

Wolters Kluwer Deutschland GmbH
Wolters-Kluwer-Straße 1 • 50354 Hürth
Postvertriebsstück • 03227 • Entgelt bezahlt • Deutsche Post AG

Herausgeber:

Senatsverwaltung für Justiz,
 Verbraucherschutz und Antidiskriminierung,
 Salzburger Straße 21–25, 10825 Berlin

Redaktion:

Salzburger Straße 21–25, 10825 Berlin
 Telefon: 030/9013 3380, Telefax: 030/9013 2000
 E-Mail: gvbl@senjustva.berlin.de
 Internet: www.berlin.de/senjustva

Verlag und Vertrieb:

Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Wolters-Kluwer-Straße 1, 50354 Hürth
 Telefon: 02233/3760-7000, Telefax 02233/3760-7201
 Kundenservice: Telefon 02631/801-2222,
 E-Mail: info-wkd@wolterskluwer.com
 www.wolterskluwer.com, www.wolterskluwer.de

Druck:

Druckhaus Tecklenborg, Siemensstraße 4, 48565 Steinfurt

Bezugspreis:

Vierteljährlich 17,40 € inkl. Versand und MwSt. bei sechswöchiger Kündigungsfrist zum Quartalsende. Im Bezugspreis ist die Mehrwertsteuer enthalten. Der angewandte Steuersatz beträgt 7% für das Printprodukt und 19% für die Online-Komponente. Laufender Bezug und Einzelhefte durch den Verlag. Preis dieses Heftes 4,80 €

Vierte Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung Vom 7. Dezember 2021

Auf Grund des § 76 Absatz 6 Satz 1 des Landesbeamtengesetzes vom 19. März 2009 (GVBl. S. 70), das zuletzt durch Gesetz vom 17. Dezember 2020 (GVBl. S. 1482) geändert worden ist, verordnet der Senat:

Artikel 1 Änderung der Landesbeihilfeverordnung

Die Landesbeihilfeverordnung vom 8. September 2009 (GVBl. S. 436), die zuletzt durch Verordnung vom 5. Februar 2019 (GVBl. S. 168) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angabe zu § 1 wird wie folgt gefasst:
 „§ 1 Regelungsgegenstand“.
 - b) Die Angabe zu § 9 wird wie folgt gefasst:
 „§ 9 Anrechnung von Leistungen“.
 - c) Die Angabe zu § 18 wird wie folgt gefasst:
 „§ 18 Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung“.
 - d) Nach der Angabe zu § 51 wird folgende Angabe eingefügt:
 „§ 51a Zahlung an Dritte bei Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern“.
 - e) Nach der Angabe zu Anlage 12 wird folgende Angabe eingefügt:
 „Anlage 12a Früherkennungsprogramm für erheblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko“.
2. § 1 wird wie folgt gefasst:

„§ 1
 Regelungsgegenstand

Diese Verordnung regelt die Einzelheiten der Gewährung von Beihilfe nach § 76 Absatz 6 Satz 1 des Landesbeamtengesetzes. Die Beihilfe ergänzt die gesundheitliche Eigenvorsorge, die in der Regel aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.“
3. In § 2 Absatz 2 Satz 1 wird das Wort „Übergangsgebührrnisse,“ gestrichen.
4. § 4 wird wie folgt geändert:
 - a) § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird vor dem Wort „vergleichbarer“ das Wort „einschließlich“ eingefügt.

- bb) In Satz 1 werden hinter den Wörtern „ausländischer Einkünfte“ die Wörter „oder der Gesamtbetrag ihrer vergleichbaren ausländischen Einkünfte“ eingefügt.
- cc) In Satz 1 wird der Betrag 17.000 Euro durch den Betrag 20.000 Euro ersetzt.
- b) § 4 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 werden die Wörter „§ 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit dem Bundesbesoldungsgesetz in der Überleitungsfassung für Berlin“ durch die Wörter „dem Besoldungs- und Versorgungsrecht“ ersetzt.
 - bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:
 „Befinden sich Kinder nach Vollendung des 25. Lebensjahres noch in Schul- oder Berufsausbildung, sind sie weiter berücksichtigungsfähig, wenn die Ausbildung durch einen freiwilligen Wehrdienst nach § 58b des Soldatengesetzes, einen Freiwilligendienst nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz oder dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder einen vergleichbaren anerkannten Freiwilligendienst oder durch eine Tätigkeit als Entwicklungshelfer im Sinne des § 1 Absatz 1 des Entwicklungshelfer-Gesetzes unterbrochen oder verzögert worden ist. Die Dauer der weiteren Berücksichtigungsfähigkeit entspricht der Dauer des abgeleiteten Dienstes, insgesamt höchstens zwölf Monate.“
5. § 6 Absatz 3 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:
 „Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen sind angemessen, wenn sie sich innerhalb des in der einschlägigen Gebührenordnung vorgesehenen Gebührenrahmens halten. Als nicht angemessen gelten Aufwendungen auf Grund einer Vereinbarung nach § 2 der Gebührenordnung für Ärzte, nach § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte oder nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte, soweit sie die gesetzlichen Gebühren übersteigen.“
6. § 8 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:
 „Nicht beihilfefähig sind erbrachte Leistungen nach
 1. dem Dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 2. dem Ersten Abschnitt des Zweiten Kapitels des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch,

3. dem Ersten, Zweiten, Vierten und Fünften Unterabschnitt des Ersten Abschnitts des Dritten Kapitels des Siebten Buches Sozialgesetzbuch,
4. Teil 1 Kapitel 9 und 11 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch.

Satz 1 Nummer 1 gilt nicht bei Kostenerstattung nach § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der familienversicherten Personen nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.“

- b) In Satz 3 werden die Wörter „Sach- und Dienstleistungen“ durch das Wort „Leistungen“ und die Wörter „zustehende Sach- und Dienstleistung“ durch die Wörter „zustehenden Leistungen“ ersetzt.“
7. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 9
Anrechnung von Leistungen“

- b) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:
„Dies gilt nicht für Leistungen
 1. an beihilfeberechtigte Personen, die dem Gemeinsamen Krankheitsfürsorgesystem der Organe der Europäischen Union angehören, oder
 2. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.“

- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 werden die Wörter „Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche“ durch das Wort „Leistungsansprüche“ ersetzt.

- bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Andere Aufwendungen, bei denen der fiktive Leistungsanspruch gegenüber Dritten nicht ermittelt werden kann, sind um 50 Prozent zu kürzen.“

- cc) Satz 4 wird wie folgt geändert:

- aaa) In Nummer 1 werden die Wörter „Erstattungen und Sachleistungen“ durch das Wort „Leistungsansprüche“ ersetzt.

- bbb) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. Leistungsansprüche aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung.“

8. In § 11 Absatz 1 Satz 2 werden nach der Angabe „§ 6 Absatz 3“ die Wörter „Satz 1 bis 3“ eingefügt.

9. § 15a Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Bei einem Wechsel der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden, den die beihilfeberechtigte oder die berücksichtigungsfähige Person zu vertreten hat, bleiben nur die Aufwendungen beihilfefähig, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind.“

10. In § 16 Absatz 1 Satz 1 wird nach dem Wort „Anlage“ die Angabe „1“ eingefügt und die Angabe „40 Prozent“ durch die Angabe „60 Prozent“ ersetzt.

11. § 18 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 18
Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung,
psychotherapeutische Akutbehandlung“

- b) In Absatz 1 wird die Angabe „2 und 3“ durch die Angabe „3 und 4“ ersetzt.

- c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Behandlungen je Krankheitsfall bis zu 51 Euro beihilfefähig. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Personen mit geistiger Behinderung sind Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung unter Einbeziehung von Bezugspersonen bis zu 30 Behandlungen beihilfefähig. Soll sich eine Behandlung nach den §§ 19 bis 20 anschließen, ist § 18a Absatz 3 zu beachten. Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 19 bis 20 anzurechnen.“

- d) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 3 und 4.

- e) In Absatz 3 (neu) wird nach dem Wort „Vor“ das Wort „einer“ eingefügt und das Wort „Psychologische“ gestrichen.

- 11a. § 18a wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „hat“ die Wörter „, es sei denn, dass es sich um eine Kurzzeittherapie handelt“ eingefügt.

- b) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

„(6) Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind ohne Genehmigung durch die Festsetzungsstelle bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet. Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine genehmigungspflichtige Therapie nach den §§ 19 bis 20 anzurechnen.“

- c) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7.

12. § 19 wird wie folgt geändert:

- a) Die Absätze 1 und 2 werden durch die folgenden Absätze 1 bis 4 ersetzt:

„(1) Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren mit ihren beiden Behandlungsformen, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie (Nummern 860 bis 865 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte), sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 40 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

2. analytische Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	160 Sitzungen	80 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 140 Sitzungen	weitere 70 Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	90 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 90 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen

- 4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 80 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend durchgeführten Behandlung. Überwiegt die Einzelbehandlung, werden zwei als Gruppenbehandlung durchgeführte Sitzungen als eine Sitzung Einzelbehandlung gewertet. Überwiegt die Gruppenbehandlung, wird eine als Einzelbehandlung durchgeführte Sitzung als zwei Sitzungen Gruppenbehandlung gewertet.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig.

(3) In Ausnahmefällen kann die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Behandlung auch für eine über die in Absatz 1 Satz 1 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkennen, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.

(4) Aufwendungen für Sitzungen, in die auf Grund einer durch Gutachten belegten medizinischen Notwendigkeit Bezugspersonen einbezogen werden, sind bei Einzelbehandlung bis zu einem Viertel und bei Gruppenbehandlung bis zur Hälfte der bewilligten Anzahl von Sitzungen zusätzlich beihilfefähig, wenn die zu therapierende Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, werden die Sitzungen, in die Bezugspersonen einbezogen werden, in voller Höhe auf die bewilligte Anzahl der Sitzungen angerechnet.“

- b) Die bisherigen Absätze 3 und 4 werden die Absätze 5 und 6.

- 13. § 20 Absatz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„(1) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
in Ausnahmefällen	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

(2) § 19 Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 2 bis 4 gilt entsprechend.“

- 14. In § 22 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe c wird das Wort „Diver tikulitus“ durch das Wort „Divertikulitis“ ersetzt.

- 15. § 23 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete Heilmittel und bei der Anwendung dieser Heilmittel verbrauchte Stoffe sind nach Maßgabe der Anlagen 7 und 8 beihilfefähig.“

- b) In Absatz 2 werden nach dem Wort „ärztlicher“ die Wörter „oder zahnärztlicher“ eingefügt und die Wörter „Absatz 1 Satz 3“ durch die Angabe „Anlage 7“ ersetzt.

- 16. In § 24 Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen“ durch das Wort „Leistungserbringende“ ersetzt.

- 17. § 25 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- 1. Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die
 - a) einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben,
 - b) einen niedrigen Abgabepreis haben,
 - c) der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder
 - d) in Anlage 10 genannt sind, und
- 2. gesondert ausgewiesene Versandkosten.“

- 18. § 26 wird wie folgt gefasst:

„§ 26

Behandlungen in zugelassenen Krankenhäusern

(1) Aufwendungen für Behandlungen in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, soweit sie entstanden sind für

- 1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
- 2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflege-satzverordnung),
- 3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte (§ 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes),
- 4. die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes) und
- 5. für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis ergänzend zu Nummer 1 bis 4 für Wahlleistungen in Form
 - a) gesondert berechneter wahlärztlicher Leistungen im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflege-satzverordnung,
 - b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflege-satzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers der jeweiligen Fachabteilung abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und
 - c) anderer im Zusammenhang mit Leistungen nach den Buchstaben a und b erbrachter ärztlicher Leistungen oder Leistungen nach § 22.

(2) Ist bei einer stationären Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in das Krankenhaus jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig.“

- 19. § 26a wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 26a

Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern“

- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- aa) Die Nummern 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„1. bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden,

- a) die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 26 Absatz 1 Nummer 2) bis zu dem Betrag, der sich

- bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt, bei Anwendung des einheitlichen Bundesbasisfallwertes, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist,
- b) für die ausgegliederten Pflegepersonalkosten nach § 17b Absatz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzlich die sich ergebende Summe aus § 15 Absatz 2a Krankenhausentgeltgesetz multipliziert mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Absatz 4 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für jeden Belegungstag und
 - c) Zusatzentgelte, sofern sie in der Rechnung ausgewiesen sind, bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ausgewiesenen Höhe,
2. bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und psychosomatische Einrichtungen abgerechnet werden:
- a) das errechnete Entgelt aus Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkataloges bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes in Höhe von 280 Euro und
 - b) sofern in der Rechnung Zusatzentgelte ausgewiesen sind bis zur Höhe nach Anlage 3 des PEPP-Entgeltkataloges und
 - c) sofern in der Rechnung ergänzende Tagesentgelte ausgewiesen sind bis zur Höhe nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkataloges,“.
- bb) In Nummer 4 wird das Wort „zur“ durch die Wörter „bei einer“ ersetzt.
- c) Folgender Absatz 2 wird eingefügt:
- „(2) Ist bei einer stationären Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in das Krankenhaus jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus beihilfefähig.“
- d) Die bisherigen Absätze 2 bis 5 werden die Absätze 3 bis 6.
- e) Im neuen Absatz 6 Satz 1 und 2 wird jeweils nach der Angabe „§ 26“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt.
20. § 27 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 Satz 2 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
 „Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung einer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person sind beihilfefähig bei
 1. schwerer Erkrankung oder
 2. akuter Verschlimmerung einer Erkrankung,
 insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Satz 2 gilt nicht im Fall einer Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5.“
 - b) In Absatz 5 werden die Wörter „im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ gestrichen.
 - c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:
 „(6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in spezialisierten Einrichtungen.“
21. § 28 Absatz 2 Satz 3 wird wie folgt gefasst:
 „Absatz 1 Satz 2 und § 27 Absatz 4 gelten entsprechend.“
22. In § 30a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird nach dem Wort „Jugendlichen“ ein Komma eingefügt.
23. Dem § 31 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
 „Die Sätze 1 und 2 Nummer 1 gelten entsprechend bei Fahrten, die durch Zahnärztinnen oder Zahnärzte, durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder -therapeuten verordnet worden sind, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung stehen.“
24. § 34 Absatz 4 und 5 wird wie folgt gefasst:
 „(4) § 26 Absatz 1 Nummer 5, § 31 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3, 6 und 7, § 35 Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 1 bis 4 und 5 Buchstabe a und b gelten entsprechend, jedoch ohne die zeitliche Begrenzung nach § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 Buchstabe a und b auf 21 Tage.
 (5) Werden unter den Voraussetzungen des Absatzes 3 Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 oder 2 in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, mit denen kein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, sind Aufwendungen nur entsprechend den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25, 26a Absatz 1 Nummer 2 und 3 und zu 70 Prozent nach Nummer 5, Absatz 2, § 31 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3, 6 und 7, § 35 Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 1 bis 4 beihilfefähig.“
25. § 35 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- a) In Satz 1 wird nach der Angabe „26“ die Angabe „Absatz 1“ eingefügt.
 - b) In Satz 4 werden die Wörter „von 6,20 Euro“ durch die Wörter „des Betrages nach Anlage 7 Abschnitt 1 Nummer 7“ ersetzt.
26. § 38a wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Nummer 1 wird das Wort „Nahestehender“ durch die Wörter „nahestehender Pflegepersonen“ ersetzt.
 - b) In Absatz 2 Nummer 2 wird das Wort „Pflegebedürftigen“ durch die Wörter „pflegebedürftigen Personen“ ersetzt.
 - c) In Absatz 4 Satz 4 werden die Wörter „oder der Pflegebedürftige“ durch die Wörter „pflegebedürftige Person“ ersetzt.
 - d) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
 „Besteht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, wird die Pauschalbeihilfe für den Teilmonat nur anteilig gewährt; dabei ist ein Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.“
27. § 39 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 3 werden jeweils nach der Angabe „§ 43“ die Wörter „Absatz 1, 2 und 4“ eingefügt.
 - b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:
 „(3) Maßgeblich sind die im Kalenderjahr vor der Antragstellung erzielten Einnahmen. Einnahmen im Sinne des Satzes 1 sind:
 1. die Bruttobezüge nach § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 und Absatz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben, und der Altersteilzeitzuschlag; unberücksichtigt bleibt der kinderbezogene Familienzuschlag,
 2. die Bruttobezüge nach § 2 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben; unberücksichtigt bleiben das Sterbegeld nach § 18 des Lan-

des beamtenversorgungsgesetzes, der Unterschiedsbetrag nach § 50 Absatz 1 Satz 2 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes, sofern der beihilfeberechtigten Person nicht nach § 57 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes geringere Versorgungsbezüge zustehen, sowie der Unfallausgleich nach § 35 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes und die Unfallentschädigung nach § 43 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes,

3. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person, der Ehegattin oder des Lebenspartners; maßgeblich ist der Betrag, der sich vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses ergibt; eine Leistung für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberücksichtigt,
4. der unter § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes fallende Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; unberücksichtigt bleibt der Anteil einer gesetzlichen Rente, der der Besteuerung unterliegt.

Die Einnahmen sind jährlich nachzuweisen. Macht die beihilfeberechtigte Person glaubhaft, dass die aktuellen Einnahmen voraussichtlich wesentlich geringer sind als die im Kalenderjahr vor der Antragstellung erzielten durchschnittlichen monatlichen Einnahmen, sind die Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde zu legen. Hat die beihilfeberechtigte Person keine Einnahmen nach Satz 1 aus dem Kalenderjahr vor Antragstellung, werden die voraussichtlichen Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde gelegt. Befinden sich verheiratete oder in einer Lebenspartnerschaft lebende Personen in vollstationärer Pflege und verstirbt die beihilfeberechtigte Person, sind die aktuellen Einnahmen im jeweiligen Pflegemonat zugrunde zu legen, bis die Voraussetzungen nach Satz 4 nicht mehr vorliegen.“

28. § 39b Satz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 werden die Wörter „in der eigenen Häuslichkeit“ durch die Wörter „im eigenen Haushalt“ ersetzt.
- b) In Nummer 2 wird die Angabe „§ 38“ durch die Angabe „§ 38a“ ersetzt.

29. § 40 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre palliativ-medizinische Versorgung in einem Hospiz sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung und in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann.“

30. § 41 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „20d“ durch die Angabe „20i“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Nummer 3 werden die Wörter „Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte“ durch die Wörter „Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte“ ersetzt.
- c) Absatz 3 wird durch die folgenden Absätze 3 und 4 ersetzt:
 - „(3) Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind nach Maßgabe der Anlage 12 beihilfefähig.
 - (4) Aufwendungen für Leistungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind nach Maßgabe der Anlage 12a beihilfefähig.“
- d) Nach Absatz 4 (neu) wird folgender neuer Absatz 5 eingefügt:

„(5) Bei Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, sind Aufwendungen beihilfefähig für

1. ärztliche Beratungen zu Fragen der medikamentösen Präexpositionsprophylaxe (PrEP) zur Verhütung einer Ansteckung mit HIV sowie
 2. Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind.“
- e) Die bisherigen Absätze 4 und 5 werden die Absätze 6 und 7.

31. In § 42 Absatz 1 Nummer 4 Satz 2 wird die Angabe „Absatz 3“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.

32. § 45a Absatz 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

- a) In dem Satzteil vor Nummer 1 werden die Wörter „Bundesministerium des Innern“ durch die Wörter „für Inneres zuständige Bundesministerium“ ersetzt.
- b) In Nummer 4 werden nach dem Wort „Transplantationsmedizin“ die Wörter „und des Transplantationsregisters“ eingefügt.

33. § 46 Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Der Bemessungssatz für beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, beträgt 70 Prozent.“

34. § 49 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. vollstationären Krankenhausleistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 2, § 26a Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 und stationäre Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 34 Absatz 1, 2 und 5, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und“.

- b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für

1. Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
2. Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung und
3. Spenderinnen und Spender nach § 45a Absatz 2.“

35. In § 50 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 werden die Wörter „in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. S. 1343), zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (BAnz. S. 3017)“ durch die Wörter „des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. S. 1343), die zuletzt durch Beschluss vom 15. Februar 2018 (BAnz. AT 05.03.2018 B4) geändert worden ist“ ersetzt.

36. In § 51 Absatz 8 Satz 2 werden die Wörter „In Ausnahmefällen mit Zustimmung“ durch die Wörter „auf Antrag“ ersetzt.

37. Nach § 51 wird folgender § 51a eingefügt:

„§ 51a
Zahlung an Dritte bei Behandlungen
in zugelassenen Krankenhäusern

(1) Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfe auf Antrag der beihilfeberechtigten Person an Dritte auszahlen.

(2) Leistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 1, 2, 4 und 5 können direkt zwischen dem Krankenhaus oder dem vom Krankenhaus beauftragten Rechnungssteller und der Festsetzungsstelle abgerechnet werden, wenn

1. der Bund eine entsprechende Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. abgeschlossen hat und die für das Beihilferecht zuständige Satzungsverwaltung dieser Rahmenvereinbarung beigetreten ist und
2. ein Antrag der beihilfeberechtigten Person auf einem von der Festsetzungsstelle herausgegebenen Formular vorliegt.

Die Festsetzungsstelle hat abrechnungsrelevante Klärungen mit dem Krankenhaus oder dem vom Krankenhaus beauftragten

Rechnungssteller durchzuführen. Der Beihilfebescheid ist der beihilfeberechtigten Person bekannt zu geben.

(3) Besteht die Möglichkeit eines elektronischen Datenaustauschs zwischen den Dritten und der Festsetzungsstelle, ist die Beihilfe auf Antrag der beihilfeberechtigten Person direkt an die Leistungserbringer oder von diesen beauftragte Abrechnungsstellen auszuführen, wenn die beihilfeberechtigte und die berücksichtigungsfähige Person ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung erteilt oder ihre Einwilligung in die Entbindung von der Schweigepflicht der Leistungserbringer erteilt hat. Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.“

38. § 58 wird wie folgt geändert:

- a) Absätze 1 bis 4 werden aufgehoben.
 b) Absatz 5 wird zum Absatz 1 und wie folgt gefasst:
 „(1) Für am 21. Januar 2017 vorhandene freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist § 47 Absatz 6 in der bis zum 20. Januar 2017 geltenden Fassung weiter anzuwenden.“
 c) Absatz 6 wird zum Absatz 2 und wie folgt gefasst:
 „(2) Die §§ 141, 144 Absatz 1 und 3 und § 145 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.“

39. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

- a) Abschnitt 1 wird wie folgt geändert:
 aa) Nummer 3.1 wird aufgehoben.
 bb) Die Nummern 3.2 bis 3.5 werden die Nummern 3.1 bis 3.4.
 cc) Nummer 11.1 wird aufgehoben.
 dd) Die Nummern 11.2 bis 11.5 werden die Nummern 11.1 bis 11.4.
 ee) Nach Nummer 13.1 wird folgende Nummer 14.1 eingefügt:
 „14.1 Neurostimulation nach Molsberger“.
 ff) Die Nummern 14.1 und 14.2 werden die Nummern 14.2 und 14.3.
 gg) Nummer 18.1 wird aufgehoben.
 hh) Die Nummern 18.2 bis 18.4 werden die Nummern 18.1 bis 18.3.
 ii) Nach Nummer 19.1 wird folgende Nummer 19.2 eingefügt:
 „19.2 SIPARI-Methode“.
 jj) Nach Nummer 20.1 wird folgende Nummer 20.2 eingefügt:
 „20.2 Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophie (zum Beispiel SAVIR-Verfahren)“.
 kk) Die bisherige Nummer 20.2 wird Nummer 20.3.
 b) Abschnitt 2 wird wie folgt geändert:
 aa) Der Nummer 1 wird folgende Nummer 1 vorangestellt:
 „1. Chelattherapie
 Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Schwermetallvergiftung, Morbus Wilson und Siderose. Alternative Schwermetallausleitungen gehören nicht zur Behandlung einer Schwermetallvergiftung.“
 bb) Die bisherige Nummer 1 wird die Nummer 2.
 cc) Die Nummer 2 wird Nummer 3 und in Satz 1 werden nach dem Wort „plantaris“ die Wörter „, therapierefraktäre Epicondylitis humeri radialis“ eingefügt.
 dd) Die Nummer 3 wird Nummer 4 und nach dem Wort „Ischämie“ werden die Wörter „, diabetisches Fußsyndrom ab Wagner Stadium II“ eingefügt.
 ee) Die Nummern 4 bis 8 werden die Nummern 5 bis 9.

ff) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 10 eingefügt:

„10. Radiale Stoßwellentherapie (r-ESWT)
 Aufwendungen sind nur beihilfefähig im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich bei Behandlung der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der r-ESWT sind Gebühren nach Nummer 302 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Zuschläge sind nicht beihilfefähig.“

gg) Die bisherige Nummer 9 wird Nummer 11 und in Satz 2 wird Angabe „3 bis 5“ durch die Angabe „4 bis 6“ ersetzt.

hh) Die bisherige Nummer 10 wird Nummer 12.

40. Anlage 4 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 1 wird folgende Nummer 2.1 eingefügt:

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
„2.1	ALCON BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.“

b) Die bisherigen Nummern 2.1 bis 2.5 werden die Nummern 2.2 bis 2.6.

c) Nummer 5.2 wird wie folgt gefasst:

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
„5.2	Eye-Lotion Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.“

d) Nach Nummer 7.3 wird folgende Nummer 7.4 eingefügt:

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
„7.4	Hedrin Once Liquid Gel	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) den sechsten Lebensmonat, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.“

e) Die Nummern 7.4 bis 7.6 werden die Nummern 7.5 bis 7.7.

f) Nummer 11.3 wird aufgehoben.

g) Die Nummern 11.4 bis 11.6 werden die Nummern 11.3 bis 11.5.

h) Nach Nummer 11.5 wird folgende Nummer 11.6 eingefügt:

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
„11.6	Macrogolratiopharm flüssig Orange	Behandlung a) der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,

		<p>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,</p> <p>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</p> <p>d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.</p> <p>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.“</p>
--	--	---

i) Nach Nummer 11.12 wird folgende Nummer 11.13 eingefügt:

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
„11.13	Movicol aromafrei	<p>Behandlung</p> <p>a) der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,</p> <p>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,</p> <p>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und</p> <p>d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.</p> <p>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.“</p>

j) Die bisherigen Nummern 11.13 bis 11.17 werden die Nummern 11.14 bis 11.18.

41. In Anlage 5 Abschnitt 3 wird in der Zeile zum Wirkstoff G 04 BE 08 Tadalafil in der linken Spalte im Klammerzusatz das Wort „Taldafil“ durch das Wort „Tadalafil“ ersetzt.

42. Anlage 6 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Nummer 1.01.24 wird folgende Nummer 1.01.25 eingefügt:
 - „1.01.25 Aripiprazol: orale Darreichungsformen“.
 - bb) Die Nummern 1.01.25 bis 1.01.27 werden die Nummern 1.01.26 bis 1.01.28.
 - cc) Nach Nummer 1.04.27 werden die folgenden Nummern 1.04.28, 1.05.1 und 1.05.2 eingefügt:
 - „1.04.28 Duloxetin: feste orale Darreichungsformen
 - 1.05.1 Efavirenz: feste orale Darreichungsformen
 - 1.05.2 Eplerenon: orale Darreichungsformen“.
 - dd) Die Nummern 1.05.1 bis 1.05.11 werden die Nummern 1.05.3 bis 1.05.13.

- ee) Nach Nummer 1.09.9 wird folgende Nummer 1.09.10 eingefügt:
 - „1.09.10 Infliximab: parenterale Darreichungsformen“.
- ff) Die Nummern 1.09.10 bis 1.09.14 werden die Nummern 1.09.11 bis 1.09.15.
- gg) Nach Nummer 1.12.1 wird folgende Nummer 1.12.2 eingefügt:
 - „1.12.2 Lamivudin + Zidovudin: orale Darreichungsformen, im Verhältnis 1:2“.
- hh) Die Nummern 1.12.2 bis 1.12.14 werden die Nummern 1.12.3 bis 1.12.15.
- ii) Nach Nummer 1.13.15 wird folgende Nummer 1.13.16 eingefügt:
 - „1.13.16 Methotrexat: parenterale Darreichungsformen“.
- jj) Die Nummern 1.13.16 bis 1.13.33 werden die Nummern 1.13.17 bis 1.13.34.
- kk) Nach Nummer 1.13.34 wird folgende Nummer 1.13.35 eingefügt:
 - „1.13.35 Moxifloxacin: orale Darreichungsformen“.
- ll) Die Nummer 1.13.34 wird Nummer 1.13.36.
- mm) In Nummer 1.15.1 wird das Wort „abgeteilte“ gestrichen.
- nn) Nach Nummer 1.26.1 wird folgende Nummer 1.26.2 eingefügt:
 - „1.26.2 Ziprasidon: orale Darreichungsformen“.
- b) Nummer 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nach Nummer 2.03.3 wird folgende Nummer 2.03.4 eingefügt:
 - „2.03.4 Carboanhydrasehemmer: Ophthalmika
 - Wirkstoff:
 - Brinzolamid
 - Dorzolamid: Dorzolamid hydrochlorid“.
 - bb) Die Nummern 2.03.4 bis 2.03.7 werden die Nummern 2.03.5 bis 2.03.8.
 - cc) In Nummer 2.08.3 wird das Wort „Niedermolekulare“ durch das Wort „niedermolekulare“ ersetzt.
 - dd) In Nummer 2.08.5 wird das Wort „abgeteilte“ gestrichen.
 - ee) Nach Nummer 2.15.1 wird folgende Nummer 2.16.1 eingefügt:
 - „2.16.1 Prostaglandin-Analoga: Ophthalmika
 - Wirkstoff:
 - Bimatoprost
 - Latanoprost
 - Tafluprost
 - Travoprost“.
 - ff) Die Nummern 2.16.1 bis 2.16.8 werden die Nummern 2.16.2 bis 2.16.9.
- c) Nummer 3 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 3.08.4 wird wie folgt gefasst:
 - „3.08.4 H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, abgeteilte orale Darreichungsformen
 - Wirkstoff:
 - Azelastin: Azelastin hydrochlorid
 - Bilastin
 - Desloratadin
 - Ebastin
 - Fexofenadin: Fexofenadin hydrochlorid
 - Levocetirizin: Levocetirizin dihydrochlorid
 - Mizolastin
 - Rupatadin: Rupatadin fumarat
 - Terfenadin“.

- bb) In Nummer 3.11.1 wird nach der Zeile „Enalapril + Nifedipin: Enalapril maleat“ folgende Zeile eingefügt:
„Perindopril + Amlodipin: Amlodipin besilat, Perindopril arginin“.
- cc) Nach Nummer 3.11.7 wird folgende Nummer 3.11.8 eingefügt:
„3.11.8 Kombinationen von Carboanhydrasehemmern mit Timolol: Ophthalmika
Wirkstoff:
Brinzolamid + Timolol: Timolol hydrogenmaleat
Dorzolamid + Timolol: Dorzolamid hydrochlorid, Timolol hydrogenmaleat“.
- dd) Die Nummer 3.11.8 wird Nummer 3.11.9.
- ee) Nach Nummer 3.11.9 wird folgende Nummer 3.11.10 eingefügt:
„3.11.10 Kombinationen von Estrogenen und Gestagenen in der Hormonersatztherapie: orale Darreichungsformen
Wirkstoff:
Estradiol + Dienogest: Estradiol valerat
Estradiol + Drospirenon: Estradiol 0,5 Wasser
Estradiol + Dydrogesteron: Estradiol 0,5 Wasser
Estradiol + Levonorgestrel: Estradiol 0,5 Wasser, Estradiol valerat
Estradiol + Medroxyprogesteronacetat: Estradiol valerat
Estradiol + Norethisteron: Estradiol 0,5 Wasser, Estradiol valerat, Norethisteronacetat
Estrogene, konjugierte + Medrogeston
Estrogene, konjugierte + Medroxyprogesteronacetat“.
- ff) Die Nummern 3.11.9 und 3.11.10 werden die Nummern 3.11.11 und 3.11.12.
- gg) Nach Nummer 3.11.12 wird folgende Nummer 3.11.13 eingefügt:
„3.11.13 Kombinationen von Levodopa mit Decarboxylase- und COMT-Hemmern: orale Darreichungsformen
Wirkstoff:
Levodopa + Carbidopa + Entacapon“.
- hh) Die Nummern 3.11.11 bis 3.11.14 werden die Nummern 3.11.14 bis 3.11.17.
- ii) Nach Nummer 3.11.17 wird folgende Nummer 3.11.18 eingefügt:
„3.11.18 Kombinationen von Prostaglandin-Analoga mit Timolol: Ophthalmika
Wirkstoff:
Brinzolamid + Timolol: Timolol hydrogenmaleat
Latanoprost + Timolol: Timolol hydrogenmaleat
Travoprost + Timolol: Timolol hydrogenmaleat“.
- jj) Die Nummer 3.11.15 wird die Nummer 3.11.19.
- kk) Nach Nummer 3.12.1 wird folgende Nummer 3.13.1 eingefügt:
„3.13.1 Monoaminoxidase-B-Hemmer: orale Darreichungsformen
Wirkstoff:
Rasagilin: Rasagilin mesilat, Rasagilin Tartrat
Safinamid: Safinamid mesilat“.
- ll) Die Nummer 3.13.1 wird Nummer 3.13.2.
43. Anlage 9 wird wie folgt geändert:
- a) Abschnitt 1 wird wie folgt geändert:
aa) Nach Nummer 7.5 wird folgende Nummer 7.6 eingefügt:
„7.6 Gerät zur kontinuierlichen Gewebezucker messung (Continuous Glucose Monitoring – CGM, Flash Glucose Monitoring – FGM) einschließlich Sensoren bei Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus; daneben sind Aufwendungen für übliche Blutzuckermessgeräte einschließlich der erforderlichen Bluttteststreifen beihilfefähig“.
- bb) Die Nummern 7.6 bis 7.11 werden die Nummern 7.7 bis 7.12.
- cc) Nummer 15.3 wird aufgehoben.
- dd) Nummer 15.4 wird Nummer 15.3.
- ee) Nach Nummer 20.2 wird folgende Nummer 20.3 eingefügt:
„20.3 Therapiestuhl“.
- ff) Die Nummern 20.3 bis 20.6 werden die Nummern 20.4 bis 20.7.
- b) Abschnitt 4 wird wie folgt geändert:
bb) Unterabschnitt 1 wird wie folgt geändert:
bbb) Nummer 1 wird aufgehoben.
ccc) Die Nummern 2 bis 5 werden die Nummern 1 bis 4.
44. Anlage 10 wird wie folgt geändert:
a) Nummer 5.12 wird aufgehoben.
b) Nummer 5.13 wird Nummer 5.12.
c) Nummer 14.2 wird aufgehoben.
45. Nach Anlage 11 Nummer 1.2.3 wird folgende Nummer 1.2.4 eingefügt:
„1.2.4 Einmaliges Screening auf Bauchaortenaneurysmen für männliche beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben“.
46. Anlage 12 wird wie folgt gefasst:
- „Anlage 12**
(zu § 41 Absatz 3)
- Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko**
- Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko setzen sich aus den Aufwendungen für
1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,
 2. genetische Analyse sowie
 3. Teilnahme an einem Strukturierten Früherkennungsprogramm
- zusammen und sind mit den nachstehenden Pauschalen beihilfefähig, wenn diese Untersuchungen in einem der in Nummer 4 aufgeführten universitären Zentren durchgeführt werden.
1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung
Pro Familie sind die Aufwendungen für eine einmalige Risikofeststellung mit interdisziplinärer Erstberatung, Stammbaumerfassung und Mitteilung des Genbefundes pauschal in Höhe von 900 Euro beihilfefähig. Die Pauschale beinhaltet auch die Beratung weiterer Familienmitglieder.
 2. genetische Analyse
Aufwendungen für eine genetische Analyse bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall) sind pauschal in Höhe von 4500 Euro beihilfefähig. Wird eine ratsuchende gesunde Person nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht, sind die Aufwendungen in Höhe von 250 Euro beihilfefähig.

Die genetische Analyse wird bei den Indexfällen durchgeführt. Dabei handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest, dessen Kosten der erkrankten Person zugerechnet werden. Dagegen werden die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden genetischen Analyse der Indexperson der gesunden ratsuchenden Person zugerechnet. Ein prädiktiver Gentest liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexperson mehr ableiten lassen, die genetische Analyse also keinen diagnostischen Charakter hat. Eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche ärztliche Stellungnahme zu attestieren.

3. Teilnahme an einem Strukturierten Früherkennungsprogramm

Aufwendungen für die Teilnahme an einem Strukturierten Früherkennungsprogramm sind einmal jährlich in Höhe von pauschal 580 Euro beihilfefähig.

4. Im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zusammengeschlossene universitäre Zentren

- a) Berlin
Charité – Universitätszentrum Berlin, Brustzentrum
- b) Dresden
Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- c) Düsseldorf
Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum
- d) Frankfurt
Universitätsklinikum Frankfurt
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- e) Göttingen
Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum
- f) Greifswald
Institut für Humangenetik der Universitätsmedizin Greifswald
- g) Hamburg
Brustzentrum Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- h) Hannover
Institut für Humangenetik, Medizinische Hochschule Hannover
- i) Heidelberg
Institut für Humangenetik der Universität Heidelberg
- j) Kiel
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein
- k) Köln
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
- l) Leipzig
Institut für Humangenetik der Universität Leipzig
Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs
- m) München
Universitätsfrauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München-Großhadern
Universitätsfrauenklinik der Technischen Universität München am Klinikum rechts der Isar
- n) Münster
Institut für Humangenetik der Universität Münster
- o) Regensburg
Institut für Humangenetik, Universität Regensburg
- p) Tübingen
Universität Tübingen, Institut für Humangenetik

- q) Ulm
Frauenklinik und Poliklinik der Universität Ulm
- r) Würzburg
Institut für Humangenetik der Universität Würzburg⁴

47. Nach Anlage 12 wird die folgende Anlage 12a eingefügt:

„Anlage 12a
(zu § 41 Absatz 4)

Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko

Aufwendungen für die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko setzen sich aus den Aufwendungen für

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,
 2. Tumorgewebsdiagnostik sowie
 3. genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)
- zusammen und sind in Höhe der nachstehenden Pauschalen beihilfefähig, wenn diese Untersuchungen in einer in Nummer 4 aufgeführten Klinik durchgeführt werden.
1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung
Unter der Voraussetzung, dass die revidierten Bethesda-Kriterien in der Familie der ratsuchenden Person erfüllt sind, sind die Aufwendungen für die erstmalige Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung einschließlich Erhebung des Familienbefundes und Organisation der diagnostischen Abklärung einmalig in Höhe von 600 Euro beihilfefähig. Aufwendungen für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom bekannt ist, sind in Höhe von 300 Euro beihilfefähig.
 2. Tumorgewebsdiagnostik
Aufwendungen für die immunhistochemische Untersuchung am Tumorgewebe hinsichtlich der Expression der Mismatch-Reparatur-Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS sowie gegebenenfalls die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe sind in Höhe von 500 Euro beihilfefähig. Ist die Analyse des Tumorgewebes negativ und das Ergebnis eindeutig, sind Aufwendungen für weitere Untersuchungen auf eine Mutation nicht beihilfefähig.
 3. genetische Analyse (Untersuchung auf Keimbahnmutation)
Aufwendungen für eine genetische Analyse bei einem Indexfall sind in Höhe von 3500 Euro beihilfefähig, wenn die Einschlusskriterien und möglichst eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR-Mutation hinweist, vorliegen. Aufwendungen für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation sind in Höhe von 350 Euro beihilfefähig.
4. Kliniken des Deutschen HNPCC-Konsortiums
- a) Bochum
Ruhr-Universität Bochum
Knappschaftskrankenhaus, Medizinische Universitätsklinik
 - b) Bonn
Institut für Humangenetik, Biomedizinisches Zentrum
 - c) Dresden
Abteilung Chirurgische Forschung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 - d) Düsseldorf
Institut für Humangenetik und Anthropologie, Universitätsklinikum Düsseldorf
 - e) Hannover
Medizinische Hochschule

- f) Heidelberg
Abteilung für Angewandte Tumorbiologie, Pathologisches
Institut des Universitätsklinikums Heidelberg
- g) Köln
Universitätsklinikum Köln
- h) Leipzig
Universität Leipzig
- i) Lübeck
Klinik für Chirurgie, Universität zu Lübeck und Universi-
tätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
- j) München
Medizinische Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität
Medizinisch-Genetisches Zentrum
- k) Münster
Universitätsklinikum Münster
- l) Tübingen
Universität Tübingen
- m) Ulm
Universitätsklinikum Ulm
- n) Wuppertal
HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal“

Artikel 2
Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung im Gesetz-
und Verordnungsblatt für Berlin in Kraft.

Berlin, den 7. Dezember 2021

Der Senat von Berlin

Michael M ü l l e r
Regierender Bürgermeister

Dr. Matthias K o l l a t z
Senator für Finanzen