

# Niedersächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt

---

67. Jahrgang

Ausgegeben in Hannover am 19. Juli 2013

Nummer 13

---

INHALT

Tag		Seite
2. 7. 2013	Verordnung zur Änderung der Niedersächsischen Beihilfeverordnung .....	196 20444

---

**Verordnung**  
**zur Änderung der Niedersächsischen Beihilfeverordnung**

**Vom 2. Juli 2013**

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 12. Dezember 2012 (Nds. GVBl. S. 591), wird verordnet:

Artikel 1

Die Niedersächsische Beihilfeverordnung vom 7. November 2011 (Nds. GVBl. S. 372) wird wie folgt geändert:

1. In § 2 wird in der Überschrift das Wort „Berücksichtigung“ durch das Wort „Berücksichtigung“ ersetzt.
2. § 6 Abs. 6 erhält folgende Fassung:  
„(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.“
3. § 8 Abs. 3 wird wie folgt geändert:
  - a) In Nummer 3 werden das Wort „akutem“ durch das Wort „dringendem“ und am Ende der Punkt durch ein Komma ersetzt.
  - b) Es wird die folgende Nummer 4 angefügt:  
„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. In § 9 Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 wird die Angabe „701 und 702“ durch die Angabe „7010 und 7020“ ersetzt.
5. In § 10 Satz 1 wird die Angabe „708 bis 710“ durch die Angabe „7080 bis 7100“ ersetzt.
6. § 12 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 wird die Satznummerierung „1“ gestrichen.
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) Der bisherige Wortlaut wird Satz 1 und wie folgt geändert:
      - aaa) Nummer 1 erhält folgende Fassung:  
„1. psychische Störung oder Verhaltensstörung durch eine psychotrope Substanz.“
      - bbb) Es wird die folgende neue Nummer 2 eingefügt:  
„2. psychische Störung oder Verhaltensstörung durch ein Opioid bei gleichzeitiger stabiler substituierender Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit.“
    - ccc) Die bisherigen Nummern 2 bis 5 werden Nummern 3 bis 6.
  - bb) Es werden die folgenden Sätze 2 und 3 angefügt:  
„<sup>2</sup>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.

<sup>3</sup>Wird Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz innerhalb von zehn Sitzungen nicht erreicht, so sind die Aufwendungen für höchstens zehn Sitzungen beihilfefähig.“

- c) In Absatz 3 Satz 1 werden im einleitenden Satzteil nach dem Wort „Beihilfe“ die Worte „für Aufwendungen für ambulante Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie sowie für ambulante Leistungen der Verhaltenstherapie“ eingefügt.
  - d) In Absatz 4 Satz 2 wird das Wort „Eine“ durch die Worte „Aufwendungen für eine“ und das Wort „ist“ durch das Wort „sind“ ersetzt.
7. § 17 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „Verbandmittel“ die Worte „sowie Medizinprodukte“ eingefügt und die Zahl „9“ durch die Zahl „10“ ersetzt.
  - b) Die Absätze 2 und 3 erhalten folgende Fassung:  
„(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 Terminalphase verordnet 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) <sup>1</sup>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. apothekenpflichtig sind und 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.

<sup>2</sup>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.“

- c) Es wird der folgende neue Absatz 9 eingefügt:

„(9) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Aufwendungen für Elementardiäten, die für Kinder mit Kuhmilchweißallergie bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres verordnet werden, sind beihilfefähig. <sup>3</sup>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.“

- d) Der bisherige Absatz 9 wird Absatz 10 und wie folgt geändert:

aa) Der bisherige Wortlaut wird Satz 1.

bb) Es wird der folgende Satz 2 angefügt:

„<sup>2</sup>Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Harn- und Blutteststreifen.“

8. In § 20 Abs. 2 werden die Worte „die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit der Erstbeschaffung erfolgt“ durch die Worte „als Ersatz ein Gegenstand in einer im Wesentlichen gleichen Ausführung wie der unbrauchbar gewordene Gegenstand innerhalb von sechs Monaten nach der Erstbeschaffung angeschafft wird“ ersetzt.

9. § 21 wird wie folgt geändert:

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

„<sup>3</sup>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.“

- b) Es wird der folgende neue Absatz 4 eingefügt:

„(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.“

- c) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.

10. § 22 wird wie folgt geändert:

- a) Es wird der folgende neue Absatz 3 eingefügt:

„(3) <sup>1</sup>Aufwendungen für eine nach ärztlicher Verordnung nicht nur vorübergehend erforderliche häusliche Krankenpflege sind bis zur Höhe der von den gesetzli-

chen Krankenkassen erstatteten Kosten beihilfefähig, wenn die häusliche Krankenpflege zur Sicherung eines ärztlichen Behandlungsziels (Behandlungssicherungs- pflege) verordnet wird. <sup>2</sup>Die Behandlungssicherungs- pflege umfasst Behandlungspflege und notwendige verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflege- maßnahmen, die bei der Feststellung einer Pflegebe- dürftigkeit nach § 15 Abs. 3 Satz 2 des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) zu berücksichtigen sind. <sup>3</sup>Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. <sup>4</sup>Bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, für die Beihilfe für Aufwendungen für eine vollstatio- näre Pflege nach § 34 gewährt wird und die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an Behandlungssicherungs- pflege haben, gelten die Sätze 1 und 2 entsprechend. <sup>5</sup>Die Sätze 1 und 2 gelten auch entsprechend für Bei- hilferechtigte und berücksichtigungsfähige Angehö- rige, die sich zur Durchführung der Behandlungssiche- rungspflege vorübergehend in einer Pflegeeinrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft aufhalten.“

- b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

11. § 23 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 Buchst. b wird die Angabe „Nrn. 1 bis 4“ durch die Angabe „Nrn. 1 bis 3“ ersetzt.

- b) Es wird der folgende neue Absatz 3 eingefügt:

„(3) Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind bis zur Höhe der Kosten, die von den gesetzlichen Kran- kenkassen 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 Weiterfüh- rung des Haushalts gehindert ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiter- führen kann.“

- c) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4 und erhält fol- gende Fassung:

„(4) Absatz 1 Satz 1 Nr. 3, Absatz 2 Satz 2 und Ab- satz 3 gelten für Beihilfeberechtigte und berücksichti- gungsfähige Angehörige, in deren Haushalt keine wei- tere Person lebt, entsprechend.“

- d) Die bisherigen Absätze 4 und 5 werden Absätze 5 und 6.

12. In § 26 Abs. 4 Satz 1 wird das Wort „Verkehrsmittels“ durch das Wort „Verkehrsmittels“ ersetzt.

13. In § 27 Abs. 3 wird die Satznummerierung „<sup>14</sup>“ gestrichen.

14. § 29 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 2 wird gestrichen.

bb) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 2 und er- hält folgende Fassung:

„2. medizinische Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter, auch in Form von Mutter- Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnah- men, in Einrichtungen des Müttergenesungs- werks oder gleichartigen Einrichtungen,“.

cc) Die bisherigen Nummern 4 bis 6 werden Num- mern 3 bis 5.

- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Nrn. 1 bis 3“ durch die Angabe „Nrn. 1 und 2“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Zahl „2“ durch die Zahl „4“ er- setzt.

- c) In Absatz 6 wird die Angabe „Nrn. 1 bis 3“ durch die Angabe „Nrn. 1 und 2“ ersetzt.

15. § 30 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 wird die Zahl „4“ durch die Zahl „3“ ersetzt.
  - bb) In Satz 3 wird die Angabe „Nr. 1, 2 oder 3“ durch die Angabe „Nr. 1 oder 2“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 wird die Zahl „4“ durch die Zahl „3“ ersetzt.
- c) In Absatz 5 Satz 1 wird die Zahl „4“ durch die Zahl „3“ ersetzt.

16. § 32 wird wie folgt geändert:

- a) Es wird der folgende neue Absatz 1 eingefügt:
 

„(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.“
- b) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 2 und wie folgt geändert:
 

In Satz 1 werden die Worte „des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB XI)“ durch die Angabe „SGB XI“ ersetzt.

17. § 33 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) Der bisherige Wortlaut wird Satz 1.
  - bb) Es wird der folgende Satz 2 angefügt:
 

„<sup>2</sup>§ 36 Abs. 4 Satz 1 SGB XI ist entsprechend anzuwenden.“
- b) Dem Absatz 3 werden die folgenden Sätze 3 bis 5 angefügt:
 

„<sup>3</sup>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. <sup>4</sup>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. <sup>5</sup>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.“

18. § 34 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 2 werden die Worte „in Höhe der pauschalen Leistungsbeträge nach § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI“ durch die Worte „bis zur Höhe der für die Pflegeeinrichtung nach § 85 SGB XI vereinbarten Pflegesätze“ ersetzt.
  - bb) In Satz 3 wird die Angabe „Abs. 3 bis 5“ durch die Angabe „Abs. 4 und 5“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „beihilfefähig“ ein Semikolon und die Worte „der Bemessungssatz beträgt 100 Prozent“ eingefügt.
  - bb) In Satz 2 Nr. 1 werden nach der Angabe „Besoldungsgruppe A 9“ die Worte „zuzüglich des Fami-

lienzuschlags der Stufe 1 nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes in der bis zum 31. August 2006 geltenden Fassung vom 6. August 2002 (BGBl. I S. 3020), zuletzt geändert durch Artikel 3 Abs. 4 des Gesetzes vom 12. Juli 2006 (BGBl. I S. 1466), in der Höhe des Betrages nach Anlage 5 des Niedersächsischen Besoldungsgesetzes und der allgemeinen Stellenzulage nach Vorbemerkung Nr. 27 Abs. 1 Buchst. a Doppelbuchst. bb zu den Bundesbesoldungsordnungen A und B der Anlage I des Bundesbesoldungsgesetzes in der bis zum 31. August 2006 geltenden Fassung vom 6. August 2002 (BGBl. I S. 3020), zuletzt geändert durch Artikel 3 Abs. 4 des Gesetzes vom 12. Juli 2006 (BGBl. I S. 1466), in der Höhe des Betrages nach Anlage 6 des Niedersächsischen Besoldungsgesetzes“ eingefügt.

- c) In Absatz 4 Satz 1 Nr. 7 wird das Wort „Lohnersatzleistungen“ durch das Wort „Entgeltersatzleistungen“ ersetzt.
- d) Absatz 6 erhält folgende Fassung:
 

„(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.“
- e) Es wird der folgende neue Absatz 9 eingefügt:

„(9) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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.

<sup>3</sup>Beihilfe wird in Höhe des Differenzbetrages zwischen dem Mindestbetrag und den verbleibenden Einnahmen nach Satz 1 gewährt.“

- f) Die bisherigen Absätze 9 bis 11 werden Absätze 10 bis 12.

19. § 36 wird wie folgt geändert:

- a) Der bisherige Wortlaut wird Satz 1.
- b) Es wird der folgende Satz 2 angefügt:
 

„<sup>2</sup>§ 34 Abs. 9 gilt entsprechend.“

20. § 38 erhält folgende Fassung:

„§ 38

Vorsorge und Prävention

(1) <sup>1</sup>Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut empfohlen sind, sind beihilfefähig. <sup>2</sup>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.

(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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>§ 30 Abs. 1 Sätze 3 und 4, Abs. 2 und 3 Nr. 4, Abs. 4 und 5 ist entsprechend anzuwenden.

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

(6) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>§ 30 Abs. 1 Sätze 3 und 4, 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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für die Teilnahme an bis zu zwei Gesundheits- oder Präventionskursen zu den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum beihilfefähig. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>Je Kurs beträgt die Beihilfe höchstens 75 Euro. <sup>4</sup>Eine Beihilfe wird nicht gewährt, wenn die oder der Beihilferechtmäßige 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.“

21. Nach § 38 werden die folgenden §§ 38 a und 38 b eingefügt:

„§ 38 a

Früherkennung und Überwachung

(1) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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

<sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Für die Landesverwaltung trifft das Fachministerium die Entscheidung über die finanzielle Beteiligung.“

22. § 41 erhält folgende Fassung:

„§ 41

Erste Hilfe, Entseuchung, Organspende  
und Gewebespende

(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, 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 oder von Gewebe in entsprechender Anwendung des Zweiten Teils dieser Verordnung und
  - b) die Aufwendungen für die Erstattung von Verdienstaufschlag 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.“

23. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) <sup>1</sup>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 monat-

lichen Betrages der Mindestversorgung nach § 16 Abs. 3 Sätze 2 und 3 NBeamtVG nicht übersteigt.

<sup>2</sup>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.“

b) Es wird der folgende neue Absatz 5 eingefügt:

„(5) <sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>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.“

c) Die bisherigen Absätze 5 bis 8 werden Absätze 6 bis 9.

24. § 45 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 werden nach dem Wort „Verbandmitteln“ die Worte „sowie Medizinprodukten“ eingefügt.
- b) In Absatz 2 Nr. 2 wird die Angabe „Nrn. 1, 3 und 4“ durch die Angabe „Nrn. 1 bis 3“ ersetzt.
- c) Absatz 4 wird gestrichen.
- d) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 4 und erhält folgende Fassung:

„(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. 3,
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.“

e) Die bisherigen Absätze 6 und 7 werden Absätze 5 und 6.

25. § 46 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 4 wird das Wort „vereiratet“ durch das Wort „verheiratet“ ersetzt.
- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „ärztlich“ die Worte „oder von einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker“ eingefügt.
  - bb) In Satz 2 wird das Wort „Hierbei“ durch die Worte „Bei der Ermittlung, ob der Grenzbetrag überschritten wird,“ ersetzt.

26. In der Anlage 1 werden im zweiten Spiegelstrich die Worte „Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT)“ durch die Worte „Fokussierte Extracorporale Stoßwellentherapie (fESWT)“ ersetzt.

27. In der Anlage 3 wird jeweils in den Nummern 2.2.2, 2.3.2, 2.4.2 und 2.5.2 die Zahl „883“ durch die Zahl „863“ ersetzt.

28. Die Anlage 4 wird wie folgt geändert:

- a) In der Anlagenbezeichnung wird der Klammerzusatz „(zu § 17 Abs. 9)“ durch den Klammerzusatz „(zu § 17 Abs. 10)“ ersetzt.
- b) Die Tabelle wird wie folgt geändert:
  - aa) Es werden die folgenden Medizinprodukte in alphabetischer Reihenfolge eingefügt:

Medizinprodukt	Anwendungsfälle
„EyE-Lotion BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
HEALON5® Viscoelastische Lösung	Zur intraokularen Verwendung bei Augenoperationen am vorderen Augenabschnitt.
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.
MOVICOL®	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorerleiden, 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,</li> <li>— zur Behandlung der Obstipation bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.</li> </ul>

Medizinprodukt	Anwendungsfälle
MOVICOL® flüssig Orange	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Zur Behandlung der Obstipation in Zusammenhang mit Tumorerleiden, 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,</li> <li>— zur Behandlung der Obstipation bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen ab Vollendung des 12. Lebensjahres bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.</li> </ul>
MOVICOL® Junior Schoko	Zur Behandlung der Obstipation bei Kindern ab Vollendung des 2. Lebensjahres bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres.
Nebusal™ 7%	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Kindern ab Vollendung des 6. Lebensjahres.
Sentol®	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.
Z-HYALIN™	Zur Unterstützung intraokularer Eingriffe am vorderen Augenabschnitt bei Kataraktoperationen.“

bb) Bei dem Medizinprodukt Okta-line wird der Zusatz „®“ durch den Zusatz „™“ ersetzt.

29. In Anlage 5 Abschnitt C Nr. 1 erhält der erste Spiegelstrich folgende Fassung:

„— 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,“.

30. In Anlage 7 Nr. 1 wird unter dem Buchstaben P nach dem Hilfsmittel „Perücke“ das folgende Hilfsmittel eingefügt:

„— Pessar, nur bei Inkontinenz zur selbständigen Verwendung“.

31. In der Anlage 8 wird unter dem Buchstaben A der Begriff „Anti-Allergene-Matratzen“ durch den Begriff „Anti-Allergene-Matratzen“ ersetzt.

32. In der Anlage 10 wird in der Anlagenbezeichnung der Klammerzusatz „(zu § 38 Abs. 4)“ durch den Klammerzusatz „(zu § 38 a Abs. 2)“ ersetzt und in der Überschrift werden das Komma und das Wort „Vorsorge“ gestrichen.

---

Artikel 2

(1) Diese Verordnung tritt am 1. August 2013 in Kraft.

(2) Abweichend von Absatz 1 tritt Artikel 1 Nr. 24 Buchst. c mit Wirkung vom 1. Januar 2013 in Kraft.

Hannover, den 2. Juli 2013

**Die Niedersächsische Landesregierung**

Weil            Schneider