


VORIS

Gesamtes Gesetz

Amtliche Abkürzung: NBhVO
Ausfertigungsdatum: 07.11.2011
Gültig ab: 01.01.2012
Dokumenttyp: Verordnung

Quelle: 
Fundstelle: Nds. GVBl. 2011, 372
Gliederungs-Nr: 20444

**Niedersächsische Beihilfeverordnung
 (NBhVO)
 Vom 7. November 2011**

Zum 16.01.2018 aktuellste verfügbare Fassung der Gesamtausgabe

Stand: letzte berücksichtigte Änderung: mehrfach geändert; § 22 neu gefasst, §§ 16 a, 22 a und 41 a eingefügt durch Verordnung vom 14.06.2017 (Nds. GVBl. S. 178, 271)

Aufgrund des § 80 Abs. 6 des Niedersächsischen Beamtengesetzes vom 25. März 2009 (Nds. GVBl. S. 72), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Juni 2010 (Nds. GVBl. S. 242), wird verordnet:

Inhaltsübersicht

Erster Teil

Allgemeines

- | | |
|-----|---|
| § 1 | Anwendungsbereich |
| § 2 | Aufwendungen von berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei wechselnder Einkommenshöhe und bei individuell eingeschränkter Versicherbarkeit des Kostenrisikos, Berücksichtigung des Kaufkraftausgleichs |
| § 3 | Zusammentreffen mehrerer Ansprüche auf Beihilfe |
| § 4 | Grundsätze für die Gewährung von Beihilfe |
| § 5 | Grundsätze für die Gewährung von Beihilfe für Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische und heilpraktische Leistungen |
| § 6 | Nicht beihilfefähige Aufwendungen |
| § 7 | Berücksichtigung von Ansprüchen gegen Dritte |
| § 8 | Aufwendungen im Ausland |

Zweiter Teil

Aufwendungen im Krankheitsfall

Erstes Kapitel

Ambulante Leistungen

- | | |
|------|--|
| § 9 | Ambulante implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Zahnersatz |
| § 10 | Material und zahntechnische Leistungen bei ambulanten zahnärztlichen Leistungen |
| § 11 | Ambulante zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst |
| § 12 | Ambulante psychotherapeutische Leistungen |
| § 13 | Psychosomatische Grundversorgung |
| § 14 | Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie |

- § 15 Verhaltenstherapie
- § 16 Ambulante psychosomatische Nachsorge
- § 16 a Ambulante neuropsychologische Therapie

Zweites Kapitel

Sonstige Leistungen

- § 17 Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte
- § 18 Heilmittel
- § 19 Komplextherapien
- § 20 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
- § 21 Krankenhausleistungen
- § 22 Häusliche Krankenpflege
- § 22 a Vollstationäre Kurzzeitpflege bei Krankheit
- § 23 Haushaltshilfe
- § 24 Haushaltshilfe im Ausland
- § 25 Soziotherapie
- § 26 Fahrtkosten, Flugkosten
- § 27 Unterkunftskosten
- § 28 Lebensbedrohende oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

Drittes Kapitel

Rehabilitation

- § 29 Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen
- § 30 Aufwendungen im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen
- § 31 Suchtbehandlung

Dritter Teil

Aufwendungen im Pflegefall und für Palliativversorgung

- § 32 Pflegeberatung
- § 33 Häusliche Pflege, teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege
- § 34 Vollstationäre Pflege
- § 35 Sonstige Leistungen
- § 36 Beihilfe bei Leistungen der sozialen Pflegeversicherung
- § 37 Palliativversorgung

Vierter Teil

Aufwendungen in sonstigen Fällen

- § 38 Vorsorge und Prävention
- § 38 a Früherkennung und Überwachung
- § 38 b Beteiligung an allgemeinen, nicht individualisierbaren Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung
- § 39 Schwangerschaft und Geburt
- § 40 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch
- § 41 Erste Hilfe, Entseuchung, Organspende, Gewebespende und Blutspende zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen
- § 41 a Registrierung im klinischen Krebsregister
- § 42 Gebärdendolmetscherin und Gebärdendolmetscher

Fünfter Teil

Leistungsumfang

- § 43 Bemessung der Beihilfe
- § 44 Begrenzung der Beihilfe
- § 45 Eigenbehalte

- § 46 Befreiung vom Abzug von Eigenbehalten, Beihilfe für Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel
- Sechster Teil
Verfahren
- § 47 Antrag und Belege
- § 48 Antragsfrist
- § 49 Gutachten
- § 50 Zuordnung von Aufwendungen
- § 51 Beihilfebescheid, Rücksendung der Belege
- § 52 Abschlagszahlungen

Siebter Teil

Übergangs- und Schlussvorschriften

- § 53 Übergangsvorschriften
- § 54 Inkrafttreten
- Anlage 1
(zu § 5 Abs. 1 Satz 2) Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Leistungen nach wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methoden
- Anlage 2
(zu § 5 Abs. 2) Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für heilpraktische Leistungen, Angemessenheit der Aufwendungen
- Anlage 3
(zu § 12 Abs. 3 und § 5, § 14 Abs. 2 und § 15 Abs. 2 und 4) Anforderungen an Ärztinnen, Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten für die Durchführung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen
- Anlage 4
(zu § 17 Abs. 10) Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Medizinprodukte
- Anlage 5
(zu § 18 Abs. 1) Heilmittel, Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Heilmittel, Höchstbeträge
- Anlage 6
(zu § 18 Abs. 1 und § 19) Anforderungen an Personen, die Heilmittel anwenden
- Anlage 7
(zu § 20 Abs. 1) Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Hilfsmittel, für Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke, Höchstbeträge
- Anlage 8
(zu § 20 Abs. 1) Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, deren Aufwendungen nicht beihilfefähig sind
- Anlage 9
(zu § 20 Abs. 3) Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Unterweisung in den Gebrauch von Blindenhilfsmitteln und für Training in Orientierung und Mobilität
- Anlage 10
(zu § 38 a Abs. 2) Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Leistungen der Früherkennung oder Überwachung

Erster Teil

Allgemeines

§ 1

Anwendungsbereich

Diese Verordnung regelt ergänzend zu § 80 des Niedersächsischen Beamtengesetzes (NBG) Inhalt und Umfang sowie das Verfahren der Beihilfegewährung.

§ 2

Aufwendungen von berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei wechselnder Einkommenshöhe und bei individuell eingeschränkter Versicherbarkeit des Kostenrisikos, Berücksichtigung des Kaufkraftausgleichs

(1) ¹ Wird für Aufwendungen von berücksichtigungsfähigen Angehörigen nach § 80 Abs. 2 Nr. 1

NBG wegen Überschreitens der Einkommensgrenze Beihilfe nicht gewährt (§ 80 Abs. 3 Satz 2 NBG), überschreitet aber das Einkommen die Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr voraussichtlich nicht, so wird Beihilfe unter dem Vorbehalt des Widerrufs bei Überschreiten der Einkommensgrenze gewährt. ² Die Höhe des Einkommens ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.

(2) Zu den Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger nach § 80 Abs. 2 Nr. 1 NBG, für die bereits vor dem 1. Januar 2012 trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses Versicherungsleistungen nicht gewährt wurden oder auf Dauer eingestellt worden sind, wird Beihilfe auch dann gewährt, wenn die Einkommensgrenze (§ 80 Abs. 3 Satz 2 NBG) überschritten wird.

(3) Bei Beihilfeberechtigten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, erhöht oder ermäßigt sich die Einkommensgrenze (§ 80 Abs. 3 Satz 2 NBG) um den nach § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) für den Dienort festgesetzten Kaufkraftausgleich, wenn die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige mit der oder dem Beihilfeberechtigten im Ausland lebt.

§ 3

Zusammentreffen mehrerer Ansprüche auf Beihilfe

(1) ¹ Wer Anspruch auf Beihilfe aus einem Dienstverhältnis hat, hat keinen Anspruch auf Beihilfe aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger. ² Der Anspruch einer oder eines Beihilfeberechtigten für Aufwendungen einer oder eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen besteht nicht, wenn die oder der Angehörige selbst beihilfeberechtigt ist.

(2) ¹ Neben einem Anspruch auf Beihilfe aus einem neuen Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger besteht kein Anspruch auf Beihilfe aus einem früheren Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger. ² Beruht der Anspruch auf Beihilfe aus einem früheren Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger auf einem eigenen Dienstverhältnis, so besteht der Anspruch auf Beihilfe nur aus diesem Rechtsverhältnis.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten für Ansprüche auf Fürsorgeleistungen gegen das Bundeseisenbahnvermögen und für Ansprüche auf Fürsorgeleistungen nach kirchenrechtlichen Vorschriften entsprechend.

(4) ¹ Soweit ein Anspruch auf Leistungen aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen besteht, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, besteht kein Anspruch auf Beihilfe aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger. ² Der Anspruch einer oder eines Beihilfeberechtigten für Aufwendungen einer oder eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen besteht nicht, soweit die oder der Angehörige Anspruch auf Leistungen aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen hat, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind.

(5) Für die Aufwendungen eines Kindes, das berücksichtigungsfähiger Angehöriger mehrerer Beihilfeberechtigter ist, hat nur die oder der Beihilfeberechtigte Anspruch auf Beihilfe, die oder der den Familienzuschlag (§§ 34 und 35 des Niedersächsischen Besoldungsgesetzes - NBesG) für das Kind erhält.

§ 4

Grundsätze für die Gewährung von Beihilfe

(1) ¹ Beihilfe wird gewährt, wenn die Beihilfeberechtigung im Zeitpunkt der Erbringung der Leistung besteht und die Aufwendungen beihilfefähig sind. ² Bei Angehörigen muss zusätzlich die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger im Zeitpunkt der Erbringung der Leistung vorliegen.

(2) Ist die Gewährung von Beihilfe für Aufwendungen nach dieser Verordnung ausgeschlossen, so ist Beihilfe dennoch zu gewähren, wenn die Ablehnung der Beihilfegewährung im Hinblick auf die Fürsorgepflicht des Dienstherrn nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes (BeamStG) zu

einer unzumutbaren Härte führt.

§ 5

Grundsätze für die Gewährung von Beihilfe für Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische und heilpraktische Leistungen

(1) ¹ Beihilfefähig sind die nachgewiesenen und angemessenen Aufwendungen für medizinisch notwendige, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden erbrachte ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische und heilpraktische Leistungen. ² Aufwendungen für Leistungen nach wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methoden sind beihilfefähig, soweit dies in der **Anlage 1** bestimmt ist. ³ Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich

1. für ärztliche Leistungen nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),
2. für zahnärztliche Leistungen nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),
3. für psychotherapeutische Leistungen nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP).

⁴ Aufwendungen, die auf einer Überschreitung des Schwellenwertes des Gebührenrahmens beruhen, sind nur angemessen, wenn patientenbezogene Besonderheiten, die eine Ausnahme darstellen, vorliegen.

(2) ¹ Aufwendungen für heilpraktische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die Leistung in der **Anlage 2** genannt oder mit einer solchen vergleichbar ist. ² Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich nach Maßgabe der Anlage 2 nach der Gebührenordnung für Ärzte und nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte. ³ Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend.

(3) ¹ Hat der Dienstherr oder die juristische Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, mit

1. Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, oder deren Zusammenschlüssen,
2. Versicherungsunternehmen oder deren Zusammenschlüssen,
3. anderen Kostenträgern oder deren Zusammenschlüssen

Verträge über die Höhe der Vergütung für ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische und heilpraktische Leistungen geschlossen, so richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen der Vertragspartner nach diesen Verträgen. ² Hat der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. oder haben private Krankenversicherungsunternehmen Verträge im Sinne des Satzes 1 mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, oder mit deren Zusammenschlüssen geschlossen, so richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen der Vertragspartner nach diesen Verträgen, wenn die Verträge nach Einschätzung des Dienstherrn oder der juristischen Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge dienen.

(4) ¹ Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die in einem Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen für die nach diesen Tarifen versicherten und abgerechneten Leistungen abweichend von Absatz 1 Sätze 3 und 4 und Absatz 2 Sätze 2 und 3 nach der in den Verträgen nach § 75 Abs. 3 b Satz 1 SGB V vereinbarten Vergütung. ² Solange Verträge nach § 75 Abs. 3

b Satz 1 SGB V nicht vorliegen, ist § 75 Abs. 3 a Sätze 2 und 3 SGB V anzuwenden.

(5) Aufwendungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen und Bescheinigungen nach § 9 a der Niedersächsischen Sonderurlaubsverordnung zur Vorlage beim Dienstherrn sind beihilfefähig; der Bemessungssatz beträgt 100 Prozent.

§ 6 Nicht beihilfefähige Aufwendungen

(1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. die Behandlung durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, einen Elternteil oder ein Kind der behandelten Person mit Ausnahme der entstandenen Sachkosten,
2. den Besuch vorschulischer und schulischer Einrichtungen und von Werkstätten für Behinderte,
3. berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und heilpädagogische Maßnahmen,
4. Behandlungen als Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings und
5. nicht von der Festsetzungsstelle veranlasste Gutachten.

(2) Soweit für beihilfefähige Aufwendungen gegen Dritte ein Ersatzanspruch besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht, sind diese nicht beihilfefähig.

(3) ¹ Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sind gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile, Selbstbehalte nach § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB V, Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V nicht beihilfefähig. ² Werden Abschläge für Verwaltungskosten nicht gesondert ausgewiesen, so gelten 5 Prozent der Aufwendungen für die gewährte Leistung als Abschlag.

(4) ¹ Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung als Sach- und Dienstleistungen zustehen. ² Als zustehende Sach- und Dienstleistung gilt auch die Kostenerstattung nach § 13 SGB V bei Pflichtversicherten nach § 5 SGB V und familienversicherten Angehörigen nach § 10 SGB V.

(5) Bei Beihilfeberechtigten und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, denen ein Zuschuss oder Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, sind Aufwendungen für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel, soweit diese die Festbeträge nach den §§ 35 und 36 SGB V überschreiten, nicht beihilfefähig.

(6) Die Absätze 3 bis 5 sind nicht anzuwenden

1. bei Leistungen nach dem Achten Buch des Sozialgesetzbuchs, wenn Ansprüche nach § 95 des Achten Buchs des Sozialgesetzbuchs auf den Träger der öffentlichen Jugendhilfe übergegangen sind, und
2. bei Leistungen nach dem Zwölften Buch des Sozialgesetzbuchs, wenn Ansprüche nach § 93 des Zwölften Buchs des Sozialgesetzbuchs auf den Träger der Sozialhilfe übergegangen sind.

§ 7 Berücksichtigung von Ansprüchen gegen Dritte

(1) Soweit beihilfefähige Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von Dritten getragen oder erstattet worden sind, sind sie nicht beihilfefähig.

(2) ¹ Sind Ansprüche gegen Dritte nicht geltend gemacht worden, so sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel nicht beihilfefähig und Aufwendungen für andere Leistungen zur Hälfte beihilfefähig, es sei denn, dass ein höherer fiktiver Leistungsanteil nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann. ² Satz 1 ist nicht anzuwenden

1. bei Ansprüchen nach § 10 Abs. 2, 4 oder 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen,
2. bei Ansprüchen von berücksichtigungsfähigen Kindern einer oder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden, und
3. bei Ansprüchen gegen die gesetzliche Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

³ Bei Beihilfeberechtigten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind nicht geltend gemachte Ansprüche in Bezug auf Aufwendungen für im Gastland erbrachte Leistungen abweichend von Satz 1 nicht zu berücksichtigen, wenn die Ansprüche wegen Gefahr für Leib oder Leben oder wegen der besonderen Verhältnisse im Gastland nicht geltend gemacht werden können.

(3) Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ist von den beihilfefähigen Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen stets der höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.

§ 8 Aufwendungen im Ausland

(1) Die Angemessenheit von Aufwendungen für Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union richtet sich nach den im Mitgliedstaat ortsüblichen Vergütungen.

(2) Aufwendungen für außerhalb der Europäischen Union erbrachte Leistungen sind angemessen bis zu der Höhe, in der sie für im Inland erbrachte Leistungen angemessen wären.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 sind in den folgenden Fällen die entstandenen Aufwendungen angemessen:

1. Aufwendungen für Leistungen während einer Dienstreise, wenn die Inanspruchnahme der Leistung nicht bis zur Rückkehr ins Inland aufgeschoben werden konnte,
2. Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,
3. Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung, wenn die oder der Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige im Inland in Grenznähe wohnt und aus dringendem Anlass von dort als nächstgelegenes Krankenhaus ein Krankenhaus im Ausland aufsuchen musste,
4. Aufwendungen für eine ambulante oder stationäre Notfallbehandlung, wenn die oder der Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige als nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit eine Ärztin, einen Arzt oder ein Krankenhaus im Ausland aufsuchen musste.

(4) ¹ Abweichend von Absatz 2 sind entstandene Aufwendungen für eine Behandlung außerhalb der Europäischen Union angemessen, wenn die Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist oder die Behandlung im Ausland wesentlich größere Erfolgsaussichten hat als

eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union und die Festsetzungsstelle die Notwendigkeit der Behandlung im Ausland aufgrund eines von ihr in Auftrag gegebenen ärztlichen Gutachtens vor Beginn der Behandlung anerkannt hat. ² In Ausnahmefällen sind die entstandenen Aufwendungen auch ohne vorherige Anerkennung angemessen.

(5) ¹ Abweichend von Absatz 2 richtet sich die Angemessenheit von Aufwendungen der Beihilfeberechtigten, die ihren dienstlichen Wohnsitz in einem Staat außerhalb der Europäischen Union haben oder in einem solchen Staat eingesetzt sind, und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen für im Gastland erbrachte Leistungen nach der im Gastland ortsüblichen Vergütung. ² Absatz 3 Nrn. 1 und 3 gilt entsprechend. ³ Absatz 4 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass bei der Beurteilung der Notwendigkeit der Behandlung im Ausland die Behandlungsmöglichkeit im Gastland einzubeziehen ist.

Zweiter Teil

Aufwendungen im Krankheitsfall

Erstes Kapitel

Ambulante Leistungen

§ 9

Ambulante implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Zahnersatz

(1) ¹ Aufwendungen für ambulante implantologische Leistungen, einschließlich der Aufwendungen für Material nach § 4 Abs. 3 GOZ und für zahntechnische Leistungen nach § 9 GOZ, sind für bis zu vier Implantate je Kiefer beihilfefähig. ² Bei implantatgetragenen Zahnersatz im atrophischen zahnlosen Oberkiefer sind Aufwendungen für bis zu sechs Implantate beihilfefähig. ³ Vorhandene Implantate, für die Beihilfe oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, sind anzurechnen. ⁴ Betrifft die Rechnung mehr Implantate als nach den Sätzen 1 bis 3 beihilfefähig sind, so sind die Aufwendungen entsprechend dem Verhältnis der Zahl der beihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der in Rechnung gestellten Implantate beihilfefähig. ⁵ Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind beihilfefähig, auch wenn die Implantate nicht beihilfefähig sind.

(2) Ohne Beschränkung auf eine Höchstzahl von Implantaten sind Aufwendungen für ambulante implantologische Leistungen bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. größerer Kiefer- oder Gesichtsdefekt, der seine Ursache hat in
 - a) einer Tumoroperation,
 - b) einer Entzündung des Kiefers,
 - c) einer Operation infolge einer großen Zyste (zum Beispiel große follikuläre Zyste oder Keratozyste),
 - d) einer Operation infolge von Osteopathie, wenn keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - e) einer angeborenen Fehlbildung des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte, ektodermale Dysplasie) oder
 - f) einem Unfall,
2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie (Mundtrockenheit), insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,

3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion im Mund- oder Gesichtsbereich (zum Beispiel Spastik).

(3) Aufwendungen für einen der Festsetzungsstelle vor Beginn einer Behandlung nach den Absätzen 1 und 2 vorgelegten Heil- und Kostenplan sind beihilfefähig.

(4) ¹ Aufwendungen für ambulante kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

1. die oder der Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
2. bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt.

² Beihilfe wird nur gewährt, wenn die Festsetzungsstelle die Notwendigkeit der Behandlung vor deren Beginn auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplanes anerkannt hat. ³ Aufwendungen für Leistungen zur Retention, die innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss der auf Grundlage des Heil- und Kostenplanes durchgeführten Behandlung erbracht werden, sind beihilfefähig.

⁴ Die Aufwendungen für den Heil- und Kostenplan nach Satz 2 sind beihilfefähig.

(5) ¹ Aufwendungen für ambulante funktionsanalytische und ambulante funktionstherapeutische Leistungen sind bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen oder Maßnahmen beihilfefähig:

1. Kiefergelenk- oder Muskelerkrankung,
2. Zahnfleischerkrankung, die eine systematische Parodontalbehandlung erfordert,
3. Behandlung mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte,
4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahme einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operation,
5. umfangreiche Gebissanierung.

² Eine umfangreiche Gebissanierung im Sinne von Satz 1 Nr. 5 liegt vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen Zähnen gleichgestellt sind. ³ Aufwendungen für ambulante funktionsanalytische Leistungen sind bei einer umfangreichen Gebissanierung nur beihilfefähig, wenn die richtige Schlussbissstellung nicht auf andere Weise feststellbar ist.

§ 10

Material und zahntechnische Leistungen bei ambulanten zahnärztlichen Leistungen

¹ Aufwendungen für Material nach § 4 Abs. 3 GOZ und für zahntechnische Leistungen nach § 9 GOZ, die bei ambulanten zahnärztlichen Leistungen, die in den Abschnitten C, F, K oder den Nummern 7080 bis 7100 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte aufgeführt sind, entstanden sind, sind zu 40 Prozent beihilfefähig. ² Sind diese Aufwendungen nicht gesondert in der Rechnung ausgewiesen, so sind 40 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages der Aufwendungen für die Leistungen nach Satz 1 anzusetzen. ³ Bei ambulanten implantologischen Leistungen nach § 9 Abs. 2 sind Aufwendungen nach Satz 1 ohne die Beschränkung nach den Sätzen 1 und 2 beihilfefähig.

§ 11

Ambulante zahnärztliche Leistungen

für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst

¹ Für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für

1. prothetische Leistungen,
2. Inlays und Zahnkronen,
3. implantologische Leistungen und
4. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

nicht beihilfefähig. ² Sie sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder die oder der Beihilfeberechtigte vor Berufung in das Beamtenverhältnis auf Widerruf mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

§ 12

Ambulante psychotherapeutische Leistungen

(1) Aufwendungen für ambulante Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 13), für ambulante Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie (§ 14) sowie für ambulante Leistungen der Verhaltenstherapie (§ 15) sind bei einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. affektive Störung (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störung, Dysthymie),
2. Angststörung,
3. Zwangsstörung,
4. Konversionsstörung (somatoforme Störung, dissoziative Störung),
5. Reaktion auf schwere Belastungen,
6. Anpassungsstörung,
7. Essstörung,
8. nichtorganische Schlafstörung,
9. sexuelle Funktionsstörung,
10. Persönlichkeitsstörung,
11. Verhaltensstörung, auch mit Beginn in der Kindheit oder Jugend,
12. emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit oder Jugend.

(2) ¹ Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen sind auch bei den folgenden Indikationen beihilfefähig, wenn sie neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung einer Krankheit und deren Auswirkungen erbracht werden, die psychischen Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil an der Erkrankung haben und sich bei der Behandlung ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet:

1. psychische Störung oder Verhaltensstörung durch eine psychotrope Substanz,

2. psychische Störung oder Verhaltensstörung durch ein Opioid bei gleichzeitiger stabiler substituionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,
3. seelische Krankheit als Folge frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen,
4. seelische Krankheit, die im Zusammenhang mit frühkindlicher körperlicher Schädigung oder Missbildung steht,
5. seelische Krankheit als Folge einer schweren chronischen Erkrankung,
6. schizophrene oder affektive psychotische Störung.

² Aufwendungen für Leistungen bei einer Indikation nach Satz 1 Nr. 1 sind bei Bestehen einer Abhängigkeit von der psychotropen Substanz nur beihilfefähig, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz besteht oder Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz innerhalb von zehn Sitzungen erreicht wird. ³ Wird Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz innerhalb von zehn Sitzungen nicht erreicht, so sind die Aufwendungen für höchstens zehn Sitzungen beihilfefähig.

(3) ¹ Beihilfe für Aufwendungen für ambulante Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie sowie für ambulante Leistungen der Verhaltenstherapie wird nur gewährt, wenn

1. eine Ärztin, ein Arzt, eine Therapeutin oder ein Therapeut, die oder der die in der **Anlage 3** genannten Anforderungen für die Durchführung der jeweiligen Behandlung erfüllt, die Notwendigkeit und die Art der Behandlung, die Anzahl und die Frequenz der Sitzungen sowie die Voraussetzungen für den Behandlungserfolg festgestellt hat und
2. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Gutachtens zu den Feststellungen nach Nummer 1 die Notwendigkeit und die Art der Behandlung sowie die Anzahl und die Frequenz der Sitzungen anerkannt hat.

² Werden die Feststellungen nach Satz 1 Nr. 1 von einer Psychologischen Psychotherapeutin, einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten getroffen, so sind diese durch eine somatische Abklärung durch eine Konsiliarärztin oder einen Konsiliararzt zu ergänzen. ³ Kann die Ärztin, der Arzt, die Therapeutin oder der Therapeut die Anzahl und die Frequenz der Sitzungen nicht mit ausreichender Sicherheit festlegen, so sind Aufwendungen für bis zu fünf probatorische Sitzungen und bei der analytischen Psychotherapie für bis zu acht probatorische Sitzungen beihilfefähig. ⁴ Aufwendungen für die Feststellungen nach Satz 1 Nr. 1 sind beihilfefähig; der Bemessungssatz beträgt 100 Prozent.

(4) Aufwendungen für ambulante Leistungen nach der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing-Methode sind nur bei Erwachsenen mit posttraumatischen Belastungsstörungen und nur im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der analytischen Psychotherapie beihilfefähig.

(5) ¹ Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Leistungen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten erbracht werden, die oder der die in der Anlage 3 genannten Anforderungen für die jeweilige Behandlung erfüllt. ² Aufwendungen für eine Sitzung der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie sind darüber hinaus nur beihilfefähig, wenn die Sitzung bei einer Einzelbehandlung mindestens 50 Minuten und bei einer Gruppenbehandlung mindestens 100 Minuten dauert.

(6) ¹ Für Beihilfeberechtigte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die am Dienort keinen direkten Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen haben, sind

Aufwendungen für

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzelbehandlung und
2. Verhaltenstherapie als Einzelbehandlung

auch in Form einer internetgestützten Therapie beihilfefähig, wenn dieses im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig ist. ² Beihilfefähig sind bis zu 15 Kontakte.

³ Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in Gruppen und Verhaltenstherapie in Gruppen sowie analytische Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie sind unter den Voraussetzungen des Satzes 1 und in dem Umfang nach Satz 2 beihilfefähig, wenn ein Gutachten die Durchführung als internetgestützte Therapie befürwortet.

(7) ¹ Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Familientherapie,
2. Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs,
3. Gesprächspsychotherapie,
4. Gestalttherapie,
5. Heileurhythmie,
6. Körperbezogene Therapie,
7. Konzentrierte Bewegungstherapie,
8. Logotherapie,
9. Musiktherapie,
10. Psychodrama,
11. Respiratorisches Biofeedback,
12. Transaktionsanalyse.

² Nicht beihilfefähig sind auch Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen, die nur der beruflichen oder sozialen Anpassung, der beruflichen oder schulischen Förderung oder der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung dienen.

§ 13

Psychosomatische Grundversorgung

(1) Aufwendungen für ambulante Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur beihilfefähig für

1. verbale Intervention mit einer Mindestbehandlungsdauer von 20 Minuten,
2. Hypnose (Nummer 845 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte) und
3. autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie (Nummern 846 und 847 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte).

(2) Je Krankheitsfall sind beihilfefähig

1. Aufwendungen für verbale Intervention für bis zu 25 Sitzungen,
2. Aufwendungen für Hypnose für bis zu zwölf Sitzungen und
3. Aufwendungen für autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen, wobei eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung möglich ist.

(3) ¹ Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 sind neben Aufwendungen für eine gleichzeitig durchgeführte Therapie nach § 14 oder § 15 nicht beihilfefähig. ² Aufwendungen für eine verbale Intervention sind auch nicht beihilfefähig, wenn sie in einer Sitzung erbracht wurde, in der auch Hypnose, autogenes Training oder Jacobsonsche Relaxationstherapie durchgeführt wurde.

§ 14

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Aufwendungen für Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie (Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte) sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Erwachsenen:

	Einzelbehandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	bis zu 50 Sitzungen	bis zu 40 Sitzungen
in besonderen Fällen	bis zu weitere 30 Sitzungen	bis zu weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	bis zu weitere 20 Sitzungen	bis zu weitere 20 Sitzungen;

2. Analytische Psychotherapie bei Erwachsenen:

	Einzelbehandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	bis zu 160 Sitzungen	bis zu 80 Sitzungen
in besonderen Fällen	bis zu weitere 80 Sitzungen	bis zu weitere 40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	bis zu weitere 60 Sitzungen	bis zu weitere 30 Sitzungen;

3. Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie bei Kindern:

	Einzelbehandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	bis zu 70 Sitzungen	bis zu 40 Sitzungen
in besonderen Fällen	bis zu weitere 50 Sitzungen	bis zu weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	bis zu weitere 30 Sitzungen	bis zu weitere 30 Sitzungen;

4. Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie bei Jugendlichen:

	Einzelbehandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	bis zu 90 Sitzungen	bis zu 40 Sitzungen
in besonderen Fällen	bis zu weitere 50 Sitzungen	bis zu weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	bis zu weitere 40 Sitzungen	bis zu weitere 30 Sitzungen.

(2) ¹ Wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der für den Regelfall vorgesehenen Sitzungen erreicht (besondere Fälle), so sind Aufwendungen für weitere Sitzungen beihilfefähig, wenn die Ärztin, der Arzt, die Therapeutin oder der Therapeut, die oder der die in der Anlage 3 genannten Anforderungen für die Durchführung von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Behandlung erfüllt, die Notwendigkeit und die Anzahl weiterer Sitzungen eingehend begründet und die Festsetzungsstelle vor Beginn der weiteren Behandlung die Notwendigkeit und die Anzahl weiterer Sitzungen anerkannt hat. ² Wird das Behandlungsziel auch innerhalb der weiteren Sitzungen nicht erreicht, so sind Aufwendungen für weitere Sitzungen unter den Voraussetzungen des Satzes 1 beihilfefähig. ³ In der Begründung muss auch dargelegt werden, dass eine hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht, dass das Behandlungsziel durch die weiteren Sitzungen erreicht wird.

(3) Werden bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen, so sind auch die insoweit entstandenen Aufwendungen beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen einer übergeordneten tiefenpsychologisch fundierten Therapie beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 sind neben Aufwendungen für eine gleichzeitig durchgeführte Therapie nach § 13 oder § 15 nicht beihilfefähig.

§ 15 Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte) sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. Verhaltenstherapie bei Erwachsenen:

	Einzelbehandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	bis zu 45 Sitzungen	bis zu 45 Sitzungen
in besonderen Fällen	bis zu weitere 15 Sitzungen	bis zu weitere 15 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	bis zu weitere 20 Sitzungen	bis zu weitere 20 Sitzungen;

2. Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen:

	Einzelbehandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	bis zu 45 Sitzungen	bis zu 45 Sitzungen
in besonderen Fällen	bis zu weitere 15 Sitzungen	bis zu weitere 15 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	bis zu weitere 20 Sitzungen	bis zu weitere 20 Sitzungen.

(2) ¹ Wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der für den Regelfall vorgesehenen Sitzungen erreicht (besondere Fälle), so sind Aufwendungen für weitere Sitzungen beihilfefähig, wenn die Ärztin, der Arzt, die Therapeutin oder der Therapeut, die oder der die in der Anlage 3 genannten Anforderungen für die Durchführung von Verhaltenstherapie erfüllt, die Notwendigkeit und die Anzahl weiterer Sitzungen eingehend begründet und die Festsetzungsstelle vor Beginn der weiteren Behandlung Notwendigkeit und die Anzahl weiterer Sitzungen anerkannt hat. ² Wird das Behandlungsziel auch innerhalb der weiteren Sitzungen nicht erreicht, so sind Aufwendungen für weitere Sitzungen unter den Voraussetzungen des Satzes 1 beihilfefähig. ³ In der Begründung muss auch dargelegt werden, dass eine hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht, dass das Behandlungsziel durch die weiteren Sitzungen erreicht wird.

(3) Werden bei Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen, so sind auch die insoweit entstandenen Aufwendungen beihilfefähig.

(4) ¹ Eine Anerkennung nach § 12 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 ist nicht erforderlich, wenn eine Ärztin, ein Arzt, eine Therapeutin oder ein Therapeut, die oder der die in der Anlage 3 genannten Anforderungen für die Durchführung von Verhaltenstherapie erfüllt, nach Durchführung der probatorischen Sitzungen der Feststellungsstelle mitteilt, dass die Behandlung bei

Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen oder bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. ² Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur beihilfefähig, wenn das Verfahren nach § 12 Abs. 3 durchgeführt wird.

(5) Aufwendungen für Rational Emotive Therapie sind nur im Rahmen einer umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlung beihilfefähig.

(6) Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 sind neben Aufwendungen für eine gleichzeitig durchgeführte Therapie nach § 13 oder § 14 nicht beihilfefähig.

§ 16

Ambulante psychosomatische Nachsorge

Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind beihilfefähig bis zur Höhe der Aufwendungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind.

§ 16 a

Ambulante neuropsychologische Therapie

(1) Aufwendungen für ambulante Leistungen der neuropsychologischen Therapie zur Behandlung einer erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung sind bei einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. organisches amnestisches, nicht durch Alkohol oder eine andere psychotrope Substanz bedingtes Syndrom,
2. organische emotional labile (asthenische) Störung,
3. leichte kognitive Störung,
4. sonstige näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
5. nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit,
6. Persönlichkeitsstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns und
7. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns.

(2) Aufwendungen nach Absatz 1 sind nicht beihilfefähig, wenn

1. eine stationäre oder rehabilitative Maßnahme notwendig ist,
2. eine Hirnerkrankung mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- oder hochgradige Demenz vom Alzheimer-Typ, vorliegt oder
3. bei Erwachsenen eine Hirnschädigung oder Hirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten länger als fünf Jahre zurückliegt,

es sei denn, dass die Therapeutin oder der Therapeut im Einzelfall eingehend begründet, dass eine hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht, dass das Behandlungsziel erreicht wird, und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Notwendigkeit der Behandlung anerkannt hat.

(3) Aufwendungen für ambulante Leistungen der neuropsychologischen Therapie zur Behandlung ausschließlich angeborener Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung, insbesondere eines Aufmerksamkeitsdefizit-Syndroms oder einer Intelligenzminderung, sind nur beihilfefähig, wenn die Therapeutin oder der Therapeut im Einzelfall eingehend begründet, dass eine hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht, dass das Behandlungsziel erreicht wird, und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Notwendigkeit der Behandlung anerkannt hat.

(4) Beihilfe wird nur gewährt, wenn

1. die Leistungen von

- a) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, Neurochirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- b) einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten,
- c) einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder
- d) einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,

die oder der jeweils über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügt, erbracht werden und

2. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Notwendigkeit und die Art der Behandlung sowie die Anzahl und die Frequenz der Sitzungen anerkannt hat.

(5) ¹ Aufwendungen für ambulante Leistungen der neuropsychologischen Therapie sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. Einzelbehandlung

	bei einer Sitzungsdauer von mindestens 25 Minuten	bei einer Sitzungsdauer von mindestens 50 Minuten
Regelfall	bis zu 120 Sitzungen	bis zu 60 Sitzungen
in besonderen Fällen	bis zu weitere 40 Sitzungen	bis zu weitere 20 Sitzungen

2. Gruppenbehandlung

	bei einer Sitzungsdauer von mindestens 50 Minuten	bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten
	bis zu 80 Sitzungen	bis zu 40 Sitzungen.

² Werden während der Therapie Einzel- und Gruppenbehandlung kombiniert, so sind die Aufwendungen für die Sitzungen nach Maßgabe des Satzes 1 Nr. 1 beihilfefähig.

³ Aufwendungen für bis zu fünf probatorische Sitzungen für die krankheitsspezifische

neuropsychologische Diagnostik und die spezifische Indikationsstellung sind beihilfefähig.

(6) ¹ Wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der für den Regelfall vorgesehenen Sitzungen erreicht (besondere Fälle), so sind die Aufwendungen für weitere Sitzungen beihilfefähig, wenn die Ärztin, der Arzt, die Therapeutin oder der Therapeut die Notwendigkeit und die Anzahl weiterer Sitzungen eingehend begründet und die Festsetzungsstelle vor Beginn der weiteren Behandlung die Notwendigkeit und die Anzahl weiterer Sitzungen anerkannt hat. ² In der Begründung muss auch dargelegt werden, dass eine hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht, dass das Behandlungsziel durch die weiteren Sitzungen erreicht wird.

(7) ¹ Werden in die Behandlung Bezugspersonen einbezogen, so sind auch die insoweit entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, bei einer Gruppenbehandlung jedoch nur, wenn Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres behandelt werden. ² Satz 1 gilt für die probatorischen Sitzungen entsprechend.

Zweites Kapitel

Sonstige Leistungen

§ 17

Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte

(1) Aufwendungen für die von einer Ärztin, einem Arzt, einer Zahnärztin, einem Zahnarzt, einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker nach Art und Umfang schriftlich verordneten oder bei einer ambulanten Behandlung verbrauchten

1. Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes, die apothekenpflichtig sind,
2. Verbandmittel und
3. Medizinprodukte

sind nach Maßgabe der Absätze 2 bis 10 beihilfefähig.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
2. verschreibungspflichtige Mund- und Rachentherapeutika, es sei denn, dass sie zur Behandlung von Pilzinfektionen oder von geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle oder zur Behandlung nach einem chirurgischen Eingriff im Hals-, Nasen- oder Ohrenbereich verordnet werden,
3. verschreibungspflichtige Abführmittel, es sei denn, dass sie
 - a) zur Behandlung von Erkrankungen in Zusammenhang mit Tumorleiden oder zur Behandlung von Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung oder
 - b) vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiattherapie oder Opioidtherapie oder in der Terminalphaseverordnet werden,
4. verschreibungspflichtige Arzneimittel gegen Reisekrankheit, es sei denn, dass sie gegen Erbrechen bei einer Tumorthherapie oder bei anderen Erkrankungen verordnet werden,

wenn die oder der Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige das 18. Lebensjahr vollendet hat.

(3) ¹ Nicht beihilfefähig sind auch Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, dass sie

1. für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bestimmt sind,
2. für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bestimmt sind,
3. in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen bei einer ambulanten Behandlung verbraucht wurden,
4. bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und mit dieser Begründung verordnet werden,
5. als Begleitmedikation zu einer medikamentösen Therapie mit einem Arzneimittel, dessen Aufwendungen beihilfefähig sind, mit der Begründung verordnet werden, dass diese Begleitmedikation nach der Fachinformation des Herstellers des Arzneimittels, dessen Aufwendungen beihilfefähig sind, zwingend erforderlich ist, oder
6. zur Behandlung einer unerwünschten, schwerwiegenden Arzneimittelwirkung verordnet werden, die trotz bestimmungsgemäßer Anwendung eines Arzneimittels, dessen Aufwendungen beihilfefähig sind, eingetreten ist.

² Eine unerwünschte Arzneimittelwirkung im Sinne des Satzes 1 Nr. 6 ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder die Lebensqualität aufgrund einer durch sie verursachten Gesundheitsstörung auf Dauer beeinträchtigt ist.

(4) Nicht beihilfefähig sind auch Aufwendungen für

1. Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, insbesondere Arzneimittel zur Behandlung einer sexuellen 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, und
2. Arzneimittel, die als unwirtschaftlich von der Versorgung nach § 31 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen sind.

(5) Das Fachministerium gibt die schwerwiegenden Erkrankungen und die Arzneimittel, die als Therapiestandard nach Absatz 3 Nr. 4 gelten, sowie die Arzneimittel nach Absatz 4 im Niedersächsischen Ministerialblatt bekannt.

(6) Aufwendungen für die nach den Absätzen 2 bis 4 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Arzneimittel sind in medizinisch begründeten Einzelfällen beihilfefähig.

(7) ¹ Aufwendungen für Arzneimittel, für die Festbeträge nach § 35 SGB V festgesetzt sind, sind nur bis zur Höhe der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Internet unter www.dimdi.de veröffentlichten Festbeträge beihilfefähig. ² In medizinisch begründeten Einzelfällen sind Aufwendungen für Arzneimittel nach Satz 1 auch über den Festbetrag hinaus beihilfefähig.

(8) ¹ Aufwendungen für Arzneimittel, deren Wirtschaftlichkeit aufgrund von Bewertungen des Kosten-Nutzen-Verhältnisses nach § 35 b Abs. 1 SGB V nur bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen gegeben ist, sind beihilfefähig, wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind.

² Das Fachministerium gibt die Arzneimittel und die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen im Niedersächsischen Ministerialblatt bekannt.

(9) ¹ Aufwendungen für diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke sind im Rahmen einer ärztlich verordneten enteralen Ernährung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Nahrungsaufnahme beihilfefähig, wenn eine Änderung der üblichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. ² Aufwendungen für Elementardiäten, die für Kinder mit Kuhmilchweißallergie bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres verordnet werden, sind beihilfefähig. ³ Aufwendungen für Elementardiäten, die für diagnostische Zwecke für Kinder mit Neurodermitis bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres verordnet werden, sind beihilfefähig, jedoch höchstens für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten je Behandlungsfall.

(10) ¹ Aufwendungen für Medizinprodukte nach § 3 Nrn. 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes sind beihilfefähig, soweit dies in der **Anlage 4** bestimmt ist. ² Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Harn- und Blutteststreifen.

§ 18 Heilmittel

(1) Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Heilmittel sind beihilfefähig, wenn

1. das Heilmittel in der **Anlage 5** aufgeführt ist,
2. die in der Anlage 5 genannten Voraussetzungen für die Beihilfegewährung vorliegen und
3. das Heilmittel von einer Person angewandt wird, die die Anforderungen nach der **Anlage 6** erfüllt und die Anwendung des Heilmittels der Berufsausbildung oder dem Berufsbild entspricht.

² Die Aufwendungen sind nur bis zu den in der Anlage 5 genannten Höchstbeträgen beihilfefähig. ³ Wird das Heilmittel bei einem ärztlich verordneten Hausbesuch angewendet, so sind die Aufwendungen für den Hausbesuch bis zur Höhe von 9,20 Euro zuzüglich Fahrtkosten beihilfefähig. ⁴ Bei podologischer Therapie sind die Aufwendungen für einen ärztlich verordneten Hausbesuch bis zur Höhe von 7,00 Euro zuzüglich Fahrtkosten beihilfefähig; werden mehrere Personen einer sozialen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang behandelt, so sind die Aufwendungen für den Hausbesuch nur bis zur Höhe von 3,50 Euro je Person zuzüglich Fahrtkosten beihilfefähig. ⁵ Als Fahrtkosten werden bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs 0,30 Euro je Kilometer und im Übrigen die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Verkehrsmittels berücksichtigt. ⁶ Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, so sind die Aufwendungen für den Hausbesuch nach den Sätzen 3 und 4 Halbsatz 2 und die Fahrtkosten nach Satz 5 nur anteilig beihilfefähig.

(2) Wird im Rahmen einer teilstationären oder stationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von kranken oder behinderten Menschen dienen, an Stelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilmittel, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilmittel je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 Euro beihilfefähig.

(3) Bei Beihilfeberechtigten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel bis zur Höhe der ortsüblichen Vergütung im Gastland beihilfefähig.

§ 19 Komplextherapien

¹ Aufwendungen für Leistungen, die von einem berufsgruppenübergreifendem Team erbracht und pauschal abgerechnet werden (Komplextherapien), sind abweichend von § 5 Abs. 1 und 2 und § 18 Abs. 1 bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern aufgrund von Vereinbarungen zu tragen sind, beihilfefähig. ² Dem berufsgruppenübergreifenden Team muss

1. eine Ärztin oder ein Arzt und
2. eine Psychologische Psychotherapeutin, ein Psychologischer Psychotherapeut oder eine Person nach der Anlage 6

angehören.

§ 20

Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

(1) ¹ Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der in der **Anlage 7** genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind unter den in der Anlage 7 genannten Voraussetzungen und bis zu den dort genannten Höchstbeträgen beihilfefähig, wenn die Anschaffung ärztlich verordnet und erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. ² Beihilfefähig sind auch die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Reparatur, den Betrieb, die Unterweisung in den Gebrauch und die Unterhaltung der in der Anlage 7 genannten Gegenstände. ³ Aufwendungen für die Anschaffung, die Reparatur, den Betrieb, die Unterweisung in den Gebrauch und die Unterhaltung der in der **Anlage 8** genannten Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nicht beihilfefähig. ⁴ Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung eines Hilfsmittels oder eines Gerätes zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, das weder in der Anlage 7 noch in der Anlage 8 aufgeführt ist, sind beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und

1. es mit einem in der Anlage 7 genannten Hilfsmittel oder Gerät zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle vergleichbar ist und die dort genannten Voraussetzungen vorliegen oder
2. die Beihilfefähigkeit im Hinblick auf die Fürsorgepflicht des Dienstherrn nach § 45 BeamtStG geboten ist.

⁵ Satz 2 und die in der Anlage 7 genannten Höchstbeträge gelten entsprechend.

(2) Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Gegenstandes nach Absatz 1 Satz 1 oder 4 sind ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn als Ersatz ein Gegenstand in einer im Wesentlichen gleichen Ausführung wie der unbrauchbar gewordene Gegenstand innerhalb von sechs Monaten nach der Erstbeschaffung angeschafft wird.

(3) Aufwendungen für die Unterweisung in den Gebrauch von Blindenhilfsmitteln und für Training in Orientierung und Mobilität sind nach Maßgabe der **Anlage 9** beihilfefähig.

(4) ¹ Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. ² Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

(5) Aufwendungen für die Miete von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle nach Absatz 1 Satz 1 oder 4 sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die Aufwendungen für deren Anschaffung zuzüglich der beihilfefähigen Aufwendungen für deren Unterhaltung sind und die Anschaffung sich dadurch erübrigt.

(6) Bei Beihilfeberechtigten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhöhen oder ermäßigen sich die in der Anlage 7 genannten Höchstbeträge um den nach § 55 BBesG für den Dienort festgesetzten Kaufkraftausgleich, wenn die Aufwendungen im Gastland entstanden sind.

§ 21

Krankenhausleistungen

(1) ¹ Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), die im Rahmen einer vollstationären oder

teilstationären Krankenhausbehandlung in einem Krankenhaus erbracht werden, das das Krankenhausentgeltgesetz anwendet, sind in dem Umfang beihilfefähig, in dem die Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vergütet werden. ² Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung, die im Rahmen einer vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung in einem Krankenhaus erbracht werden, das die Bundespflegesatzverordnung anwendet, sind in dem Umfang beihilfefähig, in dem die Leistungen nach der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden.

(2) Aufwendungen für Leistungen im Rahmen vorstationärer oder nachstationärer Behandlung sind in dem Umfang beihilfefähig, in dem die Leistungen nach § 115 a SGB V vergütet werden.

(3) ¹ Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Abs. 2 KHEntgG in Krankenhäusern, die weder das Krankenhausentgeltgesetz noch die Bundespflegesatzverordnung anwenden, sind wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, für die nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 KHEntgG) eine Fallpauschale vereinbart ist, bis zur Höhe des Betrages, der sich aus der Multiplikation der oberen Grenze des nach § 10 Abs. 9 KHEntgG vereinbarten Basisfallwertkorridors und der krankheitsbezogenen effektiven Bewertungsrelation nach § 7 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG ergibt,
2. im Übrigen bis zur Höhe der entsprechenden tagesgleichen Pflegesätze in Krankenhäusern der Maximalversorgung.

² Vor der Aufnahme in eine Einrichtung nach Satz 1 kann eine spezifizierte Aufstellung über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden. ³ Abweichend von Satz 1 sind Aufwendungen für eine ambulante oder stationäre Notfallbehandlung in einem Krankenhaus, das weder das Krankenhausentgeltgesetz noch die Bundespflegesatzverordnung anwendet, in vollem Umfang beihilfefähig, wenn es als nächstgelegenes Krankenhaus aufgesucht werden musste.

(4) Werden Leistungen im Sinne der §§ 9 bis 11 im Rahmen einer stationären Behandlung erbracht, so richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach den §§ 9 bis 11.

(5) Bei Beihilfeberechtigten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die für Unterkunft und Verpflegung in Krankenhäusern im Gastland entstandenen Aufwendungen unter Berücksichtigung der Verhältnisse im Gastland beihilfefähig.

§ 22 Häusliche Krankenpflege

(1) Häusliche Krankenpflege umfasst Grundpflege, einschließlich notwendiger verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung, ambulante psychiatrische Krankenpflege und Maßnahmen der ambulanten Palliativversorgung.

(2) ¹ Aufwendungen für eine nach ärztlicher Verordnung zur Behandlung einer Krankheit vorübergehend erforderliche häusliche Krankenpflege sind beihilfefähig bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen erstatteten Kosten. ² Die Aufwendungen sind auch beihilfefähig, wenn die häusliche Krankenpflege außerhalb des eigenen Haushalts erbracht wird.

(3) ¹ Ist eine Beihilfeberechtigte, ein Beihilfeberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger schwer erkrankt oder verschlimmert sich eine bestehende Krankheit akut, so sind Aufwendungen für eine nach ärztlicher Verordnung zur Unterstützung vorübergehend erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung beihilfefähig bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen erstatteten Kosten. ² Satz 1 gilt nicht für Personen, die mit einem Pflegegrad von 2 oder höher pflegebedürftig im Sinne des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB XI)

sind. ³ Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) ¹ Aufwendungen für eine nach ärztlicher Verordnung nicht nur vorübergehend erforderliche häusliche Krankenpflege sind bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen erstatteten Kosten beihilfefähig, wenn die häusliche Krankenpflege zur Sicherung eines ärztlichen Behandlungsziels (Behandlungssicherungspflege) verordnet wird. ² Die Behandlungssicherungspflege umfasst Behandlungspflege, notwendige verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, die bei der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit nach § 15 Abs. 5 Sätze 1 und 2 SGB XI zu berücksichtigen sind, und Maßnahmen der ambulanten Palliativversorgung. ³ Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. ⁴ Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige,

1. für die Beihilfe für Aufwendungen für eine vollstationäre Pflege nach § 34 gewährt wird und die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an Behandlungssicherungspflege haben,
2. die sich zur Durchführung der Behandlungssicherungspflege vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft aufhalten oder
3. die in einer Einrichtung der Hilfe für Menschen mit Behinderung leben, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderung im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen.

(5) Wird häusliche Krankenpflege durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, einen Elternteil oder ein Kind der oder des Gepflegten durchgeführt, so sind nur beihilfefähig

1. Aufwendungen für die notwendigen Fahrtkosten der pflegenden Person und
2. eine im Fall von Verdienstausschlag an die pflegende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe des Verdienstausschlags, höchstens jedoch bis zur Höhe der ortsüblichen Vergütung für eine Pflegekraft, die erwerbsmäßig häusliche Krankenpflege erbringt.

§ 22 a

Vollstationäre Kurzzeitpflege bei Krankheit

¹ Reichen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in den Fällen des § 22 Abs. 3 zur Unterstützung nicht aus, so sind Aufwendungen für eine vollstationäre Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB XI beihilfefähig. ² Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die vollstationäre Kurzzeitpflege erbracht wird

1. in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI,
2. in einer anderen Einrichtung, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 132h SGB V besteht, oder
3. in einer anderen Einrichtung, die die Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI erfüllt.

§ 23

Haushaltshilfe

(1) ¹ Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind bis zur Höhe der Kosten, die von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden, beihilfefähig, wenn die Haushaltshilfe beschäftigt wird, weil

1. die oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder die oder der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Angehörige verstorben ist,
2. die oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder die oder der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Angehörige an der Haushaltsführung gehindert ist, weil er oder sie
 - a) sich vollstationär oder teilstationär in einem Krankenhaus oder einer Einrichtung nach § 37 Abs. 2 aufhält,
 - b) an einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1 Nrn. 1 bis 3 oder an einer Suchtbehandlung nach § 31 teilnimmt,
 - c) häusliche Krankenpflege (§ 22) benötigt oder
 - d) vollstationär gepflegt wird (§ 34), oder
3. ein nach ärztlicher Bescheinigung erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt der oder des den Haushalt führenden Beihilfeberechtigten oder der oder des den Haushalt führenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen vermieden wird

und in dem Haushalt mindestens eine Beihilfeberechtigte, ein Beihilfeberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, die oder der Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält oder das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. ² In Ausnahmefällen sind Aufwendungen für eine Haushaltshilfe auch ohne Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 beihilfefähig, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht des Dienstherrn nach § 45 BeamtStG geboten ist.

(2) ¹ In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 sind die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe für die Dauer von sechs Monaten, in Ausnahmefällen für die Dauer von zwölf Monaten, beihilfefähig. ² In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 2 Buchst. a, b und d sind die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe auch nach Rückkehr in den Haushalt für die an die Rückkehr anschließenden vier Wochen beihilfefähig.

(3) ¹ Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind für die Dauer von bis zu vier Wochen bis zur Höhe der Kosten, die von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden, beihilfefähig, wenn die Haushaltshilfe beschäftigt wird, weil die oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder die oder der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Angehörige wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit an der Weiterführung des Haushalts gehindert ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. ² Lebt in dem Haushalt mindestens eine Beihilfeberechtigte, ein Beihilfeberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger, die oder der Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält oder das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, so sind die Aufwendungen für längstens 26 Wochen beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind bis zur Höhe der Kosten, die von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden, beihilfefähig, wenn die Haushaltshilfe beschäftigt wird, weil die den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder die den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Angehörige wegen Schwangerschaft oder Entbindung an der Weiterführung des Haushalts gehindert ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

(5) Absatz 1 Satz 1 Nr. 3, Absatz 2 Satz 2, Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 gelten für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, in deren Haushalt keine weitere Person lebt, entsprechend.

(6) Wären die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe nach den Absätzen 1 bis 4 beihilfefähig und übernimmt anstelle der Haushaltshilfe die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin,

der Lebenspartner, ein Elternteil oder ein Kind die Führung des Haushalts, so ist § 22 Abs. 5 entsprechend anzuwenden.

(7) Wären die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe nach den Absätzen 1, 2 und 3 Satz 2 beihilfefähig, wird aber eine Haushaltshilfe nicht beschäftigt, weil das Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, oder die Person, die Leistungen der Pflegeversicherung erhält, in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht wird, so sind die Aufwendungen hierfür bis zur Höhe der sonst notwendigen Aufwendungen für die Haushaltshilfe beihilfefähig.

§ 24 Haushaltshilfe im Ausland

(1) ¹ Bei Beihilfeberechtigten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, sind Aufwendungen für eine Haushaltshilfe im Gastland auch beihilfefähig, wenn die Hinderung dadurch begründet ist, dass

1. sich die den Haushalt führende Person für eine notwendige ambulante Behandlung, die nicht im Gastland durchgeführt werden kann, für die Dauer von mindestens 48 Stunden außerhalb des Gastlandes begibt oder
2. sich die den Haushalt führende schwangere Beihilfeberechtigte, die den Haushalt führende schwangere Ehefrau eines Beihilfeberechtigten oder die den Haushalt führende schwangere Lebenspartnerin einer Beihilfeberechtigten den Dienort verlassen muss, weil eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienort nicht gewährleistet ist.

² Im Fall des Satzes 1 Nr. 2 sind die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe für die Dauer der ärztlich festgestellten notwendigen Abwesenheit beihilfefähig.

(2) Anstelle der Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind in den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 1 die notwendigen Fahrtkosten und Flugkosten für die Mitnahme von Kindern bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres beihilfefähig.

(3) Übernimmt die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin, der Lebenspartner, ein Elternteil oder ein Kind die Haushaltsführung, so sind die Aufwendungen für Fahrtkosten bis zur Höhe der für eine Haushaltshilfe anfallenden Fahrtkosten beihilfefähig.

§ 25 Soziotherapie

(1) ¹ Aufwendungen für die in den Sätzen 2 und 3 genannten soziotherapeutischen Leistungen sind bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund von Vereinbarungen zu tragen sind, beihilfefähig, wenn

1. die oder der Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder
2. eine gebotene Krankenhausbehandlung wegen einer schweren psychischen Erkrankung der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht durchgeführt werden kann.

² Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. die Erstellung des soziotherapeutischen Behandlungsplans,
2. die Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen,
3. die Arbeit im sozialen Umfeld und

4. die soziotherapeutische Dokumentation.

³ Aufwendungen für ein Training zur Verbesserung der Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer, ein Training zur handlungsrelevanten Willensbildung, eine Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung oder eine Hilfe in Krisensituationen sind nur beihilfefähig, wenn die Leistung nach ärztlicher Bescheinigung notwendig ist.

(2) ¹ Innerhalb von drei Jahren sind Aufwendungen für eine Soziotherapie für bis zu 120 Zeitstunden je Krankheitsfall, einschließlich der Aufwendungen für bis zu fünf Probestunden, beihilfefähig. ² Je Verordnung sind Aufwendungen für bis zu 30 Soziotherapieeinheiten beihilfefähig, wobei eine Einzelbehandlung 60 Minuten und eine Gruppenbehandlung 90 Minuten dauern muss. ³ Die Aufwendungen sind auch beihilfefähig, wenn die Therapieeinheiten maßnahmebezogen in kleinere Zeiteinheiten aufgeteilt werden.

(3) ¹ Beihilfe wird nur gewährt, wenn

1. Soziotherapie von

- a) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychotherapie oder
- b) einer psychiatrischen Institutsambulanz nach § 118 SGB V

verordnet worden ist und

2. die Festsetzungsstelle aufgrund eines soziotherapeutischen Behandlungsplans vor Beginn der weiteren Behandlung die Notwendigkeit der Soziotherapie und die Anzahl der Therapieeinheiten anerkannt hat.

² Die Anerkennung nach Satz 1 Nr. 2 ist für die Probestunden nicht erforderlich.

(4) ¹ Sind soziotherapeutische Leistungen nach ärztlicher Verordnung notwendig, um die Patientin oder den Patienten zur Inanspruchnahme von Soziotherapie zu befähigen, so sind Aufwendungen für bis zu fünf Therapieeinheiten beihilfefähig. ² Die Aufwendungen sind auch dann beihilfefähig, wenn nach Beendigung der fünf Therapieeinheiten Soziotherapie nicht verordnet wird.

§ 26 Fahrtkosten, Flugkosten

(1) Aufwendungen für eine Rettungsfahrt zum Krankenhaus sind beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

(2) ¹ Aufwendungen für andere als in Absatz 1 genannte Fahrten sind nur beihilfefähig, wenn die Fahrt ärztlich verordnet ist und einer der folgenden Fälle vorliegt:

1. Fahrten im Zusammenhang mit einer stationären Krankenhausbehandlung,
2. Fahrten zur Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Verlegung medizinisch zwingend erforderlich ist oder die Festsetzungsstelle der Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus vorher zugestimmt hat,
3. Fahrten im Zusammenhang mit einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn durch die vor- oder nachstationäre Behandlung eine andernfalls medizinisch gebotene stationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
4. Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation in einem Krankenhaus oder in einer Arztpraxis und Fahrten im Zusammenhang mit einer Vor- oder Nachbehandlung im

Zusammenhang mit einer solchen Operation,

5. Fahrten zum Krankentransport in einem Krankenkraftwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist,
6. Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Dialysebehandlung, einer ambulanten onkologischen Strahlentherapie, einer ambulanten parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder einer ambulanten parenteralen onkologischen Chemotherapie,
7. Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Krankenbehandlung von Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen,
 - a) die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „H“ oder „Bl“ besitzen oder
 - b) die mindestens dem Pflegegrad 3 im Sinne des § 15 SGB XI zugeordnet sind,
8. in besonderen Ausnahmefällen Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Krankenbehandlung, wenn die Festsetzungsstelle das Vorliegen eines besonderen Ausnahmefalls vorher anerkannt hat, und
9. Fahrten der Eltern zum Besuch ihres stationär untergebrachten Kindes, wenn der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen notwendig ist.

² In den Fällen des Satzes 1 Nrn. 1, 3, 4 und 6 bis 8 sind nur die Aufwendungen für Fahrten zu oder von der nächstgelegenen Behandlungsmöglichkeit beihilfefähig. ³ Abweichend von Satz 2 sind bei Vorliegen eines zwingenden Grundes Aufwendungen für Fahrten auch zu oder von einer anderen als der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit beihilfefähig.

(3) ¹ Nicht beihilfefähig sind

1. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise sowie
2. Fahrtkosten im Zusammenhang mit einer Behandlung außerhalb der Europäischen Union.

² Abweichend von Satz 1 Nr. 2 sind Aufwendungen für die Fahrt beihilfefähig, wenn die Fahrt aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich war oder die Gewährung von Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht des Dienstherrn nach § 45 BeamtStG erforderlich ist.

(4) ¹ Als Fahrtkosten sind die tatsächlichen Aufwendungen bis zur Höhe der niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels beihilfefähig. ² Höhere Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden konnte. ³ Wird ein privates Kraftfahrzeug benutzt, so werden als Fahrtkosten 0,20 Euro je Kilometer zurückgelegter Strecke berücksichtigt. ⁴ Bei Fahrten nach den Absätzen 1 und 2 Nr. 5 sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Entgelte, die aufgrund von Vereinbarungen oder sonstiger Regelungen für die Inanspruchnahme der Leistungen des Rettungsdienstes bestimmt sind, beihilfefähig.

(5) ¹ Ist für Beihilfeberechtigte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, so sind die Aufwendungen für eine Fahrt zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn

1. eine sofortige Behandlung geboten war oder

2. die Festsetzungsstelle die Notwendigkeit der Fahrt zuvor anerkannt hat.

² Abweichend von Satz 1 Nr. 2 wird in Ausnahmefällen Beihilfe auch ohne vorherige Anerkennung gewährt.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten für Flüge und Flugkosten entsprechend.

§ 27 Unterkunftskosten

(1) ¹ Aufwendungen für Unterkunft anlässlich einer notwendig auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung sind bis zur Höhe von 26 Euro je Tag beihilfefähig. ² Ist die Anwesenheit einer Begleitperson nach ärztlicher Bescheinigung medizinisch erforderlich, so sind Aufwendungen für deren Unterkunft in gleicher Höhe beihilfefähig.

(2) ¹ Werden ärztlich verordnete Heilmittel in einer Einrichtung angewendet, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, so sind Aufwendungen für die Unterkunft, auch als Pauschale, beihilfefähig. ² Ist in der Pauschale ein Verpflegungsanteil enthalten, so ist auch dieser beihilfefähig. ³ Betten- und Platzfreihalteteilungen, die bei Unterbrechungen einer vollstationären Behandlung wegen Krankheit der oder des Behandelten erhoben werden, sind bis zu 5,50 Euro je Tag beihilfefähig. ⁴ Satz 3 findet auch für eine Abwesenheit aus einem anderen, in der Person der oder des Behandelten liegenden Grund bis zur Dauer von 20 Kalendertagen Anwendung. ⁵ Platzfreihalteteilungen bei teilstationärer Betreuung sind nicht beihilfefähig.

(3) Bei Beihilfeberechtigten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhöhen oder ermäßigen sich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Höchstbeträge um den nach § 55 BBesG für den Behandlungsort festgesetzten Kaufkraftausgleich.

§ 28 Lebensbedrohende oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohenden oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung, für die eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht zur Verfügung steht oder Aussicht auf Heilung nicht bietet, sind beihilfefähig, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Drittes Kapitel

Rehabilitation

§ 29 Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Aufwendungen für folgende Rehabilitationsmaßnahmen sind beihilfefähig:

1. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäusern und in Einrichtungen, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen,
2. medizinische Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter, auch in Form von Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen, in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen,
3. familienorientierte Rehabilitationen bei einer Erkrankung eines Kindes,
4. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen,
5. Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung sowie

Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung bis zu 6,20 Euro je Trainingseinheit.

(2) ¹ Die Aufwendungen für die in Absatz 1 genannten Rehabilitationsmaßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt. ² Die ärztliche Verordnung für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird (Anschlussrehabilitation), muss Art, Dauer und Inhalt der Maßnahme bestimmen. ³ Enthält ein Gutachten nach § 49 Abs. 2 eine Empfehlung zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1, so bedarf es einer ärztlichen Verordnung nicht.

(3) Die Aufwendungen für eine Anschlussrehabilitation sind nur beihilfefähig, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen nach der Krankenhausbehandlung beginnt, es sei denn, dass die Einhaltung dieser Frist aus zwingenden tatsächlichen oder zwingenden medizinischen Gründen nicht möglich ist.

(4) Aufwendungen für die Verlängerung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 sind nur beihilfefähig, wenn die Einrichtung, die die Maßnahme durchführt, festgestellt hat, dass die Verlängerung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

(5) ¹ Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Nrn. 1 und 2, ausgenommen Maßnahmen der Anschlussrehabilitation, sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme vor deren Beginn anerkannt hat und die Rehabilitationsmaßnahme innerhalb von vier Monaten nach der Anerkennung begonnen hat.

² Die Festsetzungsstelle erkennt die Notwendigkeit an, wenn

1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. eine ambulante ärztliche Behandlung und eine ambulante Anwendung von Heilmitteln am Wohnort oder in einer wohnortnahen Einrichtung zur Erreichung der Rehabilitationsziele wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und
3. die Einrichtung, in der die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden soll, geeignet ist.

³ Enthält ein Gutachten nach § 49 Abs. 2 eine Empfehlung zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1, so gelten die Voraussetzungen nach Satz 2 Nrn. 1 und 2 als erfüllt. ⁴ Bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 Nr. 1 ist für die Anerkennung zusätzlich erforderlich, dass ein gleichwertiger Erfolg nicht durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 Nr. 4 erzielt werden kann.

(6) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Nrn. 1 und 2, ausgenommen Maßnahmen der Anschlussrehabilitation, sind vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer entsprechenden Rehabilitationsmaßnahme, für die Beihilfe gewährt worden ist oder deren Kosten aufgrund anderer öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, nur beihilfefähig, wenn die Durchführung vor Ablauf von vier Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

§ 30

Aufwendungen im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen

(1) ¹ Aufwendungen für eine Fahrt, auch einer Begleitperson, im Zusammenhang mit einer Maßnahme der Anschlussrehabilitation oder mit einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1 Nr. 3 sind beihilfefähig, wenn die Fahrt ärztlich verordnet ist. ² Für die Höhe gilt § 26 Abs. 4 entsprechend. ³ Aufwendungen für eine Fahrt, auch einer Begleitperson, im Zusammenhang mit einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 oder 2, ausgenommen Maßnahmen der Anschlussrehabilitation, sind entsprechend § 26 Abs. 4 bis zu einem Betrag in Höhe von 200 Euro für die Hinfahrt und die Rückfahrt beihilfefähig. ⁴ Aufwendungen für Fahrten, auch einer Begleitperson, im Zusammenhang mit einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1

Nr. 4 sind entsprechend § 26 Abs. 4 bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 200 Euro beihilfefähig. ⁵ Nutzen mehrere Personen gemeinsam ein privates Kraftfahrzeug, so sind Aufwendungen für die Fahrt in der Höhe beihilfefähig, in der sie beihilfefähig wären, wenn nur eine Person das private Kraftfahrzeug benutzt hätte.

(2) Aufwendungen für Kurtaxe, auch einer Begleitperson, und für einen ärztlichen Schlussbericht im Zusammenhang mit einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1 Nrn. 1 bis 3 sind beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen sind wie folgt beihilfefähig:

1. bei Maßnahmen der Anschlussrehabilitation
 - a) bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung,
 - b) für eine Begleitperson bis zur Höhe von 70 Prozent des niedrigsten Satzes der Einrichtung,
2. bei sonstigen stationären Rehabilitationsmaßnahmen
 - a) bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Anreisetag und Abreisetag), wenn eine Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist, auch länger,
 - b) für eine Begleitperson bis zur Höhe von 70 Prozent des niedrigsten Satzes der Einrichtung,
3. bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt, für höchstens 21 Tage (ohne Anreisetag und Abreisetag),
4. bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen
 - a) in Höhe von 16 Euro je Tag für höchstens 21 Tage (ohne Anreisetag und Abreisetag),
 - b) für eine Begleitperson in Höhe von 13 Euro je Tag.

(4) Aufwendungen für die Begleitperson sind nur beihilfefähig, wenn eine Begleitung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

(5) ¹ Führen Beihilfeberechtigte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, und ihre mit ihnen im Ausland lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1 Nrn. 1 bis 3, ausgenommen Maßnahmen der Anschlussrehabilitation, im Inland durch, so sind die Fahrtkosten und die Flugkosten zwischen dem Dienort und dem Behandlungsort nur beihilfefähig, wenn die Fahrt nicht

1. mit einer Heimfahrt, für die Reisebeihilfe nach § 13 der Verordnung über das Auslandstrennungsgeld in der Fassung vom 22. Januar 1998 (BGBl. I S. 189), zuletzt geändert durch Artikel 15 Abs. 41 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160), mit den nachfolgenden Änderungen, gewährt wird, oder
2. mit einer anderen von einer öffentlichen Kasse bezahlten Reise

verbunden werden kann. ² Dies gilt auch, wenn die Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von Dritten zu tragen oder zu erstatten sind, soweit der Dritte die Fahrtkosten und die Flugkosten nicht übernimmt und wenn die Festsetzungsstelle die Notwendigkeit der Fahrt zuvor anerkannt hat.

³ Die Höchstgrenze nach Absatz 1 Satz 3 findet keine Anwendung.

§ 31 Suchtbehandlung

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

(2) ¹ Die ärztliche Verordnung muss von einer Ärztin oder einem Arzt ausgestellt sein, die oder der nicht in der Einrichtung tätig ist, in der die Suchtbehandlung durchgeführt wird. ² Sie muss Art, Dauer und Inhalt der Suchtbehandlung bestimmen.

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

(4) ¹ Aufwendungen für eine Fahrt sind beihilfefähig, wenn die Fahrt ärztlich verordnet ist. ² Für die Höhe gilt § 26 Abs. 4 entsprechend.

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

Dritter Teil

Aufwendungen im Pflegefall und für Palliativversorgung

§ 32 Pflegeberatung

(1) Der Dienstherr oder die juristische Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, beteiligt sich an den Kosten, die im Rahmen der privaten und sozialen Pflegeversicherung für durchgeführte Pflegeberatungen im Sinne des § 7 a SGB XI entstehen.

(2) ¹ Aufwendungen für Beratungen im Sinne des § 37 Abs. 3 SGB XI sind bis zu der in § 37 Abs. 3 Sätze 4 und 6 Halbsatz 2 SGB XI genannten Höhe beihilfefähig. ² § 37 Abs. 6 SGB XI gilt entsprechend.

§ 33 Häusliche Pflege, teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege

(1) ¹ Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe sind bis zu der in § 36 Abs. 3 SGB XI genannten Höhe beihilfefähig, wenn die häusliche Pflege durch eine Pflegekraft erbracht wird,

1. die in einem Vertragsverhältnis zu einer Pflegekasse steht,
2. die in einem Vertragsverhältnis zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung steht, mit der eine Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, oder
3. für deren Leistungen eine Leistungspflicht eines privaten Versicherungsunternehmens, das die private Pflege-Pflichtversicherung durchführt, besteht.

² § 36 Abs. 4 Satz 1 SGB XI ist entsprechend anzuwenden. ³ Aufwendungen für häusliche Betreuung im Sinne des § 124 Abs. 2 SGB XI und Aufwendungen nach Satz 1 sind zusammen bis zu der in § 36 Abs. 3 SGB XI genannten Höhe beihilfefähig. ⁴ § 124 Abs. 3 SGB XI gilt entsprechend.

(2) ¹ Wird die häusliche Pflegehilfe nicht durch eine Pflegekraft im Sinne des Absatzes 1 erbracht, so wird eine Pauschalbeihilfe in Höhe der Beträge nach § 37 Abs. 1 Satz 3 SGB XI gewährt. ² Das aus einer Pflegeversicherung zustehende Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind, soweit sie vorrangig zu berücksichtigen sind, auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen. ³ Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Pauschalbeihilfe nach Satz 1 zur Hälfte gewährt.

(3) ¹ Wird die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 2 nicht für einen vollen Kalendermonat in Anspruch genommen, so ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden Tag, an dem die häusliche Pflegehilfe nicht in Anspruch genommen wird, zu mindern. ² Satz 1 ist im Fall des Todes der oder des Pflegebedürftigen nicht anzuwenden. ³ Die Pauschalbeihilfe wird

1. während Urlaubsreisen und anderer privater Reisen von insgesamt bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr und
2. während der jeweils ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 21), einer häuslichen Krankenpflege (§ 22), einer stationären Rehabilitation (§ 29) oder einer stationären medizinischen Vorsorgeleistung (§ 38)

ungemindert weitergewährt. ⁴ Schließen sich zwei oder mehr Maßnahmen nach Satz 3 Nr. 2 unmittelbar aneinander an, so gelten sie hinsichtlich des Zeitraums von vier Wochen als eine Maßnahme. ⁵ Pflegebedürftigen, die ihre Pflege durch von ihnen beschäftigte Pflegekräfte sicherstellen, ist die Pauschalbeihilfe in den Fällen des Satzes 3 Nr. 2 und des Satzes 4 auch über die ersten vier Wochen hinaus weiter zu gewähren.

(4) ¹ Die Festsetzungsstelle trägt anteilig die Beiträge zur Rentenversicherung der Pflegekraft, wenn die häusliche Pflegehilfe nicht durch eine Pflegekraft im Sinne des Absatzes 1 erbracht und die Pflegekraft nicht erwerbsmäßig tätig wird. ² Nimmt die Pflegekraft Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch, so trägt die Festsetzungsstelle auch anteilig die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung der Pflegekraft und die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44 a SGB XI.

(5) Wird die häusliche Pflegehilfe zum Teil durch eine Pflegekraft nach Absatz 1 erbracht und zum Teil durch eine Pflegekraft, die nicht die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllt, so werden Beihilfe nach Absatz 1 und Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 anteilig gewährt.

(6) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege im Sinne des § 41 Abs. 1 SGB XI sind bis zu der in § 41 Abs. 2 Satz 2 SGB XI genannten Höhe beihilfefähig.

(7) Wird teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege mit häuslicher Pflege nach Absatz 1 oder 2 kombiniert, so wird Beihilfe in entsprechender Anwendung von § 41 Abs. Abs. 3 SGB XI gewährt.

(8) Aufwendungen für eine Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson sind nach Maßgabe des § 39 SGB XI beihilfefähig.

(9) Kann die häusliche Pflegehilfe zeitweise nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, so sind Aufwendungen für eine vollstationäre Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 SGB XI beihilfefähig.

(10) ¹ Eine nach Absatz 2 oder 5 gewährte Pauschalbeihilfe wird

1. während einer Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson (Absatz 8) für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr und
2. während einer vollstationären Kurzzeitpflege (Absatz 9) für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr

zur Hälfte weitergewährt. ² Maßgeblich für die Höhe der Pauschalbeihilfe nach Satz 1 ist der

Betrag, der im Monat vor der Inanspruchnahme der Ersatzpflege oder der vollstationären Kurzzeitpflege gewährt wurde.³ Während einer Ersatzpflege und während einer vollstationären Kurzzeitpflege in den Jahren 2012 bis 2015 wird die Pauschalbeihilfe nach Satz 1 jeweils nur für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr gewährt.

(11) Einer pflegebedürftigen Person, der Beihilfe nach § 34 Abs. 10 gewährt wird, wird daneben die Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 anteilig für die Tage gewährt, an denen sie sich in häuslicher Pflege befindet.

§ 34 Vollstationäre Pflege

(1)¹ Aufwendungen für eine vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI sind beihilfefähig, wenn häusliche und teilstationäre Pflege nicht möglich sind.² Die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind bis zur Höhe der für die Pflegeeinrichtung nach § 85 SGB XI vereinbarten Pflegesätze beihilfefähig.³ Besteht eine Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI nicht, so sind die in Satz 2 genannten Aufwendungen bis zur Höhe des zwischen der Pflegeeinrichtung und der pflegebedürftigen Person vereinbarten Pflegesatzes beihilfefähig.⁴ § 43 Abs. 2 Satz 3 und Abs. 4 und 5 SGB XI gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für eine vollstationäre Pflege in einer Pflegeeinrichtung, die nicht nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassen ist, sind beihilfefähig, wenn die Pflegeeinrichtung die Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI erfüllt.

(3)¹ Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung und für gesondert berechenbare Investitionskosten, jedoch nicht Aufwendungen für Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI, die den Eigenanteil übersteigen, sind beihilfefähig; der Bemessungssatz beträgt 100 Prozent.² Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einnahmen bis zur Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9 zuzüglich des Familienzuschlags der Stufe 1 nach § 35 Abs. 1 NBesG in der Höhe des Betrages nach Anlage 7 NBesG und der allgemeinen Stellenzulage nach Nummer 1 Buchst. b der Anlage 9 NBesG in der Höhe des Betrages nach Anlage 10 NBesG
 - a) mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 Prozent der Einnahmen,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 Prozent der Einnahmen,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höheren Einnahmen
 - a) mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 Prozent der Einnahmen,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 Prozent der Einnahmen,
3. bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege der oder des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 Prozent der Einnahmen,
4. bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten 70 Prozent der Einnahmen.

(4)¹ Zu den Einnahmen zählen

1. die Dienstbezüge,
2. die Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften,

- 3. der Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- 4. der Zahlbetrag aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung,
- 5. die Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
- 6. die Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit und
- 7. die Entgeltersatzleistungen

der oder des Beihilfeberechtigten und der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners. ² Eine Leistung für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VI) bleibt unberücksichtigt.

(5) Dienstbezüge sind

- 1. die in § 2 Abs. 2 Nrn. 1 bis 3 NBesG genannten Bezüge ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag,
- 2. der Altersteilzeitzuschlag nach § 11 Abs. 3 oder § 66 NBesG und
- 3. der Zuschlag nach § 12 Abs. 3 NBesG.

(6) Versorgungsbezüge sind die in § 2 des Niedersächsischen Beamtenversorgungsgesetzes (NBeamtVG) genannten Bezüge mit Ausnahme des Unterschiedsbetrages nach § 57 Abs. 1 Sätze 2 und 3 NBeamtVG, des Unfallausgleichs nach § 39 NBeamtVG, der einmaligen Unfallentschädigung und der einmaligen Entschädigung nach § 48 NBeamtVG.

(7) Der Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.

(8) Wird einer oder einem Beihilfeberechtigten oder einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen Pflegewohngeld gezahlt, so sind die Aufwendungen nach Absatz 3 Satz 1 um diesen Betrag zu mindern.

(9) ¹ Für Aufwendungen für eine vollstationäre Pflege, für Unterkunft und Verpflegung und für gesondert berechenbare Investitionskosten wird eine weitere Beihilfe gewährt, soweit von den monatlichen Einnahmen nach Absatz 4 nach Abzug der Aufwendungen für eine vollstationäre Pflege, für Unterkunft und Verpflegung und für gesondert berechenbare Investitionskosten und nach Anrechnung der nach den Absätzen 1 bis 3 zustehenden Beihilfe und der Leistungen der Pflegeversicherung nicht ein Mindestbetrag verbleibt. ² Der Mindestbetrag beträgt

- 1. bei Beihilfeberechtigten mit Einnahmen nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 1
 - a) mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 Prozent der Einnahmen,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 75 Prozent der Einnahmen,
- 2. bei Beihilfeberechtigten mit Einnahmen nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 2
 - a) mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 60 Prozent der Einnahmen,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 65 Prozent der Einnahmen,
- 3. bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege der oder des Beihilfeberechtigten und aller

berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 Prozent der Einnahmen,

4. bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten 30 Prozent der Einnahmen.

³ Beihilfe wird in Höhe des Differenzbetrages zwischen dem Mindestbetrag und den verbleibenden Einnahmen nach Satz 1 gewährt.

(10) ¹ Aufwendungen für vollstationäre Pflege und Betreuung in einer Einrichtung der Hilfe für Menschen mit Behinderung, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderung im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sind bis zu der in § 43 a Sätze 1 und 2 SGB XI genannten Höhe beihilfefähig. ² § 43 a Satz 3 SGB XI ist entsprechend anzuwenden.

(11) Wird die pflegebedürftige Person nach Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft, so ist der Betrag nach § 87 a Abs. 4 SGB XI beihilfefähig.

(12) Aufwendungen für Vergütungszuschläge nach § 87 b SGB XI sind beihilfefähig.

§ 35 Sonstige Leistungen

(1) ¹ Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, erhalten Beihilfe für Aufwendungen

1. für zusätzliche Betreuungsleistungen nach Maßgabe des § 45b SGB XI,
2. für verbesserte Pflegeleistungen nach Maßgabe des § 123 Abs. 2 bis 4 SGB XI und
3. für häusliche Betreuung im Sinne des § 124 Abs. 2 SGB XI.

² Die Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 3 und die Aufwendungen nach § 33 Abs. 1 sind zusammen bis zu der in § 123 SGB XI genannten Höhe beihilfefähig. ³ § 124 Abs. 3 SGB XI gilt entsprechend. ⁴ Aufwendungen für Leistungen niedrigschwelliger Betreuungsangebote im Sinne des § 45c Abs. 3 SGB XI und niedrigschwelliger Entlastungsangebote im Sinne des § 45c Abs. 3 und 3 a SGB XI sind nach Maßgabe des § 45b Abs. 3 SGB XI beihilfefähig.

⁵ Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI nicht erfüllen, erhalten nach Maßgabe des § 45b Abs. 1 a SGB XI Beihilfe für Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen; Satz 4 gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sind nach Maßgabe des § 40 Abs. 1 und 2 SGB XI beihilfefähig. ² Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds sind nach Maßgabe des § 40 Abs. 4 SGB XI beihilfefähig.

(3) ¹ Lebt eine pflegebedürftige Person in einer ambulant betreuten Wohngruppe im Sinne des § 38a Abs. 1 Nrn. 1, 3 und 4 SGB XI und wird ihr Beihilfe nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 oder 2 oder Satz 5 oder nach § 33 Abs. 1, 2 oder 5 gewährt, so ist der Betrag nach § 38a Abs. 1 SGB XI beihilfefähig. ² Aufwendungen für die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sind nach Maßgabe des § 45e SGB XI beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung entsprechende Leistungen zugesagt hat. ³ Für die Jahre 2012 bis 2014 wird Beihilfe nach den Sätzen 1 und 2 nur Personen gewährt, denen Beihilfe nach § 33 Abs. 1, 2 oder 5 gewährt wurde.

§ 36 Beihilfe bei Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

¹ Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten (§ 28 Abs. 2 SGB XI), wird Beihilfe in wertmäßig gleicher Höhe gewährt. ² Abweichend von Satz 1 wird für Aufwendungen für eine

vollstationäre Pflege entsprechend § 34 Abs. 1 Beihilfe mit der Maßgabe gewährt, dass der Bemessungssatz 50 Prozent beträgt. ³ § 34 Abs. 9 gilt entsprechend.

§ 37 Palliativversorgung

(1) ¹ Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig und die Palliativversorgung ärztlich verordnet ist. ² § 37 b Abs. 1 Sätze 3 bis 6 und Abs. 2 SGB V gilt entsprechend. ³ Die Aufwendungen sind bis zur Höhe der nach § 132 d SGB V vereinbarten Vergütung beihilfefähig.

(2) ¹ Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung einschließlich Unterkunft und Verpflegung in Hospizen, die einen Vertrag mit Krankenkassen nach § 39 a Abs. 1 Satz 11 SGB V geschlossen haben, sind bis zu der in § 39 a Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V genannten Höhe beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in einem Haushalt der Familie nicht erbracht werden kann und eine Ärztin oder ein Arzt dies bescheinigt. ² Ist wegen der Besonderheit der Erkrankung oder wegen eines Mangels an Hospizplätzen eine Versorgung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich, so sind auch Aufwendungen für Palliativversorgung in einer anderen Einrichtung bis zu der in Satz 1 genannten Höhe beihilfefähig.

(3) Für Beihilfeberechtigte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen bemisst sich die Angemessenheit der Aufwendungen für eine Palliativversorgung im Gastland nach den ortsüblichen Vergütungen des Gastlandes.

Vierter Teil

Aufwendungen in sonstigen Fällen

§ 38 Vorsorge und Prävention

(1) ¹ Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut empfohlen sind, sind beihilfefähig. ² Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen im Zusammenhang mit einem privaten Auslandsaufenthalt, es sei denn, dass zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit ins Inland vorzubeugen. ³ Aufwendungen für einen Impfausweis im Sinne des § 22 des Infektionsschutzgesetzes sind beihilfefähig.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4005, 4050, 4055 und 4060 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte und Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte.

(3) Für Fahrten und Flüge in Bezug auf Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 gilt § 26 Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 entsprechend.

(4) ¹ Aufwendungen für ambulante medizinische Vorsorgeleistungen

1. in einem anerkannten Kurort mit der Artbezeichnung

- a) Kneipp-Heilbad,
- b) Mineralheilbad,
- c) Moorheilbad,
- d) Nordsee-Heilbad,

- e) Soleheilbad,
- f) Thermalheilbad,
- g) Heilklimatischer Kurort,
- h) Kneipp-Kurort,
- i) Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb,
- j) Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb,
- k) Ort mit Moor-Kurbetrieb oder
- l) Ort mit Sole-Kurbetrieb

oder

2. in einem entsprechenden Ort in einem anderen Bundesland oder im Ausland, den das Fachministerium im Niedersächsischen Ministerialblatt bekannt gibt,

zur Beseitigung einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen wird, zur Vermeidung der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes, zur Vorbeugung vor Erkrankungen, zur Vermeidung der Verschlimmerung von Erkrankungen oder zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sind beihilfefähig. ² § 30 Abs. 1 Sätze 3 und 5, Abs. 2 und 3 Nr. 4, Abs. 4 und 5 ist entsprechend anzuwenden.

(5) ¹ Aufwendungen für medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter, auch in Form von Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahmen, in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen sind beihilfefähig. ² § 30 Abs. 1 Sätze 3 und 5, Abs. 2 und 3 Nr. 3, Abs. 4 und 5 ist entsprechend anzuwenden.

(6) ¹ Aufwendungen für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen für Kinder nach § 80 Abs. 2 Nr. 2 NBG vor Vollendung des 14. Lebensjahres in Einrichtungen, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen, sind beihilfefähig. ² § 30 Abs. 1 Sätze 3 und 5, Abs. 2 und 3 Nr. 2, Abs. 4 und 5 ist entsprechend mit der Maßgabe anzuwenden, dass Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen für höchstens 42 Tage (ohne Anreisetag und Abreisetag) beihilfefähig sind.

(7) ¹ Aufwendungen für medizinische Vorsorgeleistungen nach den Absätzen 4 bis 6 sind nur beihilfefähig, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt, die Festsetzungsstelle die Notwendigkeit der Vorsorgeleistung vor deren Beginn anerkannt hat und die Vorsorgeleistung innerhalb von vier Monaten nach der Anerkennung begonnen hat. ² Die Festsetzungsstelle erkennt die Notwendigkeit der Vorsorgeleistung an, wenn

1. die Vorsorgeleistung medizinisch notwendig ist,
2. eine ärztliche Behandlung und eine Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln nicht ausreichen, um
 - a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 - b) eine Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes zu vermeiden,
 - c) einer Erkrankung vorzubeugen oder die Verschlimmerung einer Erkrankung zu vermeiden oder

- d) Pflegebedürftigkeit zu vermeiden
und

3. die Einrichtung, in der die Vorsorgeleistung erbracht werden soll, geeignet ist.

(8) ¹ Aufwendungen für medizinische Vorsorgeleistungen nach Absatz 4 sind vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung einer entsprechenden medizinischen Vorsorgeleistung, für die Beihilfe gewährt worden ist oder deren Kosten aufgrund anderer öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, nur beihilfefähig, wenn die Durchführung vor Ablauf von drei Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist. ² Für Aufwendungen für medizinische Vorsorgeleistungen nach den Absätzen 5 und 6 gilt abweichend von Satz 1 ein Zeitraum von vier Jahren nach Durchführung einer entsprechenden medizinischen Vorsorgeleistung.

(9) ¹ Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für die Teilnahme an bis zu zwei Gesundheits- oder Präventionskursen zu den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum beihilfefähig. ² Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn der Kurs von einer gesetzlichen Krankenkasse als förderfähig anerkannt worden ist und die Teilnahme an mindestens 80 Prozent der Kurseinheiten eines Kurses nachgewiesen wird. ³ Je Kurs beträgt die Beihilfe höchstens 75 Euro. ⁴ Eine Beihilfe wird nicht gewährt, wenn die oder der Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung dem Grunde nach einen Anspruch auf Leistungen im Sinne des § 20 SGB V hat.

§ 38 a Früherkennung und Überwachung

(1) ¹ Aufwendungen für Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 und § 26 Abs. 1 SGB V sind nach Maßgabe des § 25 Abs. 3, auch in Verbindung mit § 26 Abs. 2, SGB V beihilfefähig. ² Das Nähere über Art und Umfang der Untersuchungen und die Voraussetzungen nach § 25 Abs. 3 SGB V macht das Fachministerium im Niedersächsischen Ministerialblatt bekannt.

(2) ¹ Aufwendungen für nicht in Absatz 1 genannte Leistungen der Früherkennung sowie für Leistungen der Überwachung sind beihilfefähig, wenn die Leistung in der **Anlage 10** aufgeführt ist. ² Die Aufwendungen sind bis zu den in der Anlage 10 genannten Höchstbeträgen beihilfefähig.

(3) Für Fahrten und Flüge in Bezug auf Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 gilt § 26 Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 entsprechend.

§ 38 b Beteiligung an allgemeinen, nicht individualisierbaren Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung

¹ Der Dienstherr oder die juristische Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, kann sich einmalig oder laufend an den Kosten für allgemeine, nicht individualisierbare Maßnahmen zur Vorsorge und Früherkennung durch pauschale Zahlungen beteiligen. ² Für die Landesverwaltung trifft das Fachministerium die Entscheidung über die finanzielle Beteiligung.

§ 39 Schwangerschaft und Geburt

(1) ¹ Bei einer Schwangerschaft und bei einer Geburt sind neben den Aufwendungen für Leistungen nach dem Zweiten Teil dieser Verordnung Aufwendungen für Leistungen

1. der Schwangerschaftsüberwachung,
2. der Hebamme oder des Entbindungspflegers nach Maßgabe der Verordnung über

Gebühren für Hebammenhilfe außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung oder nach dem entsprechenden Recht anderer Länder,

3. in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung im Sinne des § 134 a SGB V,
4. einer Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei einer Hausentbindung oder einer ambulanten Entbindung

beihilfefähig. ² § 22 Abs. 5 ist in den Fällen des Satzes 1 Nr. 4 entsprechend anzuwenden.

(2) ¹ Bei Beihilfeberechtigten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind bei einer Geburt zusätzlich die vor Aufnahme in ein Krankenhaus am Entbindungsort entstehenden Aufwendungen für die Unterkunft beihilfefähig. ² § 27 Abs. 1 und 3 gilt entsprechend. ³ Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für die Unterkunft im Haushalt des Ehegatten, der Lebenspartnerin, der Eltern oder der Kinder der Schwangeren.

§ 40

Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

(1) ¹ Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind im Umfang von 50 Prozent beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des § 27 a Abs. 1 bis 3 Satz 1 SGB V vorliegen. ² Das Nähere über die medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzungen, Art und Umfang der künstlichen Befruchtung macht das Fachministerium im Niedersächsischen Ministerialblatt bekannt. ³ Beihilfe wird nur gewährt, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines Behandlungsplans das Vorliegen der Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

(2) Aufwendungen für eine Sterilisation sind beihilfefähig, wenn diese wegen einer Krankheit notwendig ist.

(3) ¹ Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen sind beihilfefähig. ² Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig. ³ Aufwendungen für allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht beihilfefähig.

(4) ¹ Für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Aufwendungen nach den §§ 17, 21, 23, 24, 26 und 27 beihilfefähig. ² Daneben sind auch die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch beihilfefähig.

§ 41

Erste Hilfe, Entseuchung, Organspende, Gewebespende und Blutspende zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Erste Hilfe und
2. eine Entseuchung, die wegen Krankheit der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen behördlich angeordnet worden ist, und die dabei verbrauchten Stoffe.

(2) Benötigten Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Organ- oder Gewebetransplantation oder eine Behandlung mit Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen, so sind neben den Aufwendungen für Leistungen nach dem Zweiten Teil

dieser Verordnung

1. bei einer postmortalen Organ- oder Gewebespende die Aufwendungen für die Vermittlung, die Entnahme, die Versorgung und den Transport des Organs oder des Gewebes sowie für die Organisation für die Bereitstellung des Organs oder des Gewebes zur Transplantation,
 2. bei Lebendspenden
 - a) die Aufwendungen für Leistungen im Sinne des Zweiten Teils dieser Verordnung für eine Spenderin oder einen Spender eines Organs, von Gewebe oder von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen in entsprechender Anwendung des Zweiten Teils dieser Verordnung und
 - b) die Aufwendungen für die Erstattung von Verdienstausschlag der Spenderin oder des Spenders
- und
3. die Aufwendungen für die Registrierung der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach geeigneten Blutstammzellspenderinnen und Blutstammzellspendern im Zentralen Knochenmarkspender-Register

beihilfefähig.

§ 41 a Registrierung im klinischen Krebsregister

¹ Der Dienstherr oder die juristische Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, beteiligt sich nach Maßgabe des Satzes 2 an den Kosten, die dem zuständigen klinischen Krebsregister für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstehen. ² Gezahlt werden

1. die fallbezogene Krebsregisterpauschale nach § 65c Abs. 4 Sätze 2 bis 4 und 6 SGB V und
2. die Meldevergütung nach § 65c Abs. 6 Sätze 1 bis 5, 8 und 9 SGB V

in Höhe des Bemessungssatzes.

§ 42 Gebärdendolmetscherin und Gebärdendolmetscher

¹ Aufwendungen für die Leistungen einer Gebärdendolmetscherin oder eines Gebärdendolmetschers sind beihilfefähig, wenn

1. die oder der Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige gehörlos, hochgradig schwerhörig, ertaubt oder sprachbehindert ist und
2. für den Erfolg einer beihilfefähigen Leistung zur Kommunikation mit der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer eine Gebärdendolmetscherin oder ein Gebärdendolmetscher erforderlich ist.

² Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe einer Vergütung in entsprechender Anwendung des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes.

Fünfter Teil Leistungsumfang

§ 43

Bemessung der Beihilfe

(1) ¹ Der der Beihilfegewährung zugrunde zu legende Bemessungssatz (§ 80 Abs. 5 NBG) richtet sich nach dem Zeitpunkt der Leistungserbringung. ² Der erhöhte Bemessungssatz nach § 80 Abs. 5 Satz 5 NBG gilt für die Person, die den Familienzuschlag (§§ 34 und 35 NBesG) erhält, es sei denn, dass die Beihilfeberechtigten eine abweichende Vereinbarung treffen.

³ Diese kann nur aus einem wichtigen Grund geändert werden. ⁴ Eine abweichende Vereinbarung kann nicht getroffen werden, wenn der erhöhte Bemessungssatz durch Rechtsvorschrift verbindlich einer Person zugewiesen wird.

(2) Für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt der Bemessungssatz 70 Prozent, wenn aufgrund einer nachrangigen Beihilfeberechtigung infolge eines Versorgungsbezugs ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustehen würde.

(3) Die oberste Dienstbehörde, eine von ihr bestimmte Behörde oder die juristische Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, kann für Aufwendungen im Zusammenhang mit einer Dienstbeschädigung im Einzelfall den Bemessungssatz erhöhen, soweit nicht bereits Ansprüche nach dem Beamtenversorgungsgesetz bestehen.

(4) ¹ Die Festsetzungsstelle kann den Bemessungssatz von Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern und ihren berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen oder Lebenspartnern auf Antrag um bis zu 20 Prozentpunkte, auch befristet erhöhen, wenn

1. der monatliche Beitragsaufwand für eine nach § 193 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes abzuschließende, die Beihilfe ergänzende private Krankenversicherung im Zeitpunkt der Antragstellung abzüglich eines Zuschusses nach § 106 SGB VI 12 Prozent des Durchschnittsbetrages der monatlichen Einnahmen beider Personen der letzten zwölf Kalendermonate vor Antragstellung übersteigt und
2. der Durchschnittsbetrag der monatlichen Einnahmen beider Personen der letzten zwölf Kalendermonate vor Antragstellung 170 Prozent des monatlichen Betrages der Mindestversorgung nach § 16 Abs. 3 Sätze 2 und 3 NBeamtVG nicht übersteigt.

² Der Grenzbetrag nach Satz 1 Nr. 2 erhöht sich um 260 Euro, wenn für die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin oder den Lebenspartner ebenfalls Beiträge zu einer privaten Krankenversicherung gezahlt werden.

(5) ¹ Zu den Einnahmen nach Absatz 4 zählen

1. die Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften,
2. der Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. der Zahlbetrag der Leistungen aus einer zusätzlichen Alters- oder Hinterbliebenenversorgung,
4. die weiteren Einnahmen aus nicht selbständiger Arbeit,
5. die Einnahmen aus Kapitalvermögen,
6. die Einnahmen aus Vermietung oder Verpachtung und
7. die sonstigen regelmäßigen Einnahmen.

² Unberücksichtigt bleibt eine Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz, ein Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder dem Bundeskindergeldgesetz, eine Leistung für

Kindererziehung nach § 294 SGB VI, ein Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz und eine Leistung, die zum Ausgleich der durch eine Behinderung bedingten Mehraufwendungen gezahlt wird.

(6) ¹ Die oberste Dienstbehörde, eine von ihr bestimmte Behörde oder die juristische Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, kann - für Landesbeamtinnen und Landesbeamte im Einvernehmen mit dem Fachministerium - den Bemessungssatz erhöhen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht des Dienstherrn nach § 45 BeamtStG geboten ist. ² Eine Erhöhung des Bemessungssatzes für Leistungen nach den §§ 32 bis 35 ist ausgeschlossen.

(7) ¹ Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses Versicherungsleistungen nicht gewährt werden oder auf Dauer eingestellt worden sind, erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent. ² Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Voraussetzungen nach § 257 Abs. 2 a Satz 1 SGB V erfüllt.

(8) ¹ Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Ansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent. ² Dies gilt nicht, wenn ein Zuschuss, ein Arbeitgeberanteil oder eine andere Geldleistung von mindestens 21 Euro monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird oder die Krankenkasse weder eine Sachleistung erbracht noch eine Erstattung geleistet hat.

(9) Der Bemessungssatz erhöht sich für Beihilfeberechtigte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen für Aufwendungen, die nach § 26 Abs. 5, auch in Verbindung mit § 38 Abs. 3 oder § 38 a Abs. 3, oder § 30 Abs. 5 beihilfefähig sind, auf 100 Prozent, soweit die Aufwendungen für die Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort 200 Euro übersteigen.

§ 44

Begrenzung der Beihilfe

Bei der Begrenzung der Beihilfe nach § 80 Abs. 4 Satz 1 NBG bleiben Zahlungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegerenten- und Pflegerentenzusatzversicherungen unberücksichtigt, soweit diese Versicherungen nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen.

§ 45

Eigenbehalte

(1) ¹ Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um einen Eigenbehalt in Höhe von 10 Prozent, jedoch mindestens fünf und höchstens zehn Euro, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen beihilfefähigen Aufwendungen bei

1. Arznei- und Verbandmitteln sowie Medizinprodukten,
2. Hilfsmitteln, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücken,
3. Fahrten und Flügen, ausgenommen Fahrten und Flüge nach § 30 Abs. 1 Sätze 3 und 4,
4. einer Haushaltshilfe je Kalendertag und
5. Soziotherapie je Kalendertag.

² Wird eine vollstationäre Krankenhausbehandlung mit einer vor- oder nachstationären Krankenhausbehandlung kombiniert, so ist ein Eigenbehalt nur für die erste und die letzte Fahrt abzuziehen. ³ Satz 2 ist entsprechend anzuwenden bei einer ambulanten Operation, die mit einer Vor- oder Nachbehandlung kombiniert wird, und bei einer ambulant durchgeführten ärztlich verordneten Chemo- oder Strahlentherapiesserie.

(2) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um einen Eigenbehalt in Höhe von zehn Euro je Kalendertag bei

1. vollstationären Krankenhausbehandlungen, Maßnahmen der Anschlussrehabilitation und Suchtbehandlungen nach § 31, jedoch höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und
2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 29 Abs. 1 Nrn. 1 bis 3, ausgenommen Maßnahmen der Anschlussrehabilitation.

(3) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei

1. häuslicher Krankenpflege um einen Eigenbehalt in Höhe von 10 Prozent für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr und um zehn Euro je Verordnung,
2. Heilmitteln und Komplextherapien um einen Eigenbehalt in Höhe von 10 Prozent und um zehn Euro je Verordnung und
3. zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln um einen Eigenbehalt in Höhe von 10 Prozent, jedoch höchstens zehn Euro für den Monatsbedarf.

(4) Die Absätze 1 bis 3 gelten nicht bei Aufwendungen

1. von Kindern und Waisen vor Vollendung des 18. Lebensjahres, außer für Fahrten und Flüge,
2. von Schwangeren im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
3. für eine Haushaltshilfe nach § 23 Abs. 4,
4. für ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel,
5. für Arznei- und Verbandmittel sowie Medizinprodukte, die bei einer ambulanten Behandlung verbraucht und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet werden,
6. für Heilmittel, für Hilfsmittel und für die Unterweisung in den Gebrauch von Blindenhilfsmitteln und für Training in Orientierung und Mobilität, für die nach den Anlagen 5, 7 und 9 Höchstbeträge festgesetzt sind,
7. für Harn- und Blutteststreifen sowie
8. für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden.

(5) ¹ Der Eigenbehalt nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 ist von Aufwendungen für ein Arzneimittel nicht abzuziehen, wenn das Arzneimittel in der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Internet unter www.gkv-spitzenverband.de veröffentlichten Liste der Arzneimittel, die von der Zuzahlung (§ 31 Abs. 3 Satz 4 SGB V) befreit sind, enthalten ist. ² Maßgeblich ist die Liste, die zu Beginn des Quartals eines Kalenderjahres veröffentlicht ist, in dem die Aufwendungen entstanden sind.

(6) Bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die in einem Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert sind, sind die Absätze 1 bis 3 mit der Maßgabe anzuwenden, dass von der privaten

Krankenversicherung abgezogene Zuzahlungen als Eigenbehalte zu berücksichtigen sind.

§ 46
Befreiung vom Abzug von Eigenbehalten, Beihilfe
für Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

(1) ¹ Auf Antrag sind Eigenbehalte nach § 45 für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen, soweit sie innerhalb dieses Kalenderjahres den Grenzbetrag überschreiten. ² Der Grenzbetrag beträgt zwei Prozent und, wenn die oder der Beihilfeberechtigte oder eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger chronisch krank ist, ein Prozent der Summe der jährlichen Einkünfte im Sinne des § 34 Abs. 4 bis 7 der oder des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen nach Maßgabe der Sätze 3 bis 6. ³ Die Einkünfte der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners werden nicht berücksichtigt, wenn sie oder er Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. ⁴ Bei Beihilfeberechtigten, die verheiratet oder in Lebenspartnerschaft verbunden sind, werden die um 15 Prozent verminderten Einkünfte berücksichtigt. ⁵ Für jedes berücksichtigungsfähige Kind (§ 80 Abs. 2 Nrn. 2 und 3 NBG) erfolgt eine Minderung um den Betrag, der sich aus § 32 Abs. 6 Sätze 1 und 2 EStG ergibt. ⁶ Maßgebend für die Feststellung des Grenzbetrages sind jeweils die Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres. ⁷ Der Antrag muss vor Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Aufwendungen entstanden sind.

(2) Werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen, so ist für die Berechnung des Grenzbetrages nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung zugrunde zu legen.

(3) ¹ Auf Antrag wird für Aufwendungen für ärztlich oder von einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker verordnete nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel, die innerhalb eines Kalenderjahres entstanden sind, Beihilfe gewährt, soweit sie einen Grenzbetrag überschreiten. ² Bei der Ermittlung, ob der Grenzbetrag überschritten wird, sind die Aufwendungen für das Arzneimittel abzüglich eines fiktiven Eigenbehalts nach § 45 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 entsprechend der Höhe des Bemessungssatzes nach § 80 Abs. 5 NBG in Verbindung mit § 43 zu berücksichtigen. ³ Für die Höhe des Grenzbetrages ist Absatz 1 Sätze 2 bis 6 anzuwenden. ⁴ Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen für

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, es sei denn, dass sie zur Behandlung von Pilzinfektionen oder von geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle oder zur Behandlung nach einem chirurgischen Eingriff im Hals-, Nasen- oder Ohrenbereich verordnet werden,
3. Abführmittel, es sei denn, dass sie
 - a) zur Behandlung von Erkrankungen in Zusammenhang mit Tumorleiden oder zur Behandlung von Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung oder
 - b) vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiattherapie oder Opioidtherapie oder in der Terminalphase
 verordnet werden,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit, es sei denn, dass sie gegen Erbrechen bei einer Tumorthherapie oder bei anderen Erkrankungen verordnet werden, sowie
5. Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund

steht.

⁵ Der Antrag muss vor Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Aufwendungen entstanden sind.

Sechster Teil

Verfahren

§ 47

Antrag und Belege

(1) ¹ Beihilfe wird auf Antrag gewährt. ² Der Antrag ist schriftlich bei der Festsetzungsstelle zu stellen. ³ Er kann elektronisch gestellt werden, wenn die Festsetzungsstelle hierfür einen Zugang eröffnet. ⁴ Die Belege über die Aufwendungen sind vorzulegen. ⁵ Zweitschriften der Belege sind ausreichend. ⁶ Aus den Belegen müssen Grund und Höhe der Aufwendungen im Einzelnen ersichtlich sein. ⁷ Den Belegen über Aufwendungen für Leistungen nach den §§ 33 bis 36 ist die Leistungszusage oder die Leistungsabrechnung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung beizufügen, bei wiederkehrenden Leistungen nur bei der erstmaligen Beantragung. ⁸ Wird der Antrag elektronisch gestellt, so können die Belege sowie die Leistungszusage oder die Leistungsabrechnung nach Satz 7 elektronisch übermittelt werden, wenn die Festsetzungsstelle diese Möglichkeit eröffnet.

(2) ¹ Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels und das Institutskennzeichen der abgebenden Apotheke angegeben sein, es sei denn, dass die Angaben wegen des Kaufes im Ausland nicht möglich sind. ² Liegen tatsächliche Anhaltspunkte dafür vor, dass ein vorgelegter Beleg unecht oder verfälscht ist, so kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der Antragstellerin oder des Antragstellers bei der angegebenen Ausstellerin oder dem angegebenen Aussteller eine Auskunft über die Echtheit oder eine Verfälschung des Beleges einholen. ³ Wird die Einwilligung verweigert, so wird zu den betreffenden Aufwendungen Beihilfe nicht gewährt.

(3) ¹ Bei Belegen über Aufwendungen im Ausland sind auf Verlangen Übersetzungen vorzulegen. ² Sind die Aufwendungen während eines dienstlich veranlassten Auslandsaufenthaltes entstanden, so sind die Aufwendungen für die Übersetzung beihilfefähig. ³ Bei Belegen über außerhalb der Europäischen Union erbrachte Leistungen hat die Antragstellerin oder der Antragsteller die für den Kostenvergleich (§ 8 Abs. 2) notwendigen Angaben der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers beizubringen. ⁴ Kann die Antragstellerin oder der Antragsteller die Angaben von der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer nicht erlangen, so hat die Festsetzungsstelle über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf der Grundlage der Angaben der Antragstellerin oder des Antragstellers zu Grund, Art und Umfang der Leistung nach billigem Ermessen zu entscheiden. ⁵ Hat die Antragstellerin oder der Antragsteller nicht versucht, die Angaben von der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer zu erlangen oder macht sie oder er im Fall des Satzes 4 keine Angaben zu Grund, Art und Umfang der Leistung, so wird für die Aufwendungen Beihilfe nicht gewährt.

(4) Zur Vermeidung unbilliger Härten kann die Festsetzungsstelle nach vorheriger Anhörung der oder des Beihilfeberechtigten zulassen, dass eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger die Beihilfe für ihre oder seine Aufwendungen beantragt.

(5) ¹ Ein Antrag ist nur zulässig, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mindestens 100 Euro betragen. ² Abweichend von Satz 1 ist der Antrag bei einem geringeren Betrag zulässig, wenn eine Versäumung der Frist nach § 48 Abs. 1 droht oder eine unbillige Härte entstünde.

§ 48

Antragsfrist

(1) ¹ Der Antrag auf Beihilfe ist innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr nach Entstehen der Aufwendungen zu stellen. ² Liegt eine Rechnung vor, so beginnt die Frist mit dem

Rechnungsdatum. ³ Bei Aufwendungen für Pflegeleistungen beginnt die Frist am letzten Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde. ⁴ Hat ein Sozialhilfeträger oder der Träger der Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, so beginnt die Frist am Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der Kriegsopferfürsorge die Vorleistung erbracht hat.

(2) Bei Beihilfeberechtigten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, ist die Frist nach Absatz 1 auch gewahrt, wenn der Antrag innerhalb dieser Frist bei der Beschäftigungsstelle im Ausland eingereicht wird.

§ 49 Gutachten

(1) ¹ Die Festsetzungsstelle kann zur Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen für die Gewährung von Beihilfe ein ärztliches Gutachten einholen. ² Hierfür nimmt sie vorrangig Amtsärztinnen und Amtsärzte sowie Vertrauensärztinnen und Vertrauensärzte in Anspruch. ³ § 60 Abs. 1 Satz 1 sowie die §§ 62, 65, 66 und 67 des Ersten Buchs des Sozialgesetzbuchs sind entsprechend anzuwenden. ⁴ In Härtefällen werden Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen auf Antrag ihre für die Mitwirkung notwendigen Auslagen und Verdienstausschlag in angemessener Höhe durch die Festsetzungsstelle erstattet.

(2) ¹ In Pflegefällen soll die Festsetzungsstelle die Gutachten zugrunde legen, die für die Pflegeversicherung zum Vorliegen der Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt wurden. ² Steht der Festsetzungsstelle ein Gutachten nach Satz 1 nicht zur Verfügung, so hat sie ein entsprechendes Gutachten erstellen zu lassen.

§ 50 Zuordnung von Aufwendungen

Beihilfefähige Aufwendungen werden

1. für eine Haushaltshilfe der jüngsten im Haushalt verbleibenden Person,
2. für eine Begleitperson der oder dem Begleiteten,
3. in Geburtsfällen, auch soweit sie das gesunde Neugeborene während des Aufenthalts in der Geburtseinrichtung betreffen, der Mutter und
4. für eine familienorientierte Rehabilitation dem erkrankten Kind

zugeordnet.

§ 51 Beihilfebescheid, Rücksendung der Belege

(1) Der Bescheid über die Gewährung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird schriftlich oder, wenn die Empfängerin oder der Empfänger hierfür einen Zugang eröffnet hat, elektronisch übermittelt.

(2) ¹ Die Festsetzungsstelle kann von einer Rücksendung der Belege absehen. ² Die Antragstellerinnen und Antragsteller können bei Vorliegen eines berechtigten Interesses die Rücksendung der Belege, ausgenommen Arzneimittelrezepte, verlangen.

§ 52 Abschlagszahlungen

¹ Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag Abschlagszahlungen leisten. ² Sie zahlt diese auf Verlangen der Antragstellerin oder des Antragstellers an Dritte aus.

Siebter Teil

Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 53 Übergangsvorschriften

(1) Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für

1. Leistungen, die vor dem 1. Januar 2012 erbracht wurden oder im Rahmen einer vor dem 1. Januar 2012 begonnenen und über diesen Zeitpunkt hinausgehenden Behandlung oder Maßnahme noch erbracht werden, und
2. Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke, die vor dem 1. Januar 2012 erworben wurden,

richtet sich nach § 87 c des Niedersächsischen Beamtengesetzes in der am 31. März 2009 geltenden Fassung.

(2) Ist die Beihilfe nach den §§ 33 und 34 für eine Person, die bereits vor dem 1. Januar 2012 Pflegeleistungen im Sinne der §§ 33 und 34 erhalten hat, geringer als eine Beihilfe nach § 9 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in der Fassung vom 1. November 2001 (GMBl. S. 918), zuletzt geändert durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 30. Januar 2004 (GMBl. S. 379), so ist der höhere Betrag als Beihilfe zu gewähren.

§ 54 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2012 in Kraft.

Hannover, den 7. November 2011

Die Niedersächsische Landesregierung

McAllister

Möllring

Anlage 1

(zu § 5 Abs. 1 Satz 2)

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Leistungen nach wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methoden

- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung

Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brille oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist und die Festsetzungsstelle die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- Fokussierte Extracorporale Stoßwellentherapie (fESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich

Aufwendungen sind beihilfefähig bei Behandlung der Tendinosis calcarea, der Pseudarthrose, der Faziitis plantaris oder der therapierefraktären Achillodynie. Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich nach Nummer 1800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte und dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte. Aufwendungen für Zuschläge sind nicht beihilfefähig.

- Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)

Aufwendungen sind beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gaskangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.

- Hyperthermie-Behandlung
Aufwendungen sind beihilfefähig bei Krebsbehandlung.
- Klimakammerbehandlungen
Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur
Aufwendungen sind beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten.
- Magnetfeldtherapie
Aufwendungen sind beihilfefähig bei Behandlung von atrophischen Pseudarthrosen sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.
- Ozontherapie
Aufwendungen sind beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten
Aufwendungen sind beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

Anlage 2

(zu § 5 Abs. 2)

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für heilpraktische Leistungen, Angemessenheit der Aufwendungen

Nummer des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker ¹⁾	Leistungen		Nummer (Nr.) des Gebührenverzeichnisses der GOÄ oder Vorschrift (§) der GOÄ
1	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung		Nr. 6
2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie	als Erstanamnese ²⁾	Nr. 30
		als Folgeanamnese ³⁾	Nr. 31

3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung je Inanspruchnahme	Nr. 2
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung	Nr. 3
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung, innerhalb der normalen Sprechstundenzeit ⁴⁾	Nr. 1
6	Gleiche Leistungen wie Nummer 5, außerhalb der normalen Sprechstundenzeit ⁴⁾	Nr. 1 + Zuschlag A
7	Gleiche Leistungen wie Nummer 5, von Montag bis Samstag außerhalb der normalen Sprechstundenzeit ⁴⁾	Nr. 1 + Zuschlag B
8	Gleiche Leistungen wie Nummer 5, am Sonntag oder am Feiertag außerhalb der normalen Sprechstundenzeit ⁴⁾	Nr. 1 + Zuschlag D
9	Hausbesuch einschließlich Beratung	
9.1	bei Tag	Nr. 50
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	Nr. 50 + Zuschlag E
9.3	bei Nacht	Nr. 50 + Zuschlag G
	an Sonn- oder Feiertagen	Nr. 50 + Zuschlag H
10.1 bis 10.8	Entschädigung für Zeitaufwand und Fahrtkosten bei Hausbesuchen	§§ 8, 9
11	Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen	
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse der Patientin oder des Patienten	Nr. 70
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht	Nr. 75
	Gutachten	Nr. 80
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen ⁵⁾	Nr. 76
12	Chemisch-physikalische Untersuchungen	

12.1	Harnuntersuchung, qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich ⁶⁾	Nr. 3511
12.2	Harnuntersuchung, quantitativ	Nr. 3531
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	Nr. 3531
12.7	Blutstatus	Nr. 3550 + Nr. 3502
12.8	Blutzuckerbestimmung	Nr. 3560
12.9	Hämoglobinbestimmung ⁷⁾	Nr. 3550
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches ⁷⁾	Nr. 3502
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten ⁷⁾	Nr. 3550
		Nr. 3551
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	Nr. 3501
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld	Nr. 3509
12.14	Aufwändige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang (z. B. Enzymdiagnostik, Nierenchemie, Blutserumchemie, Stuhlchemie, Elektrolyse, Elektrophorese, Fermentchemie)	Nr. 3510
12.15	Photometrie	Nr. 3508
13.1	Sonstige Untersuchung unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art (z. B. ph-Messungen im strömenden Blut, Untersuchung nach v. Bremer, Enderlein)	Nr. 3510
14	Spezielle Untersuchungen	
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes ⁸⁾ ⁹⁾	Nr. 1240
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes ⁹⁾	Nr. 1242

14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read ⁸⁾		Nr. 601
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung		Nr. 666
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)		Nr. 608
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm		Nr. 652
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	bis zu acht Ableitungen	Nr. 650
		mehr als acht Ableitungen	Nr. 651
14.8	Oszillogramm-Methode		Nr. 621
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchung ⁸⁾		Nr. 600
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppleruntersuchung zu peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessungen		Nr. 410 + Zuschlag Nr. 404
17.1	Neurologische Untersuchung ⁸⁾		Nr. 800
20	Atemtherapie, Massagen		
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren		Nr. 505
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u. a., Spezialnervenzmassage		Nr. 523
20.3	Bindegewebsmassage		Nr. 523
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)		Nr. 520
20.5	Großmassage		Nr. 521
20.6	Sondermassagen	Unterwasserdruckstrahlmassage	Nr. 527
		Lymphdrainage	Nr. 523
		Schrägbettbehandlung	Nr. 516
20.7	Behandlung mit physikalischen oder		Nr. 510

	medicomechanischen Apparaten		
20.8	Einreibung zu therapeutischen Zwecken in die Haut		Nr. 520
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	Behandlungsdauer unter 20 Minuten	Nr. 269
		ab 20 Minuten Behandlungsdauer	Nr. 269 a
22.1	Inhalation		Nr. 500
23.1	Anwendung von Aerosolen mit Kompressor, Pressluft- oder Sauerstoffgerät		Nr. 501
24.1	Eigenblutinjektion		Nr. 284
25	Injektionen, Infusionen		
25.1	Injektion, subkutan		Nr. 252
25.2	Injektion, intramuskulär		Nr. 252
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell		Nr. 253
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung		Nr. 266
25.5	Injektion, intraartikulär		Nr. 255
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektion nach Hunecke		Nr. 255
25.7	Infusion		Nr. 270
25.8	Dauertropfeninfusion		Nr. 272
26	Blutentnahmen		
26.1	Blutentnahme		Nr. 250
26.2	Aderlass		Nr. 285
27	Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren		
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschließlich Verband		Nr. 747

27.2	Skarifikation der Haut	Nr. 388
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	Nr. 747
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	Nr. 747
27.5	Schröpfkopfmassage einschließlich Gleitmittel	Nr. 747
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	Nr. 747
27.7	Setzen von Fontanellen	Nr. 746
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	Nr. 200
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	Nr. 252
27.10	Anwendung von Pustulantien	Nr. 200
27.12	Biersche Stauung	Nr. 200
28	Infiltrationen	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	Nr. 267
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	Nr. 268
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	Nr. 1498
30.1	Spülung des Ohres	Nr. 1566
31	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	Nr. 2428
31.2	Entfernung von Aknepusteln je Sitzung	Nr. 758
32	Versorgung einer frischen Wunde	
32.1	bei einer kleinen Wunde	Nr. 2000
32.2	bei einer größeren oder verunreinigten Wunde	Nr. 2003
33	Verbände (außer zur Wundbehandlung)	

33.1	Verband	Nr. 200
33.2	Elastischer Stütz- oder Pflasterverband	Nr. 201
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband	Nr. 204
34	Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung	
34.1	Chiropraktische Behandlung	Nr. 3305
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule	Nr. 3306
35	Osteopathische Behandlung	
35.1	des Unterkiefers	Nr. 2680
35.2	eines Schultergelenks	Nr. 2217
35.3	der Handgelenke, eines Oberschenkels, eines Unterschenkels, eines Vorderarms oder der Fußgelenke	Nr. 2211
35.4	eines Schlüsselbeins oder der Kniegelenke	Nr. 2221
35.5	eines Daumens	Nr. 2207
35.6	eines einzelnen Fingers oder einer einzelnen Zehe	Nr. 2205
36	Hydro- und Elektrotherapie Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	Nr. 532
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	Nr. 531
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	Nr. 533
36.4	Kneippsche Güsse	Nr. 531
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder	
37.1	Teilheißluftbad, z. B. Kopf oder Arm	Nr. 535
37.2	Ganzheißluftbad, z. B. Rumpf oder Beine	Nr. 536
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	Nr. 536

37.4	Elektrisches Vierzellenbad	Nr. 553
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	Nr. 554
38	Spezialpackungen	
38.1	Fangopackung	Nr. 530
38.2	Paraffinpackung, örtliche	Nr. 530
38.3	Paraffinganzpackung	Nr. 530
38.4	Kneippsche Wickel- oder Ganzpackung, Prießnitz- oder Schlenzpackung	Nr. 530
39	Elektro-physikalische Heilmethoden	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlung	Nr. 560
39.2	Ganzbestrahlung	Nr. 567
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	Nr. 551
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	Nr. 551
39.6	Anwendung einer Heizsonne (Infrarot)	Nr. 538
39.7	Verschorfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen	Nr. 741
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	Nr. 548
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- oder Mikrowellenbehandlung	Nr. 548
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten ¹⁰⁾	Nr. 551
39.11	Elektromechanische oder elektrothermische Behandlung	Nr. 551
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z. B. mit Jono-Modulator	Nr. 551
39.13	Ultraschall-Behandlung	Nr. 539

Fußnoten

- 1) Herausgegeben von den Deutschen Heilpraktikerverbänden, Stand 1. Januar 2002.
- 2) Innerhalb von einem Jahr nur einmal beihilfefähig.
- 3) Innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal beihilfefähig.
- 4) Als normale Sprechstundenzeit gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit.
- 5) Die Vervollständigung vorgefertigter Diätpläne ist nicht beihilfefähig.
- 6) Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes ist nicht beihilfefähig.
- 7) Aufwendungen sind neben Aufwendungen für eine Untersuchung nach Nummer 12.7 nicht beihilfefähig.
- 8) Aufwendungen sind neben Aufwendungen für Leistungen nach Nummer 1 oder 4 nicht beihilfefähig.
- 9) Ist eine Untersuchung nach Nummer 14.1 neben einer Untersuchung nach Nummer 14.2 durchgeführt worden, so sind nur die Aufwendungen der Untersuchung nach Nummer 14.2 beihilfefähig.
- 10) Anwendungen sind nur nach Maßgabe der Anlage 1 beihilfefähig.

Anlage 3

(zu § 12 Abs. 3 und 5, § 14 Abs. 2, § 15 Abs. 2 und 4)

Anforderungen an Ärztinnen, Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten für die Durchführung ambulanter psychotherapeutischer Leistungen

1. Psychosomatische Grundversorgung

1.1 Verbale Intervention:

Fachärztin oder Facharzt für

- Allgemeinmedizin,
- Augenheilkunde,
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Innere Medizin,
- Kinder- und Jugendmedizin,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Neurologie,
- Phoniatrie und Pädaudiologie,
- Psychiatrie und Psychotherapie,

- psychotherapeutische Medizin,
-
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, -Urologie.
- Urologie.

1.2 Hypnose, autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie:

- Ärztin oder Arzt,
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

mit Kenntnissen und Erfahrungen in der Durchführung dieser Verfahren.

2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

2.1 Ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut

2.2.1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte)

- Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
- Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

2.1.2 Analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte)

- Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“,
- Ärztin oder Arzt mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“.

2.2 Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes

2.2.1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte)

Vertiefte Ausbildung in dieser Therapieform.

2.2.2 Analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte)

Vertiefte Ausbildung in dieser Therapieform.

2.3 Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes

2.3.1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte)

- Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen für diese Therapieform,
- Eintrag für diese Therapieform in das Arztregister oder
- abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut.

2.3.2 Analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte)

- Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen für diese Therapieform,
- Eintrag für diese Therapieform in das Arztregister oder
- abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut.

2.4 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes

2.4.1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte)

Vertiefte Ausbildung in dieser Therapieform.

2.4.2 Analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte)

Vertiefte Ausbildung in dieser Therapieform.

2.5 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes

2.5.1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte)

- Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen für diese Therapieform,
- Eintrag für diese Therapieform in das Arztregister oder
- abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendpsychotherapie.

2.5.2 Analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte)

- Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen für diese Therapieform,
- Eintrag für diese Therapieform in das Arztregister oder
- abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendpsychotherapie.

2.6 Zusatzanforderungen bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Wird die Behandlung eines Kindes oder eines Jugendlichen nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt, so muss die Anforderung nach Nummer 2.1, 2.2 oder 2.3 erfüllt sein und die Berechtigung zur vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen vorliegen.

2.7 Zusatzanforderungen bei Gruppenbehandlungen

Wird eine Gruppenbehandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin durchgeführt, so muss die Anforderung nach Nummer 2.1, 2.2 oder 2.3 erfüllt sein und die Berechtigung zur vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Gruppenbehandlung vorliegen.

2.8 Zusatzanforderungen bei Anwendung der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing-Methode (EMDR)

Die Ärztin, der Arzt, die Therapeutin oder der Therapeut muss

1. im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der EMDR erworben haben oder
2. in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und in der EMDR erworben haben und mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen EMDR-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit EMDR durchgeführt haben.

Die Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Ausbildungsstätten im Sinne des § 6 des Psychotherapeutengesetzes oder an oder über anerkannte Weiterbildungsstätten erworben worden sein.

3. Verhaltenstherapie

3.1 Ärztliche Psychotherapeutin oder ärztlicher Psychotherapeut

3.1.1 Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte)

- Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
- Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

- Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“, mit eingehenden Kenntnissen und praktischen Erfahrungen in Verhaltenstherapie, die während der Weiterbildung erworben wurden.

3.2 Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes

3.2.1 Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte)

Vertiefte Ausbildung in dieser Therapieform.

3.3 Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes

3.3.1 Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte)

- Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen für diese Therapieform,
- Eintrag für diese Therapieform in das Arztregister oder
- abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut.

3.4 Zusatzanforderungen bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Wird die Behandlung eines Kindes oder eines Jugendlichen nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - durchgeführt, so muss die Anforderung nach Nummer 3.1, 3.2 oder 3.3 erfüllt sein und die Berechtigung zur vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen vorliegen.

3.5 Zusatzanforderungen bei Gruppenbehandlungen

Wird eine Gruppenbehandlung nicht durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin durchgeführt, so muss die Anforderung nach Nummer 3.1, 3.2 oder 3.3 erfüllt sein und die Berechtigung zur vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Gruppenbehandlung vorliegen.

3.6 Zusatzanforderungen bei Anwendung der Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing-Methode (EMDR)

Die Ärztin, der Arzt, die Therapeutin oder der Therapeut muss

1. im Rahmen der Aus- oder Weiterbildung Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der EMDR erworben haben oder
2. in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und in der EMDR erworben haben und mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen EMDR-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit EMDR durchgeführt haben.

Die Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Ausbildungsstätten im Sinne des § 6 des Psychotherapeutengesetzes oder an oder über anerkannte Weiterbildungsstätten erworben worden sein.

Anlage 4

(zu § 17 Abs. 10)

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Medizinprodukte

Medizinprodukt	Anwendungsfälle
1xklysmasalinisch	Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen.
AMO™	Zur intraokularen und topischen Spülung des Auges bei chirurgischen Maßnahmen sowie für diagnostische und therapeutische Maßnahmen.
Ampuwa® für Spülzwecke	- Zur Anfeuchtung von Tamponaden und Verbänden, - zur Atemluftbefeuchtung in geschlossenen Systemen.
Amvisc™	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.
Amvisc™ Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.
Aqua B. Braun	- Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, - zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, - zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, - zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern, - zur mechanischen Augenspülung.
Bausch & Lomb Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
belAir® NaCl 0,9%	Zur Verwendung als Trägerlösung bei Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
BSS DISTRA-SOL	Zur Spülung der Vorderkammer während Kataraktoperationen und anderen intraokularen Eingriffen.

BSS PLUS® Spüllösung	Zur Intraokularen Spülung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist.
BSS® STERILE SPÜLLÖSUNG	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
Dimet® 20	Zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall bei Kindern vor Vollendung des 12. Lebensjahres und bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen vor Vollendung des 18. Lebensjahres.
Dk-line®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösung, bei Proliferativer Vitreoretinopathie (PVR) oder bei Proliferativer diabetischer Retinopathie (PDR), nach Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.
DuoVisc®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraocularlinse.
ENDOSOL™	Zur intraokularen und topischen Spülung des Auges bei chirurgischen Maßnahmen sowie für diagnostische und therapeutische Maßnahmen.
EtoPril®	Zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall bei Kindern vor Vollendung des 12. Lebensjahres und bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen vor Vollendung des 18. Lebensjahres.
EyE-Lotion BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
Freka-Clyss®	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung sowie vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien bei Kindern vor Vollendung des 12. Lebensjahres (mit Ausnahme von Säuglingen und Kleinkindern) und bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen vor Vollendung des 18. Lebensjahres.
Freka Drainjet® NaCl 0,9%	<ul style="list-style-type: none"> - Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperativen Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen, - zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden.

Freka Drainjet® Purisolet SM verdünnt	Zur Intra- oder postoperativen Blasenspülung bei urologischen Eingriffen.
Healon®	Zur intraokularen Verwendung bei Augenoperationen.
HEALON GV® Viscoelastische Lösung	Zur intraokularen Verwendung bei Augenoperationen am vorderen Augenabschnitt.
HEALON5® Viscoelastische Lösung	Zur intraokularen Verwendung bei Augenoperationen am vorderen Augenabschnitt.
HSO®	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt.
HSO® PLUS	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt.
HYLO® -GEL Synthetische Tränenflüssigkeit	Zur Anwendung bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2]), Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid, bei Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, bei Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
Iso Free	Zur Verwendung als Trägerlösung bei arzneistoffhaltigen Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer isotonen Trägerlösung nach der Fachinformation des Herstellers zwingend erforderlich ist.
ISOMOL®	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorleiden, bei Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), bei Divertikulose, bei Divertikulitis, bei Mukoviszidose, bei neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Obstipation bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation	Zur Verwendung als Trägerlösung bei Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
Kinderlax® elektrolytfrei	Zur Behandlung der Obstipation bei Kindern ab Vollendung des 6. Lebensmonats bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres.

Klistier Fresenius	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien bei Kindern vor Vollendung des 12. Lebensjahres (mit Ausnahme von Säuglingen und Kleinkindern) und bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen vor Vollendung des 18. Lebensjahres.
Lubricano®	Zur Anwendung bei Patientinnen und Patienten mit Katheterisierung.
Macrogol AbZ	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Obstipation bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
Macrogol-CT Abführpulver	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Obstipation bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
Macrogol dura®	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Obstipation bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Macrogolratiopharm®	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Obstipation bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
Macrogolratiopharm flüssig Orange®	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorleiden, bei Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), bei Divertikulose, bei Divertikulitis, bei Mukoviszidose, bei neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Obstipation bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
Macrogol TAD®	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Obstipation bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
Medicoforum Laxativ	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Obstipation bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
Microvisc® plus	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnitts.
Mosquito® med Läuse-Shampoo	Zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall bei Kindern vor Vollendung des 12. Lebensjahres und bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen vor Vollendung des 18. Lebensjahres.

Mosquito® med Läuse-Shampoo 10	Zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall bei Kindern vor Vollendung des 12. Lebensjahres und bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen vor Vollendung des 18. Lebensjahres.
MOVICOL®	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat-sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Obstipation bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
MOVICOL® flüssig Orange	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat-sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Obstipation bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
MOVICOL® Junior aromafrei	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation bei Kindern ab Vollendung des 2. Lebensjahres bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Koprostase bei Kindern ab Vollendung des 5. Lebensjahres bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres.
MOVICOL® Junior Schoko	Zur Behandlung der Obstipation bei Kindern ab Vollendung des 2. Lebensjahres bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres.
MucoClear® 6%	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 5. Lebensjahres.
myVisc Hyal 1.0	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnitts.
NaCl 0,9% B. Braun	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, - zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, - zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, - zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Kathetern,

	<ul style="list-style-type: none"> - zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen, - zur mechanischen Augenspülung.
NaCl 0,9% Fresenius	<ul style="list-style-type: none"> - Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperativen Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen, - zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden.
Nebusal™ 7%	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Kindern ab Vollendung des 6. Lebensjahres.
NYDA®	Zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall bei Kindern vor Vollendung des 12. Lebensjahres und bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen vor Vollendung des 18. Lebensjahres.
OcuCoat®	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.
Oculentis BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
Okta-line™	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösung, bei Proliferativer Vitreoretinopathie (PVR) oder bei Proliferativer diabetischer Retinopathie (PDR), nach Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.
OPTYLURON NHS 1,0%	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnitts.
OPTYLURON NHS 1,4%	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnitts.
Oxane® 1300	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.
Oxane® 5700	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.

PrädiaSalin® 0,9%	Zur Verwendung als Trägerlösung bei Inhalaten, in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
Paranix® ohne Nissenkamm	Zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall bei Kindern vor Vollendung des 12. Lebensjahres und bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen vor Vollendung des 18. Lebensjahres.
PARI NaCl Inhalationslösung	Zur Verwendung als Trägerlösung bei Inhalaten, in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
ParkoLax®	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorleiden, bei Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), bei Divertikulose, bei Divertikulitis, bei Mukoviszidose, bei neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase bei Patientinnen und Patienten ab Vollendung des 12. Lebensjahres, - zur Behandlung der Obstipation bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
Pe-Ha-Luron® 1.0%	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
Pe-Ha-Visco 2,0%	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
Polyvisc® 2,0%	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
Polysol®	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
ProVisc®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse (IOL).
PURI CLEAR	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
Purisole® SM verdünnt	Zur intra- oder postoperativen Blasenspülung bei urologischen Eingriffen.
Ringer B. Braun	<ul style="list-style-type: none"> - Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, - zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, - zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen

	Eingriffen.
Ringer Fresenius Spüllösung	<ul style="list-style-type: none"> - Zum Freispülen und Reinigen des Operationsgebietes und zum Feuchthalten des Gewebes, - zur Wundspülung von Wunden und bei Verbrennungen, - zur Spülung bei diagnostischen Untersuchungen, - zum Befeuchten von Wunden und Verbänden.
Saliva natura	Zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.
Sentol®	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
Serag BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
Serumwerk-Augenspüllösung BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
VISCOAT®	Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt, insbesondere bei Kataraktextraktion und Intraokularlinsen Implantation.
VISMED® Synthetische Tränenflüssigkeit	Zur Anwendung bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2]), bei Epidermolysis bullosa, bei okulärem Pemphigoid, bei Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, bei Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
VISMED® MULTI Synthetische Tränenflüssigkeit	Zur Anwendung bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2]), bei Epidermolysis bullosa, bei okulärem Pemphigoid sowie bei Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, bei Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
Z-HYALEN®	Zur Unterstützung intraokularer Eingriffe am vorderen Augenabschnitt bei Kataraktoperationen.

Anlage 5

(zu § 18 Abs. 1)

**Heilmittel, Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit
von Aufwendungen für Heilmittel, Höchstbeträge**

A.

Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)
-----	-----------------------------	------------------------

I. Inhalation ¹⁾		
1	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung -, als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie - wie Buchstabe a, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4	Krankengymnastik - auch auf neurophysiologischer Grundlage, auch Atemtherapie -, als Einzelbehandlung	19,50
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage ³⁾ bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage ⁴⁾ bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	6,20
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen ⁵⁾ in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Mindestbehandlungs- dauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80
9	a) Atemtherapie bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	b) Atemtherapie bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80
10	Bewegungsübungen	7,70

11	a) Krankengymnastik oder Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, auch einschließlich Nachruhe	23,60
	b) Krankengymnastik oder Bewegungsübungen im Bewegungsbad in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), auch einschließlich Nachruhe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen ⁶⁾ , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13	Chirogymnastik ⁷⁾ , auch einschließlich Nachruhe	14,40
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) ⁸⁾ ⁹⁾ unter den Voraussetzungen nach Buchstabe B, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
15	Gerätegestützte Krankengymnastik auch Medizinisches Aufbautraining (MAT) und auch Medizinische Trainingstherapie (MTT) unter den Voraussetzungen nach Buchstabe C, als Einzelbehandlung oder als parallele Einzelbehandlung bis 3 Personen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	35,00
16	Extensionsbehandlung (z. B. mit Glissonschiene)	5,20
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen		
18	Massagen	13,80
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾	
	a) Teilbehandlung, 30 Minuten	19,50
	b) Großbehandlung, 45 Minuten	29,20
	c) Ganzbehandlung, 60 Minuten	39,00
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität ¹¹⁾	8,70
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregateleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmessenrichtung, auch einschließlich Nachruhe	23,10

IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

21	Heiße Rolle, auch einschließlich Nachruhe	10,30
22	<p>a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, auch einschließlich Nachruhe,</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Anwendung von Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm oder Schlick - Teilpackung - Großpackung - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) <p>b) Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), auch einschließlich Nachruhe</p> <p>c) Kaltpackung</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Anwendung von Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm oder Schlick - bei Anwendung von Lehm, Quark o. Ä. <p>d) Heublumensack, Peloidkompresse</p> <p>e) Trockenpackung</p> <p>f) sonstige Packungen (z. B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz</p>	<p>20,50</p> <p>28,20</p> <p>11,80</p> <p>14,90</p> <p>15,40</p> <p>7,70</p> <p>9,20</p> <p>3,10</p> <p>4,60</p>
23	<p>a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss</p> <p>b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss</p> <p>c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung</p>	<p>3,10</p> <p>4,60</p> <p>4,10</p>
24	<p>a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. nach Hauffe), auch einschließlich Nachruhe</p> <p>b) An- oder absteigendes Vollbad als Überwärmungsbad, auch einschließlich Nachruhe</p>	<p>12,30</p> <p>20,00</p>
25	a) Wechsel-Teilbad,	

	auch einschließlich Nachruhe	9,20
	b) Wechsel-Vollbad, auch einschließlich Nachruhe	13,30
26	Bürstenmassagebad, auch einschließlich Nachruhe	19,00
27	a) Naturmoor-Halbbad, auch einschließlich Nachruhe	32,80
	b) Naturmoor-Vollbad, auch einschließlich Nachruhe	39,90
28	Sandbäder, auch einschließlich Nachruhe	
	a) Teilbad	28,70
	b) Vollbad	32,80
29	Sole-Phototherapie	
	zur Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo- Phototherapie, auch einschließlich Nachfetten, oder mit Licht-Öl- Bad, jeweils auch einschließlich Nachruhe	32,80
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand- oder Fußbad) mit einem Zusatz	6,70 ¹²⁾
	b) Sitzbad mit einem Zusatz, auch einschließlich Nachruhe	13,30 ¹²⁾
	c) Vollbad, Halbbad mit einem Zusatz, auch einschließlich Nachruhe	18,50 ¹²⁾
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad, auch einschließlich Nachruhe	19,50
	b) Gashaltiges Bad mit einem Zusatz, auch einschließlich Nachruhe	22,50 ¹²⁾ ¹³⁾
	c) Kohlendioxidgasbad, auch einschließlich Nachruhe	

		21,00
	d) Radon-Bad, auch einschließlich Nachruhe	18,50
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10
V. Kälte- und Wärmebehandlung		
32	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70
33	Eisteilbad	9,80
34	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler, auch Infrarotstrahler) ¹⁴⁾ eines oder mehrerer Körperteile	5,70
VI. Elektrotherapie		
35	Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese	6,20
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen	6,20
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen	6,20
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen oder schlaffen Lähmungen oder Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39	Iontophorese	6,20
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz, auch einschließlich Nachruhe	22,00
VII. Lichttherapie		
42	Behandlung mit Ultraviolettlicht ¹⁴⁾	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) als Gruppenbehandlung,	

	je Teilnehmerin oder Teilnehmer	2,60
43	a) Reizbehandlung ¹⁴⁾ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
	b) Reizbehandlung ¹⁴⁾ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
VIII. Logopädie		
46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechung, einmal je Behandlungsfall	31,70
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
	c) Ausführlicher Bericht	11,80
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen auch einschließlich Beratung der Patientin oder des Patienten und gegebenenfalls auch der Eltern, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
IX. Ergotherapie		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, auch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
50	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30	

	Minuten	31,70
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
52	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,40
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	28,70
X. Podologische Therapie ¹⁵⁾		
53	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
54	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
55	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
56	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
57	Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung an beiden Füßen	26,10
58	Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung an einem Fuß	14,50
XI. Sonstiges		
59	Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) ¹⁶⁾ bei ausgeprägter cerebraler Bewegungsstörung (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung	19,50
60	Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) ¹⁶⁾ bei nach Abschluss der Hirnreife erworbener ausgeprägter cerebraler Bewegungsstörung (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung	23,10
61	Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) ¹⁶⁾ bei angeborener oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbener ausgeprägter cerebraler Bewegungsstörung (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung	34,30

B.

Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) sind bei Vorliegen folgender Voraussetzungen beihilfefähig:

1. Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie sind nur aufgrund der Verordnung einer Krankenhausärztin, eines Krankenhausarztes, einer Fachärztin oder eines Facharztes für Orthopädie, Neurologie, Chirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder einer Fachärztin oder eines Facharztes für Allgemeinmedizin mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen beihilfefähig:
 - 1.1 Wirbelsäulensyndrom mit erheblicher Symptomatik bei
 - frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
 - Protrusion mit radikulärer, muskulärer oder statischer Symptomatik,
 - Spondylolyse oder Spondylolisthese mit radikulärer, muskulärer oder statischer Symptomatik,
 - instabile Wirbelsäulenverletzung im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit oder Fehlstatik,
 - lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb;
 - 1.2 Operation am Skelettsystem
 - posttraumatische Osteosynthese,
 - Osteotomie eines großen Röhrenknochens;
 - 1.3 Bewegungseinschränkung oder muskuläres Defizit bei
 - Schulterprothese,
 - Knieendoprothese,
 - Hüftendoprothese;
 - 1.4 Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankung (einschließlich Instabilität)
 - Kniebandruptur, es sei denn, dass nur das Innenband gerissen ist,
 - Schultergelenkläsion, insbesondere nach
 - operativ versorgter Bankard-Läsion,
 - Rotatorenmanschettenruptur,
 - schwerer Schultersteife (frozen shoulder),
 - Impingement-Syndrom,
 - Schultergelenkluxation,
 - tendinosis calcarea,

periathritis humero-scapularis (PHS),

-
- Achillessehnenruptur oder Achillessehnenabriss;

1.5 Amputation.

2. Die Aufwendungen für eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie sind nur beihilfefähig, wenn für die Verlängerung eine erneute Verordnung einer Ärztin oder eines Arztes nach Nummer 1 vorliegt, die oder der nicht für die Therapieeinrichtung tätig ist.
3. Die Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie sind nur beihilfefähig, wenn je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen erbracht werden:
 - krankengymnastische Einzeltherapie,
 - physikalische Therapie,
 - medizinisches Aufbautraining.

Werden zusätzlich Lymphdrainage oder Massage - auch Bindegewebsmassage -, Isokinetik oder Unterwassermassage angewendet, so sind die Aufwendungen hierfür nicht gesondert beihilfefähig.

4. Aufwendungen für erweiterte ambulante Physiotherapie sind nur beihilfefähig, wenn der Festsetzungsstelle zusammen mit der Rechnung eine Therapiedokumentation über die durchgeführten Leistungen und eine Tagesdokumentation, auf der die Patientin oder der Patient unter Angabe des Datums durch Unterschrift die Durchführung der Leistungen bestätigt hat, vorgelegt wird.

C.

1. Aufwendungen für ein Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) sind beihilfefähig, wenn
 - das Training von einer Krankenhausärztin, einem Krankenhausarzt, einer Fachärztin oder einem Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie oder von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Allgemeinmedizin mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin verordnet wird,
 - die Therapieplanung und die Ergebniskontrolle durch eine Ärztin oder einen Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
 - jede Trainingseinheit unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird.

Die Aufwendungen sind auch beihilfefähig, wenn einzelne Leistungen durch speziell geschulte Angehörige der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe erbracht werden.

Aufwendungen für ein Fitness- oder Kräftigungstraining sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

2. Es sind höchstens Aufwendungen für 25 Trainingseinheiten je Krankheitsfall beihilfefähig.

Fußnoten

- 1) Aufwendungen für die für die Inhalation erforderlichen Stoffe sind daneben beihilfefähig.
- 3) Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn das Heilmittel von einer Person angewendet wird, die eine Weiterbildung (z. B. Behandlung nach Bobath oder Vojta oder in Propriozeptiver Neuromuskulärer Fazilitation) von mindestens 120 Stunden abgeleistet hat.
- 4) Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn das Heilmittel von einer Person angewendet wird, die eine Weiterbildung (Behandlung nach Bobath oder Vojta) von mindestens 300 Stunden abgeleistet hat.
- 5) Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn das Heilmittel von einer Person angewendet wird, die eine Weiterbildung in Psychomotorik oder eine gleichartige Fortbildung abgeleistet und Erfahrungen in der Gruppentherapie hat. Bei Behandlung eines Kindes sind außerdem Erfahrungen in der Kinderbehandlung erforderlich.
- 6) Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn das Heilmittel von einer Person angewendet wird, die eine Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden abgeleistet hat.
- 7) Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn das Heilmittel von einer Person angewendet wird, die eine Weiterbildung von mindestens 160 Stunden abgeleistet hat.
- 8) Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn das Heilmittel in einer Therapieeinrichtung angewendet wird, die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation oder Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zulasten der gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften erbringen darf.
- 9) Aufwendungen für Heilmittel nach den Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.
- 11) Aufwendungen für das notwendige Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig.
- 12) Die Höchstbeträge erhöhen sich um bis zu 3,10 Euro, wenn bei dem Bad ein ortsgebundenes Heilwasser verwendet wird.
- 13) Aufwendungen für Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 Buchst. d beihilfefähig.
- 14) Aufwendungen für Heilmittel nach den Nummern 34, 42 und 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
- 15) Aufwendungen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.
- 16) Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn das Heilmittel von einer Person angewendet wird, die eine Zusatzausbildung für Therapeutisches Reiten abgeleistet hat.

Anlage 6

(zu § 18 Abs. 1 und § 19)

Anforderungen an Personen, die Heilmittel anwenden

Aufwendungen für ein Heilmittel sind nur beihilfefähig, wenn es von einer der folgenden Personen angewendet wird:

- Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
- Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,

- Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
- Krankengymnastin oder Krankengymnast,
- Logopädin oder Logopäde,
- klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
- staatlich anerkannte Sprachtherapeutin oder staatlich anerkannter Sprachtherapeut oder staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin oder staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,
- Masseurin oder Masseur,
- medizinische Bademeisterin oder medizinischer Bademeister,
- Podologin oder Podologe oder Medizinische Fußpflegerin oder Medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes,
- Behandlerin oder Behandler, die oder der nach § 124 SGB V zur Abgabe von Leistungen der Sprachtherapie zugelassen ist oder zugelassen werden kann.

Anlage 7

(zu § 20 Abs. 1)

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Hilfsmittel, für Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke, Höchstbeträge

1. Alphabetische Liste:

A

- Abduktionslagerungskeil
- Absauggerät (z. B. bei Kehlkopferkrankung)
- Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z. B. Universalhalter zur Erleichterung der Körperpflege und der Nahrungsaufnahme)
- Alarmgerät für Epileptikerinnen und Epileptiker
- Anatomische Brillenfassung
- Anus-*praeter*-Versorgungsartikel
- Anziehhilfe, Ausziehhilfe
- Aquamat
- Aqua-Therapie-Hose, nur bei Unterwasserbehandlung inkontinenter Personen oder zur Teilnahme am Schulsport
- Armmanschette

Arthrodesensitzkissen, Arthrodesensitzkoffer, Arthrodesensitzstuhl

-
- Atemtherapiegerät
- Atomiseur zur Medikamentenaufsprüfung
- Auffahrrampe für Krankenfahrstuhl
- Aufrichtschlaufe
- Aufrichtstuhl mit integrierter Aufrichtfunktion bis 150 Euro
- Aufstehgestell
- Auftriebhilfe, nur bei Menschen mit Schwerstbehinderung
- Augenschielklappe, auch als Folie, nur für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

B

- Badewannensitz, nur bei Menschen mit Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritits
- Badewannenverkürzer
- Ballspritze
- Behinderten-Dreirad
- Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
- Bettnässer-Weckgerät
- Beugebandage
- Billroth-Batist-Lätzchen
- Blasenfistelbandage
- Blindenführhund, einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb
- Blindenleitgerät (z. B. Ultraschallbrille, UltraschallLeitgerät), auch elektronisch
- Blindenstock, Blindenlangstock, Blindentaststock
- Blutgerinnungsmessgerät (nur bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)
- Blutlanzette
- Blutzuckermessgerät

- Bracelet
- Bruchband

C

- Clavicula-Bandage
- Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)
- Computerspezialausstattung für Menschen mit Behinderung, Spezialhard- und -software bis zu 3 500 Euro, ggf. zuzüglich Spezialhard- und -software für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5 400 Euro

D

- Dekubitus-Schutzmittel (z. B. Auflagen oder Unterlagen für das Bett, Spezialmatratze, Keil, Kissen, Auflagen oder Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel oder Füße)
- Delta-Gehrad
- Drehscheibe, Umsetzhilfe
- Duschsitz, Duschstuhl

E

- Einlagen, orthopädische
- Einmal-Handschuhe, nur bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachealen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter oder bei Querschnittsgelähmten zur Darmentleerung
- Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten
- Ekzem-Manschette
- Elektro-Stimulationsgerät
- Epicondylitisbandage mit Pelotten, Epicondylitisspange mit Pelotten
- Epitrain-Bandage
- Ernährungssonde

F

- Farberkennungsgerät (siehe Nummer 2)
- Fersenschutz (z. B. Kissen, Polster, Schale, Schoner)
- Fixationshilfen
- Fonator, auch Minifonator

- Funktionelle elektronische Peroneus-Prothese (FEPO)
- Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)

G

- Gehgipsgalosse
- Gehhilfe, auch wasserfest, Gehübungsgerät
- Gehörschutz
- Genutrain-Aktiv-Kniebandage
- Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern, nur bei atropher Pseudoarthrose, bei Endoprothesenlockerung, bei idiopathischer Hüftnekrose oder bei verzögerter Knochenbruchheilung und nur in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie
- Gesichtsteilersatzstücke (z. B. Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
- Gilchrist-Bandage
- Gipsbett, Liegeschale
- Gummihose, nur bei Blaseninkontinenz oder bei Darminkontinenz
- Gummistrümpfe

H

- Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
- Hebekissen
- Heimdialysegerät
- Helfende Hand, Scherenzange
- Herz-Atmungs-Überwachungsgerät, auch Herz-Atmungs-Überwachungsmonitor
- Hörgerät (HdO-Gerät, Taschengerät, Hörbrille, C.R.O.S.-Gerät, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik, IdO-Gerät) bis 1 500 Euro je Ohr einschließlich der Nebenkosten ggf. zuzüglich der Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Fernbedienung; bei teilimplantiertem Knochenleitungs-Hörsystem gilt der Höchstbetrag für das schallaufnehmende Gerät. Höhere Aufwendungen für ein Hörgerät sind angemessen, soweit dieses notwendig ist, um bei Vorliegen mindestens einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten.
- Hysterophor, nur bei inoperablem Gebärmuttervorfall

I

- Impulsvibrator

- Infusionsbesteck und Zubehör, Infusionsgerät und Zubehör
- Inhalationsgerät, auch für Sauerstoff, und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, Luftfilter, Luftwäscher
- Inkontinenzvorlagen, saugende, nur bei Vorliegen mindestens einer mittleren Harn- oder Stuhlinkontinenz bis 40 Euro je Kalendermonat
- Innenschuh, orthopädischer
- Irisschale mit geschwärzter Pupille, nur bei entstellender Veränderung der Hornhaut des blinden Auges
- Insulinapplikationshilfe (z. B. Insulindosiergerät, Insulinpumpe, Insulininjektor) und Zubehör

K

- Kanülen und Zubehör
- Katapultsitz
- Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
- Kieferspreizgerät
- Klosett-Matratze, nur im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz
- Klumpfußschiene
- Klumphandschiene
- Klyso
- Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
- Kniekappe, Kniebandage, Kreuzgelenkbandage
- Kniepolster, Knierutscher, nur bei Unterschenkelamputation
- Knöchel- und Gelenkstützen
- Körperersatzstücke und Zubehör (bei einem Brustprothesenhalter soweit die Aufwendungen 15 Euro übersteigen, bei einem Badeanzug, einem Body oder einem Korsett für Brustprothesenträgerinnen soweit die Aufwendungen 40 Euro übersteigen)
- Kompressionsstrümpfe, Kompressionsstrumpfhose
- Koordinator nach Schielbehandlung
- Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

- Kopfschützer
- Korrektursicherungsschuh
- Krabblers für Spastikerinnen und Spastiker
- Krampfaderbinde
- Krankenfahrstuhl mit Zubehör
- Krankenpflegebett
- Krankenstock
- Krankenunterlage, nur wenn sie
 - im Zusammenhang mit der Behandlung einer Blasen- oder Darminkontinenz erforderlich ist und eine so schwere Funktionsstörung (z. B. Halbseitenlähmung mit Sprachverlust) vorliegt, dass ohne eine Krankenunterlage der Eintritt von Decubitus oder Dermatitiden droht,
 - im Rahmen einer Decubitusbehandlung erforderlich ist oder
 - im Zusammenhang mit der Behandlung bei Dermatitiden erforderlich ist
- Kreuzstützbandage
- Krücke

L

- Latextrichter bei Querschnittlähmung
- Leibbinde, nur bei frisch Operierten, bei Stoma-Trägerinnen und -Trägern, bei Bauchwandlähmung oder bei Bauchwandbruch, nicht jedoch Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
- Lesehilfen (z. B. Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
- Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
- Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
- Lispelsonde
- Lumbalbandage

M

- Malleotrain-Bandage
- Mangoldsche Schnürbandage
- Manutrain-Bandage

- Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen
- Matratzenzwischenbezug (Encasing), allergendicht, nur zur Sekundär- oder Tertiärprävention, auch für ein Partnerbett, bis 100 Euro je Bezug
- Milchpumpe
- Mundstab, Mundgreifstab

N

- Narbenschützer
- Neurodermitis-Overall bis 80 Euro je Overall für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres, wobei im Kalenderjahr Aufwendungen für zwei Overalls beihilfefähig sind

O

- Orthese, auch Rumpforthese oder Rückenorthese (z. B. Korsett u. Ä.), Orthoprothese, Korrekturschienen, Haltemanschetten
- Orthesenschuhe, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen
- Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
- orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, höchstens sechs Paar Schuhe im Jahr

P

- Pavlikbandage
- Peak-Flow-Meter
- Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel
- Perücke (siehe Nummer 3)
- Pessar, nur bei Inkontinenz zur selbständigen Verwendung
- Polarimeter
- Psoriasiskamm

Q

- Quengelschiene

R

- Reflektometer
- Rollator

- Rollbrett
- Rutschbrett

S

- Schede-Rad
- Schrägliegebrett
- Schutzbrille für Blinde
- Schutzhelm für Behinderte
- Schwellstromapparat
- Segofix-Bandagensystem
- Sehhilfen (siehe Nummer 4)
- Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
- Sitzschale, nur wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
- Skolioseumkrümmungsbandage
- Spastikerhilfen (Gymnastikgeräte, Übungsgeräte)
- Spezialschuhe für Diabetiker, soweit die Aufwendungen 64 Euro übersteigen
- Sphinkter-Stimulator
- Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
- Spreizfußbandage
- Spreizhose, Spreizschale, Spreizwagenaufsatz
- Spritzen
- Stabilisationsschuhe, nur bei Sprunggelenkschäden, Lähmungszuständen oder Achillessehenschäden
- Stehübungsgerät
- Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
- Strickleiter
- Stubbies
- Stumpfschutzhülle

- Stumpfstrumpf
- Suspensorium
- Symphysen-Gürtel

T

- Therapeutische Sprunggelenkmanschette
- Therapeutisches Bewegungsgerät, nur mit Spasmenschaltung
- Tinnitus-Gerät
- Toilettenhilfe, nur bei Menschen mit Schwerbehinderung
- Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wassertherapiegerät Larchel
- Tragegurtsitz

U

- Übungsschiene
- Urinal
- Urostomie-Beutel

V

- Verbandschuh (Einzelschuhversorgung)
- Vibrationstrainer, nur bei Taubheit

W

- Wechseldruckgerät

Z

- Zyklomat-Hormon-Pumpe und Zubehör.

2. Farberkennungsgeräte

Aufwendungen für Farberkennungsgeräte sind beihilfefähig bei Vorliegen einer Erkrankung des Auges, die mit einer hochgradigen Sehbehinderung oder Blindheit verbunden ist. Eine hochgradige Sehbehinderung liegt vor, wenn die Sehschärfe maximal 5 Prozent und minimal 2 Prozent ($\text{Visus} < 0,05 = 1/20$ und $> 0,02 = 1/50$) beträgt. Blindheit liegt vor, wenn die Sehschärfe auf dem besseren Auge weniger als 2 Prozent ($\text{Visus} 0,02 = 1/50$) beträgt oder eine vergleichbare Störung vorliegt. Eine vergleichbare Störung liegt vor

- a) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
- b) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/30)

oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,

- c) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 7,5° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
- d) bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, auch bei normaler Sehschärfe, wenn die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben,
- e) bei einem großen Skotom im zentralen Gesichtsfeldbereich, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und im 50° Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians mehr als die Hälfte ausgefallen ist,
- f) bei einer homonymen Hemianopsie, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt,
- g) bei einer bitemporalen oder binasalen Hemianopsie, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und ein Binokularsehen nicht besteht oder
- h) bei vollständigem Ausfall der Sehrinde (Rindenblindheit), wenn gleichzeitig eine visuelle Agnosie oder eine andere gnostische Störung vorliegt.

3. Perücken

Aufwendungen für Perücken sind bis zum Betrag von 700 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter, entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z. B. infolge einer Schädelverletzung) oder ein vollständiger oder weitgehender Haarausfall vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens zwei Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.

4. Sehhilfen

4.1 Aufwendungen für Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe

Aufwendungen für die erstmalige Anschaffung einer Sehhilfe zur Verbesserung der Sehschärfe sind nur beihilfefähig, wenn eine schriftliche Verordnung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Augenheilkunde vorliegt. Bei einer Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung einer Augenoptikerin oder eines Augenoptikers. Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung durch die Augenoptikerin oder den Augenoptiker sind bis zu 13 Euro beihilfefähig.

Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind:

- Brillengläser,
- Kontaktlinsen,
- vergrößernde Sehhilfen.

4.1.1 Brillengläser

Aufwendungen für Brillengläser sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

a) für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt):

Einstärkengläser:	für das sph. Glas	31,00 Euro
	für das cyl. Glas	41,00 Euro
Mehrstärkengläser:	für das sph. Glas	72,00 Euro
	für das cyl. Glas	92,50 Euro

b) bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt):

zuzüglich je Glas 21,00 Euro

c) Dreistufen- oder Multifokalgläser:

zuzüglich je Glas 21,00 Euro

d) Gläser mit prismatischer Wirkung:

zuzüglich je Glas 21,00 Euro.

4.1.2 Besondere Brillengläser

4.1.2.1 Aufwendungen für Kunststoffgläser und hochbrechende mineralische Gläser (Leichtgläser) sind bei

- Gläserstärken ab +/- 6 dpt,
- Anisometropien ab 2 dpt,
- Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
- Brillen, die im Rahmen der Schulpflicht für die Teilnahme am Schulsport erforderlich sind,
- Patientinnen und Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase oder mit Fehlbildung oder Missbildung des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,

je Glas bis 21 Euro neben den Höchstbeträgen der Nummer 4.1.1 beihilfefähig.

4.1.2.2 Aufwendungen für Lichtschutzgläser und phototrope Gläser sind bei

- umschriebenem Transparenzverlust (Trübung) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarbe, Linsentrübung, Glaskörpertrübung),

- b) krankhafter, andauernder Pupillenerweiterung,
- c) Fortfall der Pupillenverengung (z. B. absolute oder reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kehrer-Syndrom),
- d) chronisch-rezidivierendem Reizzustand der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis),
- e) entstellender Veränderung im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
- f) Ciliarneuralgie,
- g) Blendung bedingender entzündlicher oder degenerativer Erkrankung der Netzhaut, der Aderhaut oder der Sehnerven,
- h) totaler Farbenblindheit,
- i) unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- j) intrakranieller Erkrankung, bei der nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
- k) Gläsern ab + 10 dpt wegen Vergrößerung der Eintrittspupille

je Glas bis 11 Euro neben den Höchstbeträgen der Nummer 4.1.1 beihilfefähig.

4.1.3 Kontaktlinsen

4.1.3.1 Aufwendungen für Kontaktlinsen sind bei

- a) Myopie $\geq 8,0$ dpt,
- b) Hyperopie $\geq 8,0$ dpt,
- c) irregulärem Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 % verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläser erreicht wird,
- d) Astigmatismus rectus und inversus $\geq 3,0$ dpt,
- e) Astigmatismus obliquus (Achslage $45^\circ \pm 30^\circ$ oder $135^\circ \pm 30^\circ$) ≥ 2 dpt,
- f) Keratokonus,
- g) Aphakie,
- h) Aniseikonie > 7 % (die Aniseikoniemessung ist nach einer allgemein anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode durchzuführen und zu dokumentieren),
- i) Anisometropie $\geq 2,0$ dpt.

beihilfefähig. Da Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, sind bei Vorliegen der Indikationen neben den Kontaktlinsen Aufwendungen für Brillengläser im Rahmen der Nummern 4.1.1 und 4.1.2 zusätzlich

beihilfefähig.

4.1.3.2 Bei Vorliegen einer Indikation nach Nummer 4.1.3.1 sind Aufwendungen für sphärische Kurzzeitlinsen bis zu 154 Euro und für torische Kurzzeitlinsen bis zu 230 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig.

4.1.4 Vergrößernde Sehhilfen

Aufwendungen für optisch oder elektronisch vergrößernde Sehhilfen sind beihilfefähig, wenn die Verordnung von einer Fachärztin oder von einem Facharzt für Augenheilkunde vorgenommen wurde, die oder der in der Lage ist, selbst oder in Zusammenarbeit mit entsprechend ausgestatteten Augenoptikerinnen oder Augenoptikern die Notwendigkeit und Art der benötigten Sehhilfen zu bestimmen.

4.1.4.1 Aufwendungen für optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe (Hellfeldlupe, Hand- oder Standlupe, auch mit Beleuchtung, oder Brillengläser mit Lupenwirkung [Lupenläser]) sind bei einem Vergrößerungsbedarf $\geq 1,5$ fach beihilfefähig. Aufwendungen für ein Fernrohrlupenbrillensystem (z. B. nach Galilei, Kepler), einschließlich Systemträger, sind beihilfefähig, wenn eine Fachärztin oder ein Facharzt für Augenheilkunde die Erforderlichkeit begründet.

4.1.4.2 Aufwendungen für elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe (mobiles oder nicht mobiles System) sind bei einem Vergrößerungsbedarf ≥ 6 fach beihilfefähig.

4.1.4.3 Aufwendungen für optisch vergrößernde Sehhilfen für die Ferne (Handfernrohr, sonstiges Monokular) sind beihilfefähig.

4.2 Aufwendungen für therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankungen sind in folgenden Fällen beihilfefähig:

4.2.1 Brillenglas mit Lichtschutz mit einer Transmission ≤ 75 Prozent bei

- a) den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialys),
- b) Albinismus.

Aufwendungen für einen zusätzlich erforderlichen Refraktionsausgleich sind nach Nummer 4.1 beihilfefähig. Aufwendungen für einen zusätzlich erforderlichen konfektionierten Seitenschutz sind beihilfefähig.

4.2.2 Brillenglas mit UV-Kantenfilter (400 nm) bei

- a) Aphakie (Linsenlosigkeit),
- b) Photochemotherapie (zur Absorption des langwelligen UV-Lichts),
- c) als UV-Schutz nach Staroperation, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde,
- d) Iriskolobomen,
- e) Albinismus.

Aufwendungen für einen zusätzlich erforderlichen Refraktionsausgleich sind nach Nummer 4.1 beihilfefähig. Aufwendungen für eine zusätzlich erforderliche Transmissionsminderung bei Albinismus sind nach Nummer 4.1 beihilfefähig. Aufwendungen für einen zusätzlich

erforderlichen konfektionierten Seitenschutz sind beihilfefähig.

4.2.3 Brillenglas mit Kantenfilter als Bandpassfilter mit einem Transmissionsmaximum bei 450 nm bei Blauzapfenmonochromasie.

Aufwendungen für einen zusätzlich erforderlichen Refraktionsausgleich und eine zusätzliche Transmissionsminderung beim Kantenfilterglas sind nach Nummer 4.1 beihilfefähig. Aufwendungen für einen zusätzlich erforderlichen konfektionierten Seitenschutz sind beihilfefähig.

4.2.4 Brillenglas mit Kantenfilter (> 500 nm) als Langpassfilter zur Vermeidung der Stäbchenbleichung und zur Kontrastanhebung bei

- a) angeborenem Fehlen oder angeborenem Mangel an Zapfen in der Netzhaut (Achromatopsie, inkomplette Achromatopsie),
- b) dystropischen Netzhauterkrankungen (z. B. Zapfendystrophien, Zapfen-Stäbchen-Dystrophien, Stäbchen-Zapfendystrophien, Retinopathia pigmentosa, Chorioïdemie),
- c) Albinismus.

Aufwendungen für einen zusätzlich erforderlichen Refraktionsausgleich sind nach Nummer 4.1 beihilfefähig. Aufwendungen für einen zusätzlich erforderlichen konfektionierten Seitenschutz sind beihilfefähig.

4.2.5 Horizontale Prismen in Gläsern ≥ 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung ≥ 3 Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen) bei

- a) krankhafter Störung in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen, mit dem Ziel, Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern,
- b) Augenmuskelparesen, mit dem Ziel Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern.

Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz (z. B. prä- oder postoperativ) sind nur die Aufwendungen für Prismenfolien ohne Trägerglas beihilfefähig. Aufwendungen für Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sowie Aufwendungen für Höhenausgleichsprismen bei Mehrstärkengläsern sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für einen zusätzlich erforderlichen Refraktionsausgleich sind nach Nummer 4.1 beihilfefähig.

4.2.6 Vertikale Prismen in Gläsern ≥ 1 Prismendioptrie und Folien mit prismatischer Wirkung ≥ 1 Prismendioptrie (Gesamtkorrektur auf beiden Augen) bei

- a) krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen mit dem Ziel, Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern,
- b) Augenmuskelparesen mit dem Ziel, Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern.

Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz (z. B. prä- oder postoperativ) sind nur die Aufwendungen für Prismenfolien ohne Trägerglas beihilfefähig. Aufwendungen für Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sowie Aufwendungen für Höhenausgleichsprismen bei Mehrstärkengläsern sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für einen zusätzlich erforderlichen Refraktionsausgleich sind nach Nummer 4.1 beihilfefähig.

Okklusionsschalen und Okklusionslinsen bei dauerhaft therapeutisch nicht beeinflussbarer
4.2.7 Doppelwahrnehmung.

4.2.8 Kunststoff-Bifokalgläser mit extra großem Nahteil zur Behebung des akkommodativen Schielens bei Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

4.2.9 Okklusionspflaster, Okklusionsfolien und Okklusionskapseln als Amblyopietherapeutika.

4.2.10 Uhrglasverbände und konfektionierter Seitenschutz bei unvollständigem Lidschluss (z. B. infolge einer Gesichtslähmung) oder bei Zustand nach Keratoplastik mit dem Ziel, das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden.

4.2.11 Irislinsen mit durchsichtigem optisch wirksamen Zentrum bei Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris-Regenbogenhaut (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse, Albinismus).

4.2.12 Verbandlinsen und Verbandschalen bei oder nach

- a) Hornhauterosionen, Hornhautepitheldefekten,
- b) Abrasio nach Operation,
- c) Verätzung, Verbrennung,
- d) Hornhautverletzung (perforierend oder lamellierend),
- e) Keratoplastik,
- f) Hornhautentzündungen, Hornhautulzerationen (z. B. Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalmo, Keratitis filiformis),

nicht aber nach nicht beihilfefähigen Eingriffen.

4.2.13 Kontaktlinsen als Medikamententräger zur kontinuierlichen Medikamentenzufuhr.

4.2.14 Kontaktlinsen

- a) bei ausgeprägtem, fortgeschrittenen Keratokonus mit Keratokonus bedingten pathologischen Hornhautveränderungen und Hornhautradius $< 7,0$ mm zentral oder am Apex oder
- b) nach Keratoplastik.

4.2.15 Kunststoffgläser als Schutzgläser bei Personen, die an Epilepsie erkrankt oder an Spastiken leiden und erheblich sturzgefährdet sind, und bei funktionell Einäugigen (bestkorrigierte Sehschärfe mindestens eines Auges von $< 0,2$).

Aufwendungen für einen zusätzlich erforderlichen Refraktionsausgleich sind nach Nummer 3.1 beihilfefähig.

4.3 Aufwendungen für die Fassung einer Brille, die im Rahmen der Schulpflicht für die Teilnahme am Sportunterricht erforderlich ist, sind bis 52 Euro beihilfefähig.

4.4 Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen sind bei gleich bleibender Sehschärfe beihilfefähig, wenn seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre - bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre - vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die

erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil

- a) sich die Refraktion geändert hat,
- b) die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- c) sich die Kopfform geändert hat.

Anlage 8

(zu § 20 Abs. 1)

Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, deren Aufwendungen nicht beihilfefähig sind

A

- Afterschließbandage
- Alkoholtupfer
- Angorawäsche
- Anti-Allergene-Matratzen und Bettbezüge
- Applikationshilfe für Wärme und Kälte
- Arbeitsplatte zum Krankenfahrstuhl
- Armtragegurt, Armtragetuch
- Augenbadewanne, Augendusche, Augenspülglass, Augenflasche, Augenpinsel, Augentropfpipette, Augenstäbchen
- Augenheizkissen
- Autofahrerrückenstütze
- Autokindersitz
- Autokofferraumlifter
- Autolifter

B

- Badestrumpf
- Badewannengleitschutz, Badewannenkopfstütze, Badewannenmatte
- Bandagen, wenn nicht in Anlage 7 aufgeführt
- Basalthermometer

- Bauchgurt
- Bestrahlungsgerät zur Selbstbehandlung, Bestrahlungslampe zur Selbstbehandlung
- Bett, wenn nicht in Anlage 7 aufgeführt
- Bettbrett, Bettfüllung, Bettlagerungskissen, Bettrost, Bettstütze
- Bettplatte, Bett-Tisch
- Bidet
- Bildschirmbrille
- Bill-Wanne
- Blinden-Uhr
- Blutdruckmessgerät
- Brückentisch
- Brusthütchen mit Sauger

D

- Dusche

E

- Einkaufsnetz
- Eisbeutel, Eiskompresse
- Elektrische Schreibmaschine
- Elektrische Zahnbürste
- Elektrofahrzeuge
- Elektro-Luftfilter
- Elektronik-Muscle-Control-Gerät
- Erektionshilfen
- Ergometer
- Esshilfe, Trinkhilfe
- Expander

F

- Federhantel
- Fieberthermometer
- Fingerling
- Fingerschiene
- Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe

G

- Garage für Krankenfahrzeuge
- Gelenkexpander
- Glasstäbchen

H

- Handgelenkmanschette
- Handgelenkriemen
- Handschuhe, wenn nicht in Anlage 7 aufgeführt
- Handtrainer
- Hängeliege
- Hantel
- Hausnotrufsystem
- Hautschutzmittel
- Heimtrainer
- Heizdecke, Heizkissen
- Hilfsgeräte für die Hausarbeit
- Höhensonne
- Hörkissen
- Hörkragen

I

- Intraschallgerät
- Ionisierungsgerät

K

- Katzenfell
- Klingelleuchte, wenn nicht von Anlage 7 erfasst
- Knickfußstrumpf
- Knoche Natur-Bruch-Slip
- Kolorimeter
- Kommunikationssystem
- Kompressionsstück für Wade und Oberschenkel, Knie- und Knöchelkompressionsstück
- Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung
- Kreislaufgerät Schiele

L

- Lagerungskissen, Lagerungsstütze, außer Abduktionslagerungskeil
- Language-Master
- Luftreinigungsgeräte

M

- Magnetfolie
- Monophonator
- Munddusche
- Mundsperrer

N

- Nackenheizkissen
- Nagelspange Link

O

- Ohrenklappen
- Öldispersionsapparat

P

- Penisklemme
- Pulsfrequenzmesser

R

- Rektophor
- Rotlichtlampe
- Rückentrainer

S

- Salbenpinsel
- Schlaftherapiegerät
- Schuhe, wenn nicht in Anlage 7 aufgeführt
- Spezialsitze
- Spirometer
- Spranzbruchband
- Sprossenwand
- Sterilisator
- Stimmübungssystem für Kehlkopflose
- Stockroller
- Stockständer
- Stufenbett
- SUNTRONIC-System

T

- Taktellgerät
- Tamponapplikator
- Tandem für Menschen mit Behinderung
- Telefonverstärker
- Telefonhalter
- Therapeutische Wärmesegmente, Therapeutische Kältesegmente
- Treppenlift, Monolift, Plattformlift
- Tünkers Butler

U

- Übungsmatte
- Ultraschalltherapiegeräte
- Umweltkontrollgerät
- Urinflasche
- Urin-Prüfgerät

V

- Venenkissen
- Venentrainer

W

- Waage
- Wandstandgerät
- WC-Sitz

Z

- Zahnpflegemittel
- Zehen- und Ballenpolster, Zehenspreizer
- Zweirad für Menschen mit Behinderung

Anlage 9

(zu § 20 Abs. 3)

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Unterweisung in den Gebrauch von Blindenhilfsmitteln und für Training in Orientierung und Mobilität

1. Aufwendungen für die Unterweisung in den Gebrauch des Langstockes sowie für Training in Orientierung und Mobilität sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
 - a) Training als Einzeltraining ambulant oder stationär in einer Spezialeinrichtung bis zu 100 Stunden, je Trainingsstunde mit einer Mindestdauer von 60 Minuten, wobei bis zu 15 Minuten auf Vor- und Nachbereitung sowie Erstellung von Trainingsmaterial entfallen dürfen, 66,75 Euro
 - b) Fahrzeitentschädigung für Fahrten der Trainerin oder des Trainers, wobei je angefangene fünf Minuten beihilfefähig sind, 4,42 Euro
 - c) Fahrtkostenerstattung für Fahrten der Trainerin oder des Trainers

- aa) bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs je gefahrenen Kilometer 0,30 Euro
- bb) im Übrigen die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,
- d) Kostenerstattung für Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, wenn eine Rückkehr zum Wohnort am Tag des Trainings nicht zumutbar ist, je Tag 26,00 Euro.

Trainiert die Trainerin oder der Trainer an einem Tag mehrere blinde Menschen, so sind die Aufwendungen der Trainerin oder des Trainers nach den Buchstaben b bis d nur anteilig beihilfefähig.

2. Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes oder bei Wechsel des Wohnortes) sind entsprechend Nummer 1 beihilfefähig.
3. Aufwendungen für ein ergänzendes Training an Blindenleitgeräten sind bis zu 30 Stunden entsprechend Nummer 1 beihilfefähig. Aufwendungen für weitere Stunden sind beihilfefähig, wenn die Trainerin oder der Trainer die Notwendigkeit begründet.
4. Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn sie durch eine Rechnung einer Blindenorganisation oder einer Trainerin oder eines Trainers, die oder der zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist, nachgewiesen werden. Wenn Umsatzsteuerpflicht besteht, erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer. Der Festsetzungsstelle ist ein Nachweis des Finanzamtes über die Umsatzsteuerpflicht vorzulegen.

Anlage 10

(zu § 38 a Abs. 2)

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Leistungen der Früherkennung oder Überwachung

I. Früherkennung

Gentest bei Frauen, die mit einem erhöhten Risiko der Erkrankung an Brust- oder Eierstockkrebs erblich belastet sind

1. Aufwendungen für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, einschließlich Erstberatung, Stammbaumerfassung, Mitteilung des Genbefundes und Beratung weiterer Familienmitglieder sind einmalig bis zur Höhe von 900 Euro beihilfefähig.
2. Aufwendungen für einen prädiktiven Gentest sind beihilfefähig
 - a) für eine Untersuchung einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Frau (Indexfall) bis zur Höhe von 5 900 Euro und
 - b) für eine Untersuchung einer gesunden Frau auf eine mutierte Gensequenz bis zur Höhe von 360 Euro.
3. Aufwendungen für ein strukturiertes Früherkennungsprogramm sind bis zur Höhe von 580 Euro je Kalenderjahr beihilfefähig.
4. Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Leistungen in einer der folgenden

Einrichtungen erbracht werden:

- Berlin
 - Charité-Universitätsmedizin Berlin, Brustzentrum
- Dresden
 - Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Düsseldorf
 - Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Frankfurt a. M.
 - Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Göttingen
 - Universitätsmedizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum
- Hamburg
 - Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik und Poliklinik für Gynäkologie, Brustzentrum
- Hannover
 - Medizinische Hochschule Hannover
- Heidelberg
 - Universität Heidelberg, Institut für Humangenetik
- Kiel
 - Universitätsfrauenklinik Kiel
- Köln
 - Universitätsklinikum Köln, Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
- Leipzig
 - Universität Leipzig, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
- München
 - Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde
 - Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde
- Münster

- Universität Münster, Institut für Humangenetik
- Regensburg
 - Universität Regensburg, Institut für Humangenetik
- Tübingen
 - Universität Tübingen, Institut für Humangenetik, Universitätsfrauenklinik Tübingen
- Ulm
 - Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Würzburg
 - Universität Würzburg, Institut für Humangenetik

II. Überwachung

Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz

© juris GmbH