

Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt

73. Jahrgang

Ausgegeben in Hannover am 23. August 2019

Nummer 14

INHALT

Tag		Seite
15. 8. 2019	Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Beihilfeverordnung 20444, 20444, 20444, 20444, 20444, 20444	232
19. 8. 2019	Verordnung zur Änderung der Verordnung über den Kurbeitrag im Staatsbad Pyrmont 20220	247

**Verordnung
zur Änderung der Niedersächsischen
Beihilfeverordnung**

Vom 15. August 2019

Aufgrund des § 80 Abs. 6 und 7 des Niedersächsischen Beamtengesetzes vom 25. März 2009 (Nds. GVBl. S. 72), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (Nds. GVBl. S. 317), wird verordnet:

Artikel 1

Änderung der Niedersächsischen Beihilfeverordnung

Anlage 7 der Niedersächsischen Beihilfeverordnung vom 7. November 2011 (Nds. GVBl. S. 372), zuletzt geändert durch Verordnung vom 14. Juni 2017 (Nds. GVBl. S. 178, 271), wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 1 wird unter dem Buchstaben G das folgende Hilfsmittel alphabetisch eingefügt:

„— Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung einschließlich der erforderlichen Sensoren (siehe Nummer 1 a)“.
2. Nach Nummer 1 wird die folgende Nummer 1 a eingefügt:

„1 a. Geräte zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung

Aufwendungen für Geräte zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung einschließlich der erforderlichen Sensoren sind für Patientinnen und Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedürfen, beihilfefähig, wenn das Gerät von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“, „Diabetologin Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder mit vergleichbarer Qualifikation oder einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Anerkennung „Kinder-Endokrinologie und Kinder-Diabetologie“ verordnet wird. Beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für die notwendige Schulung in der sicheren Handhabung des Gerätes. Aufwendungen für ein Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung sind auch neben Aufwendungen für ein Blutzuckermessgerät beihilfefähig.“

Artikel 2

**Weitere Änderung
der Niedersächsischen Beihilfeverordnung**

Die Niedersächsische Beihilfeverordnung vom 7. November 2011 (Nds. GVBl. S. 372), zuletzt geändert durch Artikel 1 dieser Verordnung, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 20 Abs. 1 wird der folgende Satz 6 angefügt:

„⁶Enthält ein Gutachten nach § 49 Abs. 2 eine Empfehlung zur Versorgung mit einem Hilfsmittel, einem Gerät zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle oder einem Körperersatzstück, so bedarf es einer ärztlichen Verordnung nicht.“
2. In § 32 Abs. 2 Satz 1 wird die Angabe „§ 37 Abs. 3 Sätze 4 und 6 Halbsatz 2 SGB XI“ durch die Angabe „§ 37 Abs. 3 Sätze 5 und 6 Halbsatz 2 und Satz 7 Halbsatz 2 SGB XI“ ersetzt.
3. § 33 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Pflegehilfe“ die Worte „für eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5“ eingefügt.
 - bb) Die Sätze 3 und 4 werden gestrichen.

- b) Absatz 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„¹Wird die häusliche Pflegehilfe für eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2, 3, 4, oder 5 durch eine Pflegekraft erbracht, die nicht die Anforderungen des Absatzes 1 Satz 1 erfüllt (sonstige Pflegekraft), so wird eine Pauschalbeihilfe in Höhe der Beträge nach § 37 Abs. 1 Satz 3 SGB XI gewährt.“

- c) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) ¹Der Dienstherr oder die juristische Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, trägt anteilig die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung der sonstigen Pflegekraft, wenn diese nicht erwerbsmäßig tätig wird. ²Nimmt die sonstige Pflegekraft Pflegezeit nach § 3 Abs. 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes in Anspruch, so trägt der Dienstherr oder die juristische Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, auch die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44 a SGB XI.“

- d) In Absatz 5 werden die Worte „Pflegekraft, die nicht die Voraussetzungen des Absatzes 1 erfüllt“ durch die Worte „sonstige Pflegekraft“ ersetzt.

- e) Absatz 6 erhält folgende Fassung:

„(6) ¹Aufwendungen für teilstationäre Pflege für eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 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. ²Nimmt eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 1, 2, 3, 4 oder 5 zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsleistungen nach § 43 b SGB XI in Anspruch, so trägt der Dienstherr oder die juristische Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, anteilig die der Einrichtung zustehenden Vergütungszuschläge.“

- f) Die Absätze 8 und 9 erhalten folgende Fassung:

„(8) Aufwendungen für eine Ersatzpflege einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 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 einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 nach Maßgabe des § 42 SGB XI beihilfefähig.“

4. § 34 wird wie folgt geändert:

- a) Es werden die folgenden neuen Absätze 1 und 2 eingefügt:

„(1) Nimmt eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 1 Leistungen einer vollstationären Pflege in Anspruch, so sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege insgesamt bis zu der in § 43 Abs. 3 SGB XI genannten Höhe beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für eine vollstationäre Pflege einer pflegebedürftigen Person des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 sind nach Maßgabe der Absätze 3 bis 12 beihilfefähig.“

b) Der bisherige Absatz 1 wird Absatz 3 und wie folgt geändert:

aa) Die Sätze 1 und 2 erhalten folgende Fassung:

„¹Aufwendungen für eine vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI sind beihilfefähig. ²Die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind insgesamt bis zur Höhe der für die Pflegeeinrichtung nach § 85 SGB XI vereinbarten Pflegesätze beihilfefähig.“

bb) Satz 4 erhält folgende Fassung:

„⁴§ 43 Abs. 4 SGB XI gilt entsprechend.“

c) Die bisherigen Absätze 2 bis 7 werden Absätze 4 bis 9.

d) Der bisherige Absatz 8 wird Absatz 10 und wie folgt geändert:

Die Verweisung „Absatz 3 Satz 1“ wird durch die Verweisung „Absatz 5 Satz 1“ ersetzt.

e) Der bisherige Absatz 9 wird Absatz 11 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Verweisung „Absatz 4“ durch die Verweisung „Absatz 6“ und die Verweisung „Absätze 1 bis 3“ durch die Verweisung „Absätze 3 bis 5“ ersetzt.

bb) Satz 2 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nummer 1 wird die Verweisung „Absatz 3 Satz 2 Nr. 1“ durch die Verweisung „Absatz 5 Satz 2 Nr. 1“ ersetzt.

bbb) In Nummer 2 wird die Verweisung „Absatz 3 Satz 2 Nr. 2“ durch die Verweisung „Absatz 5 Satz 2 Nr. 2“ ersetzt.

f) Der bisherige Absatz 10 wird Absatz 12.

g) Die bisherigen Absätze 11 und 12 werden Absätze 13 und 14 und erhalten folgende Fassung:

„(13) Wird eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 1, 2, 3, 4 oder 5 nach Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft oder wird festgestellt, dass sie nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI ist, so trägt der Dienstherr oder die juristische Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, anteilig den Betrag nach § 87 a Abs. 4 SGB XI.

(14) Nimmt eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 1, 2, 3, 4 oder 5 zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsleistungen nach § 43 b SGB XI in Anspruch, so trägt der Dienstherr oder die juristische Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, anteilig die der Einrichtung zustehenden Vergütungszuschläge.“

5. § 35 erhält folgende Fassung:

„§ 35

Sonstige Leistungen

„(1) Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45 a Abs. 1 und 2 SGB XI sind nach Maßgabe des § 45 a Abs. 4 SGB XI für eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 in häuslicher Pflege beihilfefähig.

(2) ¹Aufwendungen für Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar nahestehender Personen in ihrer Eigenschaft als Pfleger sowie für Leistungen zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbe-

stimmtheit der pflegebedürftigen Person bei der Gestaltung ihres Alltags sind nach Maßgabe des § 45 b SGB XI für eine pflegebedürftige Person in häuslicher Pflege beihilfefähig. ²§ 144 Abs. 3 SGB XI ist entsprechend anzuwenden.

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

(4) ¹Lebt eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 1 in einer ambulant betreuten Wohngruppe im Sinne des § 38 a Abs. 1 Nrn. 1, 3 und 4 SGB XI, so ist der Betrag nach § 38 a Abs. 1 SGB XI beihilfefähig. ²Lebt eine pflegebedürftige Person des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 in einer ambulant betreuten Wohngruppe im Sinne des § 38 a Abs. 1 Nrn. 1, 3 und 4 SGB XI, so ist der Betrag nach § 38 a Abs. 1 SGB XI nur beihilfefähig, wenn ihr Beihilfe nach Absatz 1 oder 2 oder nach § 33 Abs. 1, 2 oder 5 gewährt wird. ³Ist die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne zusätzliche teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt, so sind die Aufwendungen für die teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege entsprechend § 33 Abs. 6 beihilfefähig. ⁴Aufwendungen für die Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sind nach Maßgabe des § 45 e SGB XI beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung entsprechende Leistungen zugesagt hat.“

6. § 36 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 2 wird die Angabe „Abs. 1“ durch die Angabe „Abs. 3“ ersetzt.

b) In Satz 3 wird die Angabe „Abs. 9“ durch die Angabe „Abs. 11“ ersetzt.

7. In § 46 Abs. 1 Satz 2 wird die Angabe „Abs. 4 bis 7“ durch die Angabe „Abs. 6 bis 9“ ersetzt.

8. In § 48 Abs. 1 Satz 1 werden nach dem Wort „stellen“ ein Semikolon und die Worte „Aufwendungen im Sinne des § 144 Abs. 3 Satz 2 SGB XI können bis zum 31. Dezember 2018 geltend gemacht werden“ eingefügt.

9. Dem § 53 werden die folgenden Absätze 3 und 4 angefügt:

„(3) Ist die Beihilfe für Aufwendungen für regelmäßig wiederkehrende Leistungen nach den §§ 33 bis 35 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung für eine Person, die bereits vor dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Beihilfe für pflegebedingte Aufwendungen hat, höher als eine Beihilfe nach den §§ 33 bis 35 in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung, so ist der höhere Betrag als Beihilfe zu gewähren.

(4) Zur sozialen Sicherung einer sonstigen Pflegekraft, die nicht erwerbsmäßig tätig wird, vor dem 1. Januar 2017 Leistungen der häuslichen Pflege erbracht hat und diese Pflege Tätigkeit weiterhin erbringt, gilt § 141 Abs. 4 bis 6 SGB XI entsprechend.“

Artikel 3

Weitere Änderung der Niedersächsischen Beihilfeverordnung

Anlage 7 der Niedersächsischen Beihilfeverordnung vom 7. November 2011 (Nds. GVBl. S. 372), zuletzt geändert durch Artikel 2 dieser Verordnung, wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1 wird wie folgt geändert:

a) Unter dem Buchstaben G wird im sechsten Spiegelstrich die Angabe „1 a“ durch die Angabe „3“ ersetzt.

b) Unter dem Buchstaben P wird im vierten Spiegelstrich die Angabe „3“ durch die Angabe „4“ ersetzt.

c) Unter dem Buchstaben S wird im siebten Spiegelstrich die Angabe „4“ durch die Angabe „5“ ersetzt.

2. Die bisherige Nummer 1 a wird Nummer 3.
3. Die bisherigen Nummern 3 bis 4.4 werden Nummern 4 bis 5.4.
4. In den neuen Nummern 5.1.2.1 und 5.1.2.2 wird jeweils die Angabe „4.1.1“ durch die Angabe „5.1.1“ ersetzt.
5. In der neuen Nummer 5.1.3.1 werden die Angabe „4.1.1“ durch die Angabe „5.1.1“ und die Angabe „4.1.2“ durch die Angabe „5.1.2“ ersetzt.
6. In der neuen Nummer 5.1.3.2 wird die Angabe „4.1.3.1“ durch die Angabe „5.1.3.1“ ersetzt.
7. In den neuen Nummern 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3, 5.2.4, 5.2.5, 5.2.6 und 5.2.15 wird jeweils die Angabe „4.1“ durch die Angabe „5.1“ ersetzt.

Artikel 4

Weitere Änderung
der Niedersächsischen Beihilfeverordnung

Unter dem Buchstaben I der Anlage 7 Nr. 1 der Niedersächsischen Beihilfeverordnung vom 7. November 2011 (Nds. GVBl. S. 372), zuletzt geändert durch Artikel 3 dieser Verordnung, erhält der vierte Spiegelstrich folgende Fassung:

„— Inkontinenzhosen oder Inkontinenzvorlagen, saugende, nur bei Vorliegen mindestens einer mittleren Harn- oder Stuhlinkontinenz“.

Artikel 5

Weitere Änderung
der Niedersächsischen Beihilfeverordnung

Die Niedersächsische Beihilfeverordnung vom 7. November 2011 (Nds. GVBl. S. 372), zuletzt geändert durch Artikel 4 dieser Verordnung, wird wie folgt geändert:

1. § 18 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden nach dem Wort „ärztlich“ die Worte „oder zahnärztlich“ eingefügt.
 - b) In Satz 3 werden nach dem Wort „ärztlich“ die Worte „oder zahnärztlich“ eingefügt und der Betrag „9,20 Euro“ wird durch den Betrag „11,00 Euro“ ersetzt.
 - c) In Satz 4 werden der Betrag „7,00 Euro“ durch den Betrag „8,40 Euro“ und der Betrag „3,50 Euro“ durch den Betrag „4,20 Euro“ ersetzt.
2. Anlage 5 wird wie folgt geändert:
 - a) Abschnitt A erhält folgende Fassung:

„A.

Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)
I. Inhalation¹⁾		
1	Inhalationstherapie — auch mittels Ultraschallvernebelung — als Einzelinhalation	8,00
2	a) Inhalationstherapie — auch mittels Ultraschallvernebelung — als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer b) Inhalationstherapie — wie Buchstabe a, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmerin oder je Teilnehmer	4,30 6,80
3	a) Radon-Inhalation im Stollen b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,60 16,60

Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	15,00
5	Krankengymnastik — auch auf neurophysiologischer Grundlage, auch Atemtherapie — einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 20 Minuten	23,40
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Vollendung des 18. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	30,70
7	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 45 Minuten	41,20
8	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert ²⁾ 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,40
9	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert ²⁾ 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	13,00
10	Atemtherapie bei Behandlung von Mukoviszidose oder bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, als Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 60 Minuten	64,90
11	Krankengymnastik im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung, auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 30 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	28,30 17,80 14,20
12	Manuelle Therapie, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	27,00
13	Chirogymnastik, Funktionelle Wirbelsäulengymnastik, Richtwert ²⁾ 20 Minuten	17,30
14	Bewegungsübungen a) als Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 20 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert ²⁾ 20 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	9,20 6,00
15	Bewegungsübungen im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung, auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	28,30

Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)	Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	17,80		— bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	14,20
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,20	b)	Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), auch einschließlich Nachruhe	17,90
16	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) ³⁾ ⁴⁾ unter den Voraussetzungen nach Abschnitt B, Richtwert ²⁾ 120 Minuten, je Behandlungstag	98,30	c)	Kaltpackung	
17	Gerätegestützte Krankengymnastik, auch Medizinisches Aufbautraining (MAT) und auch Medizinische Trainingstherapie (MTT) unter den Voraussetzungen nach Abschnitt C, als parallele Einzelbehandlung bis 3 Personen, Richtwert ²⁾ 60 Minuten	42,00	—	bei Anwendung von Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm oder Schlick	18,50
18	Traktionsbehandlung mit Gerät (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch), als Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 20 Minuten	8,00	—	bei Anwendung von Lehm, Quark o. Ä.	9,20
	III. Massagen		d)	Heublumensack, Peloidkompressen	11,00
19	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile		e)	Trockenpackung	3,70
a)	Klassische Massagetherapie, Segment-, Perio-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert ²⁾ 20 Minuten	16,60	f)	sonstige Packungen (z. B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	5,50
b)	Bindegewebsmassage, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	16,60	25	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,70
20	Manuelle Lymphdrainage		b)	Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	5,50
a)	Teilbehandlung, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	23,40	c)	Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,90
b)	Großbehandlung, Richtwert ²⁾ 45 Minuten	35,00	26	a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. nach Hauffe), auch einschließlich Nachruhe	14,80
c)	Ganzbehandlung, Richtwert ²⁾ 60 Minuten	53,00	b)	An- oder absteigendes Vollbad als Überwärmungsbad, auch einschließlich Nachruhe	24,00
d)	Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁵⁾	11,30	27	a) Wechsel-Teilbad, auch einschließlich Nachruhe	11,00
21	Unterwasserdruckstrahlmassage, auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 20 Minuten	27,70	b)	Wechsel-Vollbad, auch einschließlich Nachruhe	16,00
	IV. Palliativ Care		28	Bürstenmassagebad, auch einschließlich Nachruhe	22,80
22	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung unter den Voraussetzungen nach Abschnitt D, Richtwert ²⁾ 60 Minuten	60,00	29	a) Naturmoor-Teilbad, auch einschließlich Nachruhe	39,40
	V. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		b)	Naturmoor-Vollbad, auch einschließlich Nachruhe	47,90
23	Heiße Rolle, auch einschließlich Nachruhe	12,40	30	Sandbäder, auch einschließlich Nachruhe	
24	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, auch einschließlich Nachruhe,		a)	Teilbad	34,40
—	bei Anwendung von Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm oder Schlick		b)	Vollbad	39,40
—	Teilpackung	32,90	31	Balneo-Phototherapie, Sole-Phototherapie — oder Licht-Öl-Bad, jeweils auch einschließlich Nachfetten und Nachruhe	39,40
—	Großpackung	43,40	32	Medizinische Bäder mit Zusatz	
			a)	Hand- oder Fußbad	8,00 ⁶⁾
			b)	Teilbad, auch einschließlich Nachruhe	16,00 ⁶⁾
			c)	Vollbad, auch einschließlich Nachruhe	22,20 ⁶⁾
			d)	Weitere Zusätze, je Zusatz	3,70
			33	Gashaltige Bäder	
			a)	Gashaltiges Bad, auch einschließlich Nachruhe	23,40

Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)	Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz, auch einschließlich Nachruhe — mit einem Zusatz — weitere Zusätze, je Zusatz	27,00 ⁶⁾ 3,70			
	c) Kohlendioxidgasbad, auch einschließlich Nachruhe	25,20			
	d) Radon-Bad, auch einschließlich Nachruhe	22,20			
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,70			
	VI. Kälte- und Wärmetherapie			IX. Ergotherapie	
34	Behandlung eines oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompresse, tiefgekühltem Eis- oder Gelbeutel, direkter Abreibung, Kaltgas oder Kaltluft oder Eisteilbad in Fuß- oder Armbadewanne, Richtwert ²⁾ 10 Minuten	11,80	45	Funktionsanalyse und Erstgespräch, auch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	38,00
35	Behandlung eines oder mehrerer Körperteile mit Heißluft, Richtwert ²⁾ 20 Minuten	6,80	46	Einzelbehandlung	
36	Ultraschall-Wärmetherapie	10,80	a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	38,00
	VII. Elektrotherapie		b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert ²⁾ 45 Minuten	49,80
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Stromstärken und Frequenzen	7,40	c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert ²⁾ 60 Minuten	65,80
38	Elektrostimulation bei Lähmungen	14,20	d)	bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungs-erprobung, Richtwert ²⁾ 120 Minuten	116,50
39	Iontophorese	7,40	e)	als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal je Behandlungsfall	
40	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	13,60	aa)	bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit	
41	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz, auch einschließlich Nachruhe	26,40	—	bei motorisch-funktionellen Störungen	37,00
	VIII. Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie^{7) 8)}		—	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	49,40
42	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	98,20	bb)	bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit	
43	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- oder Schluckstörungen		—	bei psychisch-funktionellen Störungen	61,60
a)	Richtwert ²⁾ 30 Minuten	38,00	47	Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
b)	Richtwert ²⁾ 45 Minuten	53,60	a)	bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	14,50
c)	Richtwert ²⁾ 60 Minuten	62,60	b)	bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert ²⁾ 45 Minuten	18,70
d)	Richtwert ²⁾ 90 Minuten	94,00	c)	bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert ²⁾ 90 Minuten	34,40
44	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- oder Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer		d)	bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungs-erprobung, Richtwert ²⁾ 180 Minuten	63,80
a)	Gruppe (2 Personen), Richtwert ²⁾ 45 Minuten	45,80	48	Hirnleistungstraining als neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	42,00
b)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert ²⁾ 45 Minuten	31,40	49	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert ²⁾ 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	18,70
c)	Gruppe (2 Personen), Richtwert ²⁾ 90 Minuten	61,40		X. Podologische Therapie	
d)	Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert ²⁾ 90 Minuten	51,00	50	Hornhautabtragung an beiden Füßen	24,20
			51	Hornhautabtragung an einem Fuß	17,20
			52	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	22,80
			53	Nagelbearbeitung an einem Fuß	17,20
			54	Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung an beiden Füßen	37,80

Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)
55	Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung an einem Fuß	24,20
56	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrekturspange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	176,90
57	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	34,00
58	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell, einteilig, einschließlich Applikation	58,90
59	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	68,00
60	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	34,00
XI. Ernährungstherapie^{7) 8)}		
61	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert ²⁾ 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	60,00
62	Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 30 Minuten je Einheit ⁹⁾	30,00
63	Gruppenbehandlung, Richtwert ²⁾ 30 Minuten je Einheit ⁹⁾ , je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,00
XII. Sonstiges		
64	Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) ¹⁰⁾ bei ausgeprägter cerebraler Bewegungsstörung (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung	23,40
65	Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) ¹⁰⁾ bei nach Abschluss der Hirnreife erworbener ausgeprägter cerebraler Bewegungsstörung (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung	30,70
66	Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) ¹⁰⁾ bei angeborener oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbener ausgeprägter cerebraler Bewegungsstörung (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung	41,20

¹⁾ Aufwendungen für die für die Inhalation erforderlichen Stoffe sind daneben beihilfefähig.

²⁾ Der Richtwert beschreibt die regelmäßige Behandlungszeit einschließlich der Zeit für die Vor- und Nachbereitung. Die Aufwendungen sind auch beihilfefähig, wenn die tatsächliche Behandlungszeit den Richtwert aus medizinischen Gründen unterschreitet.

³⁾ 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.

⁴⁾ Aufwendungen für Heilmittel nach den Nummern 5 bis 41 sind daneben nicht beihilfefähig.

⁵⁾ Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig.

⁶⁾ Die Höchstbeträge erhöhen sich um bis zu 3,70 Euro, wenn bei dem Bad ein ortsgebundenes Heilwasser verwendet wird.

⁷⁾ Aufwendungen für einen Bericht an die das Heilmittel verordnende Person sind daneben nicht beihilfefähig.

⁸⁾ Aufwendungen für die Verlaufsdocumentation sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.

⁹⁾ Aufwendungen für Heilmittel nach den Nummern 62 und 63 sind für insgesamt maximal 12 Einheiten innerhalb von 12 Monaten beihilfefähig.

¹⁰⁾ Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn das Heilmittel von einer Person angewendet wird, die eine Zusatzausbildung für Therapeutisches Reiten abgeleistet hat.“

b) Es wird der folgende Abschnitt D angefügt:

„D.

Aufwendungen für eine physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn

1. die zu behandelnde Person an einer Erkrankung mit infauster Prognose leidet, ambulant palliativmedizinisch behandelt wird und

2. eine der folgenden Indikationen vorliegt:

– passive Bewegungsstörung mit Verlust, Einschränkung oder Instabilität funktioneller Bewegungen im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke oder der diskoligamentären Strukturen,

– aktive Bewegungsstörung bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,

– atrophische oder dystrophische Muskelveränderung,

– cerebraler oder spinal bedingte spastische Lähmung,

– schlaffe Lähmung,

– abnorme Bewegung oder Koordinationsstörung bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,

– Schmerz bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,

– funktionelle Störung von Organsystemen (z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, Lungenerkrankungen, Bronchialerkrankungen),

– funktionelle Störung eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur,

– unspezifische schmerzhafte Bewegungs- oder Funktionsstörung, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.“

3. Anlage 6 wird wie folgt geändert:

a) Am Ende des letzten Spiegelstrichs wird der Punkt durch ein Komma ersetzt.

b) Es werden die folgenden Spiegelstriche angefügt:

„– Diätassistentin oder Diätassistent,

– Ökotrophologin oder Ökothrophologe mit dem Abschluss Diplom (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung), Bachelor of Science oder Master of Science,

– Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler mit dem Abschluss Diplom, Bachelor of Science oder Master of Science.“

4. In Anlage 7 Nr. 1 wird unter dem Buchstaben O das Hilfsmittel „Orthonyxie-Nagelkorrekturspange“ gestrichen.

Artikel 6

Weitere Änderung
der Niedersächsischen Beihilfeverordnung

Die Niedersächsische Beihilfeverordnung vom 7. November 2011 (Nds. GVBl. S. 372), zuletzt geändert durch Artikel 5 dieser Verordnung, wird wie folgt geändert:

1. § 18 Abs. 1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 3 wird der Betrag „11,00 Euro“ durch den Betrag „12,10 Euro“ ersetzt.
 - b) In Satz 4 werden der Betrag „8,40 Euro“ durch den Betrag „9,20 Euro“ und der Betrag „4,20 Euro“ durch den Betrag „4,60 Euro“ ersetzt.
2. § 32 Abs. 2 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 wird die Angabe „§ 37 Abs. 3 Sätze 5 und 6 Halbsatz 2 und Satz 7 Halbsatz 2 SGB XI“ durch die Angabe „§ 37 Abs. 3 Sätze 5 und 7 und Satz 10 Halbsatz 2 SGB XI“ ersetzt.
 - b) Es wird der folgende Satz 3 angefügt:
„§ 146 Abs. 1 SGB XI ist entsprechend anzuwenden.“
3. Anlage 5 Abschnitt A wird wie folgt geändert:
 - a) Die Tabelle erhält folgende Fassung:

Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)
I. Inhalation¹⁾		
1	Inhalationstherapie — auch mittels Ultraschallvernebelung — als Einzelinhalation	8,80
2	a) Inhalationstherapie — auch mittels Ultraschallvernebelung — als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer b) Inhalationstherapie — wie Buchstabe a, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmerin oder je Teilnehmer	4,80 7,50
3	a) Radon-Inhalation im Stollen b) Radon-Inhalation mittels Hauben	14,90 18,20
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50
5	Krankengymnastik — auch auf neurophysiologischer Grundlage, auch Atemtherapie — einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 20 Minuten	25,70
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Vollendung des 18. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	33,80
7	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen, als Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 45 Minuten	45,30

Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)
8	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert ²⁾ 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	8,20
9	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert ²⁾ 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,30
10	Atemtherapie bei Behandlung von Mukoviszidose oder bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, als Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 60 Minuten	71,40
11	Krankengymnastik im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung, auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 30 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	31,20 19,50 15,60
12	Manuelle Therapie, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	29,70
13	Chirogymnastik, Funktionelle Wirbelsäulengymnastik, Richtwert ²⁾ 20 Minuten	19,00
14	Bewegungsübungen a) als Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 20 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert ²⁾ 20 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,20 6,60
15	Bewegungsübungen im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung, auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 30 Minuten b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	31,20 19,50 15,60
16	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) ³⁾ ⁴⁾ unter den Voraussetzungen nach Abschnitt B, Richtwert ²⁾ 120 Minuten, je Behandlungstag	108,10
17	Gerätegestützte Krankengymnastik, auch Medizinisches Aufbautraining (MAT) und auch Medizinische Trainingstherapie (MTT) unter den Voraussetzungen nach Abschnitt C, als parallele Einzelbehandlung bis 3 Personen, Richtwert ²⁾ 60 Minuten	46,20
18	Traktionsbehandlung mit Gerät (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch), als Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 20 Minuten	8,80

Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)	Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)
	III. Massagen				
19	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile			b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	a) Klassische Massagetherapie, Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert ²⁾ 20 Minuten	18,20		c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
	b) Bindegewebsmassage, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	18,20	26	a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. nach Hauaffe), auch einschließlich Nachruhe	16,20
20	Manuelle Lymphdrainage			b) An- oder absteigendes Vollbad als Überwärmungsbad, auch einschließlich Nachruhe	26,40
	a) Teilbehandlung, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	25,70	27	a) Wechsel-Teilbad, auch einschließlich Nachruhe	12,10
	b) Großbehandlung, Richtwert ²⁾ 45 Minuten	38,50		b) Wechsel-Vollbad, auch einschließlich Nachruhe	17,60
	c) Ganzbehandlung, Richtwert ²⁾ 60 Minuten	58,30	28	Bürstenmassagebad, auch einschließlich Nachruhe	25,10
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁵⁾	12,40	29	a) Naturmoor-Teilbad, auch einschließlich Nachruhe	43,30
21	Unterwasserdruckstrahlmassage, auch einschließlich Nachruhe, Richtwert ²⁾ 20 Minuten	30,50		b) Naturmoor-Vollbad, auch einschließlich Nachruhe	52,70
	IV. Palliativ Care		30	Sandbäder, auch einschließlich Nachruhe	
22	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, unter den Voraussetzungen nach Abschnitt D, Richtwert ²⁾ 60 Minuten	66,00		a) Teilbad	37,90
	V. Packungen, Hydrotherapie, Bäder			b) Vollbad	43,30
23	Heiße Rolle, auch einschließlich Nachruhe	13,60	31	Balneo-Phototherapie, auch Sole-Phototherapie oder Licht-Öl-Bad, jeweils auch einschließlich Nachfetten und Nachruhe	43,30
24	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile, auch einschließlich Nachruhe,		32	Medizinische Bäder mit Zusatz	
	— bei Anwendung von Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm oder Schlick			a) Hand- oder Fußbad	8,80 ⁶⁾
	— Teilpackung	36,20		b) Teilbad, auch einschließlich Nachruhe	17,60 ⁶⁾
	— Großpackung	47,80		c) Vollbad, auch einschließlich Nachruhe	24,40 ⁶⁾
	— bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60	d)	Weitere Zusätze, je Zusatz	4,10
	b) Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), auch einschließlich Nachruhe	19,70	33	Gashaltige Bäder	
	c) Kaltpackung			a) Gashaltiges Bad, auch einschließlich Nachruhe	25,70
	— bei Anwendung von Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm oder Schlick	20,30		b) Gashaltiges Bad mit Zusatz, auch einschließlich Nachruhe	
	— bei Anwendung von Lehm, Quark o. Ä.	10,20		— mit einem Zusatz	29,70 ⁶⁾
	d) Heublumensack, Peloidkompressen	12,10		— weitere Zusätze, je Zusatz	4,10
	e) Trockenpackung	4,10		c) Kohlendioxidgasbad, auch einschließlich Nachruhe	27,70
	f) sonstige Packungen (z. B. Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	6,10		d) Radon-Bad, auch einschließlich Nachruhe	24,40
25	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10		e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
				VI. Kälte- und Wärmetherapie	
			34	Behandlung eines oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompresse, tiefgekühltem Eis- oder Gelbeutel, direkter Abreibung, Kaltgas oder Kaltluft oder Eisteilbad in Fuß- oder Armbadewanne, Richtwert ²⁾ 10 Minuten	12,90
			35	Behandlung eines oder mehrerer Körperteile mit Heißluft, Richtwert ²⁾ 20 Minuten	7,50
			36	Ultraschall-Wärmetherapie	11,90

Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)	Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)
	VII. Elektrotherapie				
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Stromstärken und Frequenzen	8,20		— bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70
38	Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60		— bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40
39	Iontophorese	8,20		bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit	
40	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90		— bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70
41	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz, auch einschließlich Nachruhe	29,00	47	Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	VIII. Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie^{7) 8)}			a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	16,00
42	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00		b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert ²⁾ 45 Minuten	20,60
43	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- oder Schluckstörungen			c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert ²⁾ 90 Minuten	37,90
	a) Richtwert ²⁾ 30 Minuten	41,80		d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungs-erprobung, Richtwert ²⁾ 180 Minuten	70,20
	b) Richtwert ²⁾ 45 Minuten	59,00	48	Hirnleistungstraining als neuro-psychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	46,20
	c) Richtwert ²⁾ 60 Minuten	68,90	49	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert ²⁾ 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60
	d) Richtwert ²⁾ 90 Minuten	103,40		X. Podologische Therapie	
44	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- oder Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer		50	Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert ²⁾ 45 Minuten	50,40	51	Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert ²⁾ 45 Minuten	34,60	52	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert ²⁾ 90 Minuten	67,60	53	Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert ²⁾ 90 Minuten	56,10	54	Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung an beiden Füßen	41,60
	IX. Ergotherapie		55	Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung an einem Fuß	26,70
45	Funktionsanalyse und Erstgespräch, auch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80	56	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxspange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrekturspange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60
46	Einzelbehandlung		57	Regulierung der Orthonyxspange nach Ross-Fraser, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert ²⁾ 30 Minuten	41,80	58	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxspange nach Ross-Fraser infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell, einteilig, einschließlich Applikation	64,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert ²⁾ 45 Minuten	54,80	59	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxspange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert ²⁾ 60 Minuten	72,30	60	Versorgung mit einer konfektionierten Klebspange, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungs-erprobung, Richtwert ²⁾ 120 Minuten	128,20			
	e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal je Behandlungsfall				
	aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit				

Nr.	Heilmittel, Voraussetzungen	Höchstbetrag (in Euro)
XI. Ernährungstherapie⁷⁾ 8)		
61	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert ²⁾ 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	66,00
62	Einzelbehandlung, Richtwert ²⁾ 30 Minuten je Einheit ⁹⁾	33,00
63	Gruppenbehandlung, Richtwert ²⁾ 30 Minuten je Einheit ⁹⁾ , je Teilnehmerin oder Teilnehmer	11,00
XII. Sonstiges		
64	Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) ¹⁰⁾ bei ausgeprägter cerebraler Bewegungsstörung (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung	25,70
65	Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) ¹⁰⁾ bei nach Abschluss der Hirnreife erworbener ausgeprägter cerebraler Bewegungsstörung (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung	33,80
66	Therapeutisches Reiten (Hippotherapie) ¹⁰⁾ bei angeborener oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbener ausgeprägter cerebraler Bewegungsstörung (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung	45,30 ⁴⁾ .

b) Die Fußnote 6 erhält folgende Fassung:

„⁶⁾ Die Höchstbeträge erhöhen sich um bis zu 4,10 Euro, wenn bei dem Bad ein ortsgebundenes Heilwasser verwendet wird.“

Artikel 7

Weitere Änderung
der Niedersächsischen Beihilfeverordnung

Die Niedersächsische Beihilfeverordnung vom 7. November 2011 (Nds. GVBl. S. 372), zuletzt geändert durch Artikel 6 dieser Verordnung, wird wie folgt geändert:

1. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 5 wird der folgende Satz 3 angefügt:

„³⁾Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung wird bei überwiegend durchgeführter Einzelbehandlung eine in Gruppenbehandlung durchgeführte Sitzung als Sitzung der Einzelbehandlung und bei überwiegend durchgeführter Gruppenbehandlung eine in Einzelbehandlung durchgeführte Sitzung als Sitzung der Gruppenbehandlung auf die anerkannte Anzahl der Sitzungen angerechnet.“

b) Es werden die folgenden neuen Absätze 6 und 7 eingefügt:

„(6) Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die bei einer Person erbracht werden, die das 21. Lebensjahr vollendet hat, sind nur beihilfefähig, wenn die psychotherapeutische Behandlung vor Beginn des 21. Lebensjahres begonnen wurde und die Fortsetzung der Behandlung zur Sicherung des Therapieerfolgs erforderlich ist.

(7) ¹⁾Aufwendungen für ambulante Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie

in Form einer psychotherapeutischen Akutbehandlung sind je Krankheitsfall für bis zu 24 Sitzungen beihilfefähig, wenn die Leistung von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten erbracht wird, die oder der die in Anlage 3 genannten Anforderungen für die Durchführung der jeweiligen Behandlung erfüllt. ²⁾Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Ärztin, der Arzt, die Therapeutin oder der Therapeut die Notwendigkeit der psychotherapeutischen Akutbehandlung bescheinigt; eine Anerkennung nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 ist nicht erforderlich. ³⁾Die Aufwendungen sind darüber hinaus nur beihilfefähig, wenn eine Sitzung mindestens 25 Minuten dauert. ⁴⁾Werden in die Behandlung Bezugspersonen einbezogen, so sind auch die insoweit entstandenen Aufwendungen beihilfefähig. ⁵⁾Wird das Behandlungsziel innerhalb der psychotherapeutischen Akutbehandlung nicht erreicht, so sind Aufwendungen für weitere ambulante Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie nach § 14 oder § 15 nur beihilfefähig, wenn die Ärztin, der Arzt, die Therapeutin oder der Therapeut die Notwendigkeit und die Art der Weiterbehandlung, die Anzahl und die Frequenz der weiteren Sitzungen eingehend begründet und die Festsetzungsstelle aufgrund eines Gutachtens vor Beginn der weiteren Behandlung die Notwendigkeit und die Anzahl weiterer Sitzungen anerkannt hat. ⁶⁾Die im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung durchgeführten Sitzungen sind bei der Anerkennung weiterer Sitzungen nach § 14 Abs. 1 oder § 15 Abs. 1 anzurechnen.“

c) Die bisherigen Absätze 6 und 7 werden Absätze 8 und 9.

2. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(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	Gruppenbehandlung
Regelfall	bis zu 60 Sitzungen	bis zu 60 Sitzungen
in besonderen Fällen	bis zu weitere 40 Sitzungen	bis zu weitere 20 Sitzungen;

2. Analytische Psychotherapie bei Erwachsenen:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	bis zu 160 Sitzungen	bis zu 80 Sitzungen
in besonderen Fällen	bis zu weitere 140 Sitzungen	bis zu weitere 70 Sitzungen;

3. Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	bis zu 70 Sitzungen	bis zu 60 Sitzungen
in besonderen Fällen	bis zu weitere 80 Sitzungen	bis zu weitere 30 Sitzungen;

4. Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie bei Jugendlichen ab Vollendung des 14. Lebensjahres bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres:

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	bis zu 90 Sitzungen	bis zu 60 Sitzungen
in besonderen Fällen	bis zu weitere 90 Sitzungen	bis zu weitere 30 Sitzungen.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Der bisherige Satz 1 wird einziger Satz.
- bb) Die Sätze 2 und 3 werden gestrichen.
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) Der bisherige Wortlaut wird Satz 1 und wie folgt geändert:
Die Angabe „18. Lebensjahres“ wird durch die Angabe „21. Lebensjahres“ ersetzt.
- bb) Es werden die folgenden Sätze 2 und 3 angefügt:
„²Werden bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie bei Erwachsenen Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen, so sind die insoweit entstandenen Aufwendungen beihilfefähig. ³Die Sitzung mit der Bezugsperson wird auf die für die zu behandelnde Person anerkannte Anzahl der Sitzungen angerechnet.“

3. § 15 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:
„(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte) sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

	Einzel- behandlung	Gruppen- behandlung
Regelfall	bis zu 60 Sitzungen	bis zu 60 Sitzungen
in besonderen Fällen	bis zu weitere 20 Sitzungen	bis zu weitere 20 Sitzungen.“

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) Der bisherige Satz 1 wird einziger Satz.
- bb) Die Sätze 2 und 3 werden gestrichen.
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) Der bisherige Wortlaut wird Satz 1 und wie folgt geändert:
Die Angabe „18. Lebensjahres“ wird durch die Angabe „21. Lebensjahres“ ersetzt.
- bb) Es werden die folgenden Sätze 2 und 3 angefügt:
„²Werden bei Verhaltenstherapie bei Erwachsenen Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen, so sind die insoweit entstandenen Aufwendungen beihilfefähig. ³Die Sitzung mit der Bezugsperson wird auf die für die zu behandelnde Person anerkannte Anzahl der Sitzungen angerechnet.“

4. In § 18 Abs. 1 werden die bisherigen Sätze 4 bis 6 durch die folgenden neuen Sätze 4 und 5 ersetzt:

„⁴Als Fahrtkosten werden bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs 0,30 Euro je Kilometer und im Übrigen die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Verkehrsmittels berücksichtigt. ⁵Werden mehrere Personen einer häuslichen oder sozialen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang behandelt, so sind die Auf-

wendungen für den Hausbesuch nur bis zur Höhe von 6,10 Euro je Person zuzüglich Fahrtkosten beihilfefähig, wobei die Fahrtkosten nur einmal und abhängig von der Anzahl der behandelten Personen nur anteilig beihilfefähig sind.“

5. § 19 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift erhält folgende Fassung:

„§ 19

Komplextherapien, integrierte Versorgung“.

- b) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.
- c) Es wird der folgende Absatz 2 angefügt:

„(2) Aufwendungen für Leistungen, die verschiedene Leistungssektoren übergreifend oder interdisziplinär fachübergreifend erbracht und pauschal abgerechnet werden (integrierte Versorgung), sind bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund von Verträgen nach § 140 a SGB V oder von den privaten Krankenversicherungsunternehmen aufgrund von Vereinbarungen zu tragen sind, beihilfefähig.“

6. § 21 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach der Angabe „§ 2 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung“ der Klammerzusatz „(BPfIV)“ und nach dem Wort „vollstationären“ ein Komma und das Wort „stationsäquivalenten“ eingefügt.
- b) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

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

1. bei Indikationen,

- a) für die eine Fallpauschale nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 KHEntgG) 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, oder
- b) für die eine tagesbezogene Bewertungsrelation nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 BPfIV) vereinbart ist, bis zur Höhe des Betrages, der sich aus der Multiplikation der tagesbezogenen Bewertungsrelation mit dem Basisentgeltwert eines dem Wohnort der behandelten Person nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung, das eine medizinisch gleichwertige Behandlung anbietet, und der Anzahl der abrechenbaren Tage ergibt,

2. im Übrigen

- a) für die Fachgebiete Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin bis zur Höhe des Betrages, der sich aus der Multiplikation einer Bewertungsrelation von
- aa) 1,00 bei vollstationärer Behandlung,
- bb) 0,75 bei teilstationärer Behandlung oder
- cc) 0,80 bei stationsäquivalenter Behandlung mit dem Basisentgeltwert eines dem Wohnort der behandelten Person nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung, das eine

medizinisch gleichwertige Behandlung angeboten, und der Anzahl der abrechenbaren Tage ergibt,

- b) für die Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychotherapie bis zur Höhe des Betrages, der sich aus der Multiplikation einer Bewertungsrelation von
 - aa) 1,50 bei vollstationärer Behandlung,
 - bb) 1,00 bei teilstationärer Behandlung oder
 - cc) 1,20 bei stationsäquivalenter Behandlung mit dem Basisentgeltwert eines dem Wohnort der behandelten Person nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung, das eine medizinisch gleichwertige Behandlung anbietet, und der Anzahl der abrechenbaren Tage ergibt, und
- c) für Fachgebiete, die in den Buchstaben a und b nicht genannt sind, bis zur Höhe der entsprechenden tages- oder fallbezogenen Entgelte für eine medizinisch gleichwertige Behandlung in einem dem Wohnort der behandelten Person nächstgelegenen Krankenhaus der Maximalversorgung, das eine medizinisch gleichwertige Behandlung anbietet.

²Werden Leistungen, für die bundeseinheitlich ein Zusatzentgelt nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 BPflV) oder ein ergänzendes Tagesentgelt vereinbart sind, in Anspruch genommen, so erhöht sich der nach Satz 1 Nr. 1 Buchst. b oder Nr. 2 Buchst. a oder b ermittelte Betrag um das jeweilig vereinbarte Entgelt. ³Vor 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. ⁴Abweichend 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.“

7. In § 23 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchst. b wird die Angabe „Nrn. 1 bis 3“ durch die Angabe „Nrn. 1 bis 4“ ersetzt.

8. § 25 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 Nr. 1 erhält folgende Fassung:

„1. die oder der Beihilferechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen oder ärztlich oder psychotherapeutisch verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder“.

bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „ärztlicher“ die Worte „oder psychotherapeutischer“ eingefügt.

b) Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

aa) Am Ende des Buchstabens a wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.

bb) Es wird der folgende neue Buchstabe b eingefügt:

„b) einer Psychologischen Psychotherapeutin, einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder“.

cc) Der bisherige Buchstabe b wird Buchstabe c.

c) In Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „ärztlicher“ die Worte „oder psychotherapeutischer“ eingefügt.

9. In § 26 Abs. 2 Satz 1 werden nach dem Wort „ärztlich“ ein Komma und die Worte „zahnärztlich oder psychotherapeutisch“ eingefügt.

10. § 29 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Es wird die folgende neue Nummer 2 eingefügt:

„2. stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäusern und Einrichtungen im Sinne der Nummer 1 im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Strahlen- oder Chemotherapie (Anschlussrehabilitation),“.

bb) Die bisherigen Nummern 2 bis 5 werden Nummern 3 bis 6.

b) Absatz 2 Sätze 1 und 2 erhält folgende Fassung:

„¹Die Aufwendungen für die in Absatz 1 Nrn. 1 und 3 bis 6 genannten Rehabilitationsmaßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn eine ärztliche oder psychotherapeutische Verordnung vorliegt. ²Aufwendungen für eine Anschlussrehabilitation sind nur beihilfefähig, wenn eine ärztliche Verordnung, die Art, Dauer und Inhalt der Maßnahme bestimmt, vorliegt.“

c) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Krankenhausbehandlung“ die Worte „oder nach einer ambulanten Strahlen- oder Chemotherapie“ eingefügt.

d) In Absatz 4 wird die Angabe „Nr. 1“ durch die Angabe „Nr. 1 oder 2“ ersetzt.

e) Absatz 5 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„¹Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Nrn. 1 und 3 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.“

f) Absatz 6 erhält folgende Fassung:

„(6) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Nrn. 1 und 3 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.“

11. § 30 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird vor dem Wort „Anschlussrehabilitation“ das Wort „stationären“ eingefügt und es wird die Angabe „Nr. 3“ durch die Angabe „Nr. 4“ ersetzt.

bb) Die Sätze 3 und 4 erhalten folgende Fassung:

„³Aufwendungen für eine Fahrt, auch einer Begleitperson, im Zusammenhang mit einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 oder 3 sind entsprechend § 26 Abs. 4 bis zu einem Betrag in Höhe von 200 Euro für die Hin- und die Rückfahrt beihilfefähig. ⁴Aufwendungen für Fahrten, auch einer Begleitperson, im Zusammenhang mit einer ambulanten Anschlussrehabilitation oder mit einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1 Nr. 5 sind entsprechend § 26 Abs. 4 bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 200 Euro beihilfefähig.“

- b) In Absatz 2 wird die Angabe „Nrn. 1 bis 3“ durch die Angabe „Nrn. 1 bis 4“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 Nr. 2 wird das Wort „sonstigen“ gestrichen.
- d) Absatz 5 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„¹Führen Beihilfeberechtigte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder im Ausland eingesetzt sind, oder ihre mit ihnen im Ausland lebenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1 Nr. 1, 3 oder 4 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.“

- 12. Dem § 34 Abs. 6 werden die folgenden Sätze 3 und 4 angefügt:

„³Ist die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner selbst beihilfeberechtigt, so bleiben in den Fällen des Absatzes 5 Satz 2 Nr. 3 ihre oder seine Einnahmen unberücksichtigt. ⁴Satz 3 gilt entsprechend, wenn nach § 80 Abs. 3 Sätze 2 und 4 NBG keine Beihilfe gewährt wird.“

- 13. § 36 Satz 3 wird gestrichen.
- 14. § 45 Abs. 2 Nr. 2 erhält folgende Fassung:

„2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 29 Abs. 1 Nrn. 1, 3 und 4.“

- 15. Dem § 48 Abs. 1 werden die folgenden Sätze 5 und 6 angefügt:

„⁵Wird der Antrag nach Ablauf der Frist nach Satz 1 gestellt, so ist auf Antrag der oder des Beihilfeberechtigten unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 2 bis 4 des Verwaltungsverfahrensgesetzes Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, wenn sie oder er wegen höherer Gewalt verhindert war, die Frist einzuhalten. ⁶Würde die Nichtgewährung von Beihilfe wegen Versäumens der Frist zu einer unzumutbaren Härte führen, so ist die Fristversäumnis unbeachtlich.“

- 16. Nach § 51 wird der folgende § 51 a eingefügt:

„§ 51 a

Direktabrechnung

¹Hat der Dienstherr oder die juristische Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, die direkte Abrechnung von Leistungen vereinbart, so kann die Festsetzungsstelle an diese Zahlungen in Höhe des Beihilfeanspruchs leisten (Direktabrechnung). ²Die Direktabrechnung ist nur zulässig, wenn

- 1. die oder der Beihilfeberechtigte diese beantragt und sich mit der direkten Klärung von Fragen zwischen der Festsetzungsstelle und den Personen und Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, einverstanden erklärt und

- 2. die behandelte beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person die Person oder Einrichtung, die Leistungen erbringt oder Rechnungen ausstellt, im Einzelfall von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Festsetzungsstelle entbindet.“

- 17. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

- a) Es werden die folgenden Spiegelstriche in alphabetischer Reihenfolge eingefügt:

„— Chelat-Therapie

Aufwendungen sind beihilfefähig bei Behandlung von schwerwiegender Schwermetallvergiftung, Morbus Wilson oder Siderose.

— Radiale Extracorporale Stoßwellentherapie (rESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich

Aufwendungen sind beihilfefähig bei Behandlung der Faszitis plantaris oder der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis. Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich nach Nummer 302 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte und dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte. Aufwendungen für Zuschläge sind nicht beihilfefähig.“

- b) Beim neuen dritten Spiegelstrich erhält Satz 1 folgende Fassung:

„Aufwendungen sind beihilfefähig bei Behandlung der Tendinosis calcarea, der Pseudarthrose, der Faszitis plantaris, der therapierefraktären Achillodynie oder der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis.“

- c) Beim neuen vierten Spiegelstrich werden nach dem Wort „Ischämie“ ein Komma und die Worte „therapierefraktärem diabetischen Fußsyndrom (ab Wagner-Stadium II)“ eingefügt.

- 18. Die Tabelle der Anlage 4 wird wie folgt geändert:

- a) Es werden die folgenden Medizinprodukte in alphabetischer Reihenfolge eingefügt:

Medizinprodukt	Anwendungsfälle
„ALCON BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
BD PosiFlush™ SP	Zur Spülung eines in-situ Gefäßzugangssystems außerhalb eines sterilen Umfelds.
BD PosiFlush™ XS	Zur Spülung eines in-situ Gefäßzugangssystems; bei Verwendung einer aseptischen Technik auch innerhalb eines sterilen Umfelds.
Hedrin® Once Liquid Gel	Zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall bei Kindern ab Vollendung des 5. Lebensmonats bis vor Vollendung des 12. Lebensjahres und bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen vor Vollendung des 18. Lebensjahres.
Kochsalz 0,9 % Inhalat Pädia®	Zur Verwendung als Trägerlösung bei Inhalaten, in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.

MOVICOL® aromafrei	<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® V	<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.“

- b) Die Medizinprodukte „Macrogol-CT Abführpulver“ und „Prädiasalin® 0,9 %“ werden gestrichen.
- c) Die Bezeichnung des Medizinprodukts „Ampuwa® für Spülzwecke“ wird durch die Bezeichnung „Ampuwa® Spüllösung“ ersetzt.

19. Anlage 7 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Unter dem Buchstaben A wird im vorletzten Spiegelstrich das Wort „Auftriebhilfe“ durch das Wort „Auftriebshilfe“ ersetzt.
 - bb) Unter dem Buchstaben C wird das folgende Hilfsmittel alphabetisch eingefügt:
 - „– Cochlea-Implantat einschließlich Zubehör“.
 - cc) Unter dem Buchstaben E wird im zweiten Spiegelstrich das Wort „Querschnittsgelähmten“ durch das Wort „Querschnittgelähmten“ ersetzt.
 - dd) Unter dem Buchstaben H werden im vorletzten Spiegelstrich im Satz 1 das Semikolon und der anschließende Halbsatz gestrichen.
 - ee) Unter dem Buchstaben R wird das folgende Hilfsmittel alphabetisch eingefügt:

„– Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige“.

ff) Unter dem Buchstaben U wird das folgende Hilfsmittel alphabetisch eingefügt:

„– Umfeldkontrollgerät und Umweltkontrollgerät, einschließlich Empfänger“.

- b) In Nummer 5.2.4 wird das Wort „dystropischen“ durch das Wort „dystrophischen“ ersetzt.
- c) In Nummer 5.2.5 wird im Buchstaben b das Komma nach dem Wort „Augenmuskelparesen“ gestrichen und es wird ein Komma nach dem Wort „Ziel“ eingefügt.

20. Anlage 8 wird wie folgt geändert:

- a) Unter dem Buchstaben H werden im siebten Spiegelstrich nach dem Wort „Hausnotrufsystem“ ein Komma und die Worte „wenn nicht von § 35 Abs. 3 Satz 1 erfasst“ angefügt.
- b) Unter dem Buchstaben U wird das Hilfsmittel „Umweltkontrollgerät“ gestrichen.

21. Anlage 10 Abschnitt I wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Wortlaut wird Buchstabe A und wie folgt geändert:
 - aa) Die Überschrift erhält folgende Fassung:
 - „Früherkennung für Personen, die mit einem erhöhten Risiko der Erkrankung an Brust- oder Eierstockkrebs erblich belastet sind“.
 - bb) Nummer 2 erhält folgende Fassung:
 - „2. Aufwendungen für einen prädiktiven Gentest sind beihilfefähig
 - a) für eine Untersuchung einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall) bis zur Höhe von 3 500 Euro und
 - b) für eine Untersuchung einer gesunden Person auf eine mutierte Gensequenz bis zur Höhe von 250 Euro.“
 - cc) Nummer 4 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Es werden die folgenden Einrichtungen in alphabetischer Reihenfolge eingefügt:
 - „– Erlangen
 - Universitätsklinikum Erlangen
 - Greifswald
 - Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Humangenetik“.
 - bbb) Bei den Orten „Heidelberg“ und „Regensburg“ wird jeweils das Wort „Universität“ durch das Wort „Universitätsklinikum“ ersetzt.
 - b) Es wird der folgende Buchstabe B angefügt:
 - „B) Früherkennung für Personen, die mit einem erhöhten Risiko der Erkrankung an Darmkrebs in Form des Lynch-Syndroms erblich belastet sind
 - 1. Aufwendungen für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, einschließlich Erhebung des Familienbefundes und Organisation der diagnostischen Abklärung, sind einmalig bis zur Höhe von 600 Euro beihilfefähig, wenn in der Familie mindestens eins der Revidierten Bethesda-Kriterien erfüllt ist. Aufwendungen für die Beratung eines weiteren Familienmitglieds sind einmalig bis zur Höhe von 300 Euro beihilfefähig.

2. Aufwendungen für Tumorgewebsdiagnostik in Form einer immunhistochemischen Untersuchung an Tumorgewebe hinsichtlich der Expression der Mismatch-Reparatur-Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS einschließlich einer notwendigen Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe sind bis zur Höhe von insgesamt 750 Euro beihilfefähig.
3. Aufwendungen für eine Genanalyse in Form der Untersuchung auf Keimbahnmutation bei einer am Lynch-Syndrom erkrankten Person (Indexfall) sind bis zur Höhe von 3 500 Euro beihilfefähig, wenn mindestens eins der Revidierten Bethesda-Kriterien erfüllt ist und eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR-Mutation hinweist, vorliegt. Liegt eine abgeschlossene Tumordiagnostik nicht vor, so sind die Aufwendungen für eine Genanalyse nach § 5 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 beihilfefähig. Aufwendungen für die prädiktive oder diagnostische Testung eines weiteren Familienmitglieds auf eine in der Familie bekannte Genmutation sind einmalig bis zur Höhe von 350 Euro beihilfefähig.
4. Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Leistungen in einer der folgenden Einrichtungen erbracht werden:
 - Berlin
 - Charité-Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hepatologie und Gastroenterologie (einschließlich Arbeitsbereich Stoffwechselerkrankungen)
 - Bochum
 - Universitätsklinikum Knappschafts-krankenhaus Bochum
 - Bonn
 - Universität Bonn, Institut für Human-genetik, Biomedizinisches Zentrum
 - Dresden
 - Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Abteilung Chirurgische Forschung
 - Düsseldorf
 - Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Humangenetik und Anthropologie
 - Heidelberg
 - Universitätsklinikum Heidelberg, Pathologisches Institut, Abteilung für Angewandte Tumorbiologie
 - München
 - Ludwig-Maximilians-Universität München, Medizinische Klinik und Poliklinik IV
 - Regensburg
 - Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Chirurgie
 - Tübingen
 - Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Medizinische Genetik und Angewandte Genomik
 - Ulm
 - Universitätsklinikum Ulm, Institut für Humangenetik“

Artikel 8

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Oktober 2019 in Kraft.

(2) Abweichend von Absatz 1 treten

1. Artikel 1 mit Wirkung vom 1. Oktober 2016,
2. Artikel 2 mit Wirkung vom 1. Januar 2017,
3. Artikel 3 mit Wirkung vom 1. Juli 2017,
4. Artikel 4 mit Wirkung vom 17. Oktober 2017,
5. Artikel 5 mit Wirkung vom 1. August 2018 und
6. Artikel 6 mit Wirkung vom 1. Januar 2019 in Kraft.

Hannover, den 15. August 2019

Die Niedersächsische Landesregierung

Weil Hilbers

V e r o r d n u n g
zur Änderung der Verordnung über den Kurbeitrag
im Staatsbad Pyrmont

Vom 19. August 2019

Aufgrund des § 18 Abs. 4 Satz 1 des Niedersächsischen Verwaltungskostengesetzes in der Fassung vom 25. April 2007 (Nds. GVBl. S. 172), zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 15. Dezember 2016 (Nds. GVBl. S. 301), wird verordnet:

Artikel 1

Die Anlage (zu § 4 Abs. 1) der Verordnung über den Kurbeitrag im Staatsbad Pyrmont vom 1. Juni 2007 (Nds. GVBl. S. 211), geändert durch Verordnung vom 4. Juli 2008 (Nds. GVBl. S. 261), erhält die aus der **Anlage** ersichtliche Fassung.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Hannover, den 19. August 2019

Niedersächsisches Finanzministerium

Hilbers

Minister

Höhe des Kurbeitrags in Euro¹⁾

		Personen ohne Behinderung und Personen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50	Personen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50
1.	Eine Person, die im Erhebungsgebiet weder eine Haupt- noch eine Nebenwohnung hat, zahlt		
1.1	vom 1. bis 42. Tag ²⁾ des Aufenthalts		
1.1.1	je Tag ²⁾)	3,40	3,00
1.1.2	als mitreisende Ehepartnerin oder als mitreisender Ehepartner oder als mitreisende Lebenspartnerin oder als mitreisender Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder als mit mindestens einem Elternteil reisendes volljähriges Kind	2,50	2,15
	neben einer Person, die den Beitrag nach Nummer 1.1.1 zahlt, je Tag ²⁾)		
1.2	bei einem Aufenthalt an mehr als 42 Tagen innerhalb eines Jahres		
1.2.1	für ein Jahr (Jahreskurkarte)	142,80 ³⁾	126,00 ³⁾
1.2.2	als mitreisende Ehepartnerin oder als mitreisender Ehepartner oder als mitreisende Lebenspartnerin oder als mitreisender Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder als mit mindestens einem Elternteil reisendes volljähriges Kind	105,00 ³⁾	90,30 ³⁾
	neben einer Person, die den Beitrag nach Nummer 1.2.1 zahlt, für ein Jahr (Jahreskurkarte)		
2.	Eine Person, die im Erhebungsgebiet eine Nebenwohnung hat, zahlt unabhängig von der Dauer des Aufenthalts		
2.1	je Kalenderjahr (Jahreskurkarte)	142,80 ³⁾	126,00 ³⁾
2.2	als Ehepartnerin oder Ehepartner oder als Lebenspartnerin oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschafts- gesetzes oder als volljähriges Kind	105,00 ³⁾	90,30 ³⁾
	neben einer Person, die den Beitrag nach Nummer 2.1 zahlt, je Kalenderjahr (Jahreskurkarte)		

¹⁾ An- und Abreisetag werden als ein Tag gezählt.

²⁾ Bereits nach Nummer 1.1 im Geltungszeitraum der Jahreskurkarte gezahlte Kurbeiträge werden auf den Jahresbeitrag angerechnet.

³⁾ In den Beträgen ist die Umsatzsteuer (Mehrwertsteuer) enthalten.“



VAKAT

