, S. 1), zuletzt geändert am 20. November 2006 (ABl. EU Nr. L 363 S. 368), oder 92/43/EWG oder in Vereinbarungen im Rahmen von Naturschutzprogrammen und Agrarumweltmaßnahmen der Freien und Hansestadt Hamburg sowie Eingriffe und deren Ausgleich und Ersatz gemäß § 9 des Hamburgischen Naturschutzgesetzes gelten als genehmigt. Entsprechendes gilt, wenn im Zusammenhang mit Planfeststellungen im Rahmen von Infrastrukturvorhaben eine bisherige Dauerkulturfläche (zum Beispiel Obstbaufläche) in einem Verhältnis auf Dauergrünland verlagert werden muss, das sich aus den Verträgen ergibt, die zur Umsetzung hierfür notwendiger Tausche mit im öffentlichen Besitz befindlichen Flächen erforderlich sind.

(6) Wechselt der Besitz einer nach Absatz 2 oder 4 neu angelegten Dauergrünlandfläche, ist der vorherige Besitzer verpflichtet, den neuen Besitzer auf die Verpflichtung hinzuweisen, dass das neu angelegte Dauergrünland fünf aufeinander folgende Jahre ab dem Zeitpunkt der Neuanlage als Dauergrünland zu belassen ist.

(7) Soweit die zuständige Behörde Antragsmuster oder -vordrucke bereithält, sind diese zu verwenden.“

2. Der bisherige § 4 wird § 6.

Gegeben in der Versammlung des Senats,

Hamburg, den 24. Juni 2008.

Zweite Verordnung zur Änderung der Hamburgischen Elternzeitverordnung

Vom 24. Juni 2008

Auf Grund von § 87 Nummer 2 des Hamburgischen
Beamtengesetzes in der Fassung vom 29. November 1977
(HmbGVBl. S. 367), zuletzt geändert am 6. Februar 2008
(HmbGVBl. S. 63), wird verordnet:

§ 1

Die Hamburgische Elternzeitverordnung vom 7. Dezember 1999 (HmbGVBl. S. 279, 283), zuletzt geändert am 1. Juli 2003 (HmbGVBl. S. 207), wird wie folgt geändert:

1. § 1 Absätze 1 und 2 erhalten folgende Fassung:

„(1) Beamtinnen und Beamte haben Anspruch auf Elternzeit ohne Dienst- oder Anwärterbezüge,

1. wenn sie mit

- a) einem Kind, für das ihnen die Personensorge zusteht,
- b) einem Kind der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners,
- c) einem Kind, das sie mit dem Ziel der Annahme als Kind in ihre Obhut aufgenommen haben,
- d) einem Kind, für das sie die Anspruchsvoraussetzungen nach § 1 Absatz 3 Nummer 3 oder Absatz 4 des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) vom 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748), geändert am 19. August 2007 (BGBl. I S. 1970, 2007), in der jeweils geltenden Fassung erfüllen, oder
- e) einem Kind, das sie in Vollzeitpflege nach § 33 des Achten Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung vom 14. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3135), geändert am 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122, 138), in der jeweils geltenden Fassung aufgenommen haben,

in einem Haushalt leben und

2. wenn sie dieses Kind selbst betreuen und erziehen.

Nicht sorgeberechtigte Elternteile und Personen, die nach Satz 1 Nummer 1 Buchstaben b bis e Elternzeit nehmen können, bedürfen der Zustimmung des sorgeberechtigten Elternteils.

(2) Der Anspruch auf Elternzeit besteht bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes, bei einem angenommenen Kind und bei einem Kind in Vollzeit- oder Adoptionspflege bis zu drei Jahren seit der Inobhutnahme, längstens bis zur Vollendung des achten Lebensjahres des Kindes. Bei mehreren Kindern besteht der Anspruch auf Elternzeit für jedes Kind, auch wenn sich die Zeiträume im Sinne von Satz 1 überschneiden. Ein Anteil von bis zu zwölf Monaten kann bis zur Vollendung des achten Lebensjahres des Kindes genommen werden; dies gilt auch, wenn sich die Zeiträume im Sinne des Satzes 1 bei mehreren Kindern überschneiden. Insgesamt kann die Elternzeit auf bis zu vier Zeitabschnitte verteilt werden.“

2. § 2 wird wie folgt geändert:

2.1 Die Überschrift erhält folgende Fassung:

„Inanspruchnahme der Elternzeit“.

2.2 In Absatz 2 wird die Textstelle „17. Januar 1997 (Bundesgesetzblatt I Seiten 23, 293)“ durch die Textstelle „20. Juni

2002 (BGBl. I S. 2319), zuletzt geändert am 5. Dezember 2006 (BGBl. I S. 2748, 2755), in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.

2.3 In Absatz 3 Satz 2 wird der Klammerzusatz „(§ 1 Absatz 5 des Bundeserziehungsgeldgesetzes)“ durch die Textstelle „im Sinne des § 5 Absatz 1 Satz 3 BEEG“ ersetzt.

3. § 5 Absätze 2 und 3 wird durch folgende Absätze 2 bis 4 ersetzt:

„(2) Beamtinnen und Beamten werden für die Dauer der Elternzeit die Beiträge für ihre Kranken- und Pflegeversicherung bis zu monatlich insgesamt 42 Euro erstattet, wenn ihre Dienstbezüge oder Anwärterbezüge ohne die mit Rücksicht auf den Familienstand gewährten Zuschläge und ohne Aufwandsentschädigung sowie Auslandsdienstbezüge nach § 52 Absatz 1 Satz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Fassung vom 6. August 2002 (BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert am 28. März 2008 (BGBl. I S. 493), in der jeweils geltenden Fassung vor Beginn der Elternzeit die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschritten haben oder überschritten hätten.

(3) Beamtinnen und Beamten bis einschließlich der Besoldungsgruppe A 8 sowie Beamtinnen und Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, die die Voraussetzungen des Absatzes 2 erfüllen, werden über die Erstattung nach Absatz 2 hinaus auf Antrag für die Dauer der Elternzeit die Beiträge für eine beihilfekonforme Krankheitskosten- und Pflegeversicherung bis zu monatlich insgesamt 120 Euro erstattet, solange sie während der Elternzeit nicht oder mit weniger als der Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit beschäftigt sind.

(4) Nehmen die Eltern gemeinsam Elternzeit in Anspruch, steht der Anspruch auf Beitragserstattung nach den Absätzen 2 und 3 nur dem Elternteil zu, bei dem das Kind im Familienzuschlag berücksichtigt wird oder berücksichtigt werden soll.“

§ 2

Inkrafttreten, Übergangsregelungen

(1) § 1 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2007 in Kraft. Im Übrigen tritt diese Verordnung am Tage nach der Verkündung in Kraft.

(2) Für Elternzeiten, die für vor dem 1. Januar 2007 geborene oder mit dem Ziele der Adoption aufgenommene Kinder beantragt werden, ist § 5 Absatz 2 mit Ausnahme des Satzes 1 und Absatz 3 der Hamburgischen Elternzeitverordnung in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung anzuwenden.

(3) Ein Anspruch auf Elternzeit nach § 1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe d der Hamburgischen Elternzeitverordnung besteht auch, wenn der Beamtin oder dem Beamten wegen des Zeitpunkts der Geburt oder der Aufnahme des Kindes kein Elterngeld zusteht.

Gegeben in der Versammlung des Senats,

Hamburg, den 24. Juni 2008.