Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen
Bundesbeihilfeverordnung
(Bundesbeihilfeverordnung - BBhV)

Vom 13. Februar 2009 (BGBl. S. 326)
zuletzt geändert durch die sechste Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfeverordnung vom 25. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2403)

Lesefassung
(gültig ab Inkrafttreten des 2. Artikels der 7. ÄndVO zur BBhV am 1.1.2017)

Inhaltsübersicht

Kapitel 1

Allgemeine Vorschriften

§ 1 Regelungszweck
§ 2 Beihilfeberechtigte Personen
§ 3 Beamtinnen und Beamte im Ausland
§ 4 Berücksichtigungsfähige Personen
§ 5 Konkurrenzen
§ 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen
§ 7 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch
§ 8 Ausschluss der Beihilfefähigkeit
§ 9 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen
§ 10 Beihilfeanspruch
§ 11 Aufwendungen im Ausland

Kapitel 2
Aufwendungen in Krankheitsfällen

Abschnitt 1
Ambulante Leistungen

§ 12 Ärztliche Leistungen
§ 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern
§ 14 Zahnärztliche Leistungen
§ 15 Implantologische Leistungen
§ 15a Kieferorthopädische Leistungen
§ 15b Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

§ 16 Auslagen, Material- und Laborkosten

§ 17 Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf

§ 18 Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung

§ 18a Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie

§ 19 Psychoanalytisch begründete Verfahren

§ 20 Verhaltenstherapie

§ 21 Psychosomatische Grundversorgung

Abschnitt 2
Sonstige Aufwendungen

§ 22 Arznei- und Verbandmittel

§ 23 Heilmittel

§ 24 Komplextherapie und integrierte Versorgung

§ 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

§ 26 Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern

§ 26a Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung

§ 27 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

§ 28 Familien- und Haushaltshilfe

§ 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland

§ 30 Soziotherapie

§ 30a Neuropsychologische Therapie

§ 31 Fahrtkosten

§ 32 Unterkunftskosten

§ 33 Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

Abschnitt 3
Rehabilitation

§ 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

§ 35 Rehabilitationsmaßnahmen

§ 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

Kapitel 3
Aufwendungen in Pflegefällen

§ 37 Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen

§ 38 Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen

§ 38a Häusliche Pflege

§ 38b Kombinationsleistungen
§ 38c Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
§ 38d Teilstationäre Pflege
§ 38e Kurzzeitpflege
§ 38f Ambulant betreute Wohngruppen
§ 38g Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
§ 38h Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson
§ 39 Vollstationäre Pflege
§ 39a Einrichtungen der Behindertenpflege
§ 39b Aufwendungen bei Pflegegrad 1
§ 40 Palliativversorgung

Kapitel 4
Aufwendungen in anderen Fällen

§ 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
§ 42 Schwangerschaft und Geburt
§ 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch
§ 44 Überführungskosten
§ 45 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe
§ 45a Organspende und andere Spenden
§ 45b Klinisches Krebsregister

Kapitel 5
Umfang der Beihilfe

§ 46 Bemessung der Beihilfe
§ 47 Abweichender Bemessungssatz
§ 48 Begrenzung der Beihilfe
§ 49 Eigenbehalte
§ 50 Belastungsgrenzen

Kapitel 6
Verfahren und Zuständigkeit

§ 51 Bewilligungsverfahren
§ 52 Zuordnung von Aufwendungen
§ 53 (weggefallen)
§ 54 Antragsfrist

§ 55 Geheimhaltungspflicht

§ 56 Festsetzungsstellen

§ 57 Verwaltungsvorschriften

Kapitel 7
Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 58 Übergangsvorschriften

§ 59 Inkrafttreten

Anlage 1 (zu § 6 Absatz 2)	Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen
Anlage 2 (zu § 6 Absatz 3 Satz 4)	Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen
Anlage 3 (zu den §§ 18 bis 21)	Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung
Anlage 4 (zu § 22 Absatz 1)	Beihilfefähige Medizinprodukte
Anlage 5 (zu § 22 Absatz 2 Nummer 1)	Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen
Anlage 6 (zu § 22 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe c)	Beihilfefähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel
Anlage 7 (zu § 22 Absatz 3)	Übersicht der Arzneimittelfestbetragsgruppen, für die ein Festbetrag gilt
Anlage 8 (zu § 22 Absatz 4)	Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene oder beschränkt beihilfefähige Arzneimittel
Anlage 9 (zu § 23 Absatz 1)	Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel
Anlage 10 (zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1)	Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel
Anlage 11	Beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur

(zu § 25 Absatz 1 und 4)	Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
Anlage 12 (zu 25 Absatz 1, 2 und 4)	Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle
Anlage 13 (zu § 41 Absatz 1 Satz 3)	Nach § 41 Absatz 1 Satz 3 beihilfefähige Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen
Anlage 14 (zu § 41 Absatz 3)	Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko
Anlage 15 (zu § 35 Absatz 1 Nummer 4)	Heilbäder- und Kurorteverzeichnis

Kapitel 1 Allgemeine Vorschriften

§ 1 Regelungszweck

Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfe in den gesetzlich vorgesehenen Fällen. Die Beihilfe ergänzt die gesundheitliche Eigenvorsorge, die in der Regel aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

§ 2 Beihilfeberechtigte Personen

(1) Soweit nicht die Absätze 2 bis 5 etwas anderes bestimmen, ist beihilfeberechtigt, wer im Zeitpunkt der Leistungserbringung

1. Beamtin oder Beamter,
2. Versorgungsempfängerin oder Versorgungsempfänger oder
3. frühere Beamtin oder früherer Beamter

ist.

(2) Die Beihilfeberechtigung setzt ferner voraus, dass der beihilfeberechtigten Person Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebührnisse, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeiträge nach Abschnitt II oder Abschnitt V, nach § 22 Absatz 1 oder nach § 26 Absatz 1 des Beamtenversorgungsgesetzes oder Übergangsgeld nach Abschnitt VI des Beamtenversorgungsgesetzes zustehen. Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge wegen El-

ternzeit oder der Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden. Ruhens- und Anrechnungsvorschriften im Sinne von Satz 2 sind insbesondere § 22 Absatz 1 Satz 2, die §§ 53 bis 56, § 61 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 des Beamtenversorgungsgesetzes, § 9a des Bundesbesoldungsgesetzes sowie § 10 Absatz 4 und 6 des Postpersonalrechtsgesetzes. Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach der Sonderurlaubsverordnung unberührt, wenn dieser nicht länger als einen Monat dauert.

(3) Nicht beihilfeberechtigt sind

1. Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte,
2. Beamtinnen und Beamte, deren Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst im Sinne des § 40 Abs. 6 des Bundesbesoldungsgesetzes beschäftigt sind, und
3. Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

(4) Nicht beihilfeberechtigt nach dieser Verordnung sind diejenigen Beamtinnen und Beamten des Bundeseisenbahnvermögens, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn und der Deutschen Reichsbahn Beamtinnen oder Beamte der Deutschen Bundesbahn waren.

(5) Nicht beihilfeberechtigt nach dieser Verordnung sind diejenigen Beamtinnen und Beamten, die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sind, soweit die Satzung für beihilfefähige Aufwendungen dieser Mitglieder Sachleistungen vorsieht und diese nicht durch einen Höchstbetrag begrenzt sind.

§ 3 Beamtinnen und Beamte im Ausland

Beihilfeberechtigt nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sind auch diejenigen Beamtinnen und Beamten, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind.

§ 4 Berücksichtigungsfähige Personen

(1) Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von beihilfeberechtigten Personen sind berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer

Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 17 000 Euro nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, sind Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die von den Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner der beihilfeberechtigten Personen nach § 3 im Ausland erzielten Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen. Weist der Steuerbescheid den Gesamtbetrag der Einkünfte nicht vollständig aus, können andere Nachweise gefordert werden.

(2) Kinder sind berücksichtigungsfähig, wenn sie beim Familienzuschlag der beihilfeberechtigten Person nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind. Dies gilt für beihilfeberechtigte Personen nach § 3, wenn

1. Anspruch auf einen Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes besteht oder
2. ein Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.

(3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig.

§ 5 Konkurrenzen

(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt
1. eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs sowie
2. die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4

aus.

(2) Die Beihilfeberechtigung auf Grund eines Versorgungsbezugs schließt die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsansprüche sowie als berücksichtigungsfähige Person aus. Satz 1 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt.

(3) Die Beihilfeberechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht
1. der Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und

2. der Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4

vor. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(4) Absatz 3 ist nicht anzuwenden bei privat krankenversicherten Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern, die

1. eine Teilzeitbeschäftigung als Tarifbeschäftigte im öffentlichen Dienst ausüben und
2. auf Grund ihres dienstrechtlichen Status weder einen Beitragszuschuss nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten noch nach § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig sind.

(5) Ein Kind wird bei der beihilfeberechtigten Person berücksichtigt, die den Familienzuschlag für das Kind erhält. Beihilfeberechtigt im Sinne von Satz 1 sind auch Personen, die einen Anspruch auf Beihilfe haben, der in seinem Umfang dem Anspruch nach dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar ist, unabhängig von der jeweiligen Anspruchsgrundlage. Familienzuschlag für das Kind im Sinne von Satz 1 sind die Leistungen nach den §§ 39, 40 und 53 des Bundesbesoldungsgesetzes oder vergleichbare Leistungen, die im Hinblick auf das Kind gewährt werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Personen, die Anspruch auf Heilfürsorge oder auf truppenärztliche Versorgung haben.

§ 6 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht.

(2) Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden. Als nicht notwendig gelten in der Regel Untersuchungen und Behandlungen, soweit sie in der Anlage 1 ausgeschlossen werden.

(3) Wirtschaftlich angemessen sind grundsätzlich Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, wenn sie dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechen. Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte, nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für

Zahnärzte oder nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte. Wirtschaftlich angemessen sind auch Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen oder Verträgen zwischen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern und gesetzlichen Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Beihilfeträgern erbracht worden sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden. Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern sind wirtschaftlich angemessen, wenn sie die Höchstbeträge nach Anlage 2 nicht übersteigen.

(4) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen. Gelten Höchstbeträge nach Anlage 11, kann in entsprechender Anwendung des § 55 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienstort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzutreten.

(5) In Ausnahmefällen kann das Bundesministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen die einmalige Beteiligung des Bundes als Beihilfeträger an allgemeinen, nicht individualisierbaren Maßnahmen erklären. Hierfür zu leistende Zahlungen und Erstattungen kann das Bundesministerium des Innern auf die Einrichtungen oder Stellen des Bundes, die Beihilfe nach dieser Verordnung gewähren, aufteilen. Auf Anforderung des Bundesministeriums des Innern leisten die Einrichtungen oder Stellen entsprechende Abschläge und Zahlungen. Die Anteile bemessen sich nach dem Verhältnis der tatsächlichen Beihilfeausgaben im Jahr 2009; jährliche Ausgaben unter 1 000 Euro bleiben außer Betracht. Auf Verlangen von mindestens fünf obersten Bundesbehörden oder Behörden der mittelbaren Bundesverwaltung setzt das Bundesministerium des Innern die Anteile entsprechend dem Verhältnis der tatsächlichen Beihilfeausgaben im Vorjahr für zukünftige Maßnahmen neu fest.

(6) Sofern im Einzelfall die Ablehnung der Beihilfe eine besondere Härte darstellen würde, kann die oberste Dienstbehörde mit Zustimmung des Bundesministeriums des Innern eine Beihilfe zur Milderung der Härte gewähren. Die Entscheidung ist besonders zu begründen und zu dokumentieren.

§ 7 Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch

Soweit sich Inhalt und Ausgestaltung von Leistungen, zu denen Beihilfe gewährt wird, an Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch anlehnen, setzt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen voraus, dass für die Leistungen einschließlich der Arzneimittel nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nachgewiesen sind sowie insbesondere ein Arzneimittel zweckmäßig ist und keine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Wird in dieser Verordnung auf Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verwiesen, die ihrerseits auf Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Entscheidungen oder Vereinbarungen der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen oder Satzungsbestimmungen von gesetzlichen Krankenkassen verweisen oder Bezug nehmen, hat sich die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung des Fürsorgegrundsatzes nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes an den in diesen Normen oder Entscheidungen niedergelegten Grundsätzen zu orientieren. Dies gilt insbesondere für die §§ 22 und 27 Abs. 1 Satz 2, §§ 30 und 40 Abs. 1, § 41 Abs. 1, § 43 Abs. 1 und § 50 Abs. 1 Satz 4. Im Übrigen gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches, auf die diese Verordnung verweist, entsprechend, soweit die grundsätzlichen Unterschiede zwischen Beihilfe- und Sozialversicherungsrecht dies nicht ausschließen.

§ 8 Ausschluss der Beihilfefähigkeit

(1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. soweit Personen, die beihilfeberechtigt oder bei beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig sind, einen Anspruch auf Heilfürsorge nach § 70 Absatz 2 des Bundesbesoldungsgesetzes oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften haben,
2. für Gutachten, die nicht von der Festsetzungsstelle, sondern auf Verlangen der beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Person veranlasst worden sind,
3. für ärztliche und zahnärztliche Bescheinigungen für berücksichtigungsfähige Personen mit Ausnahme medizinisch notwendiger Bescheinigungen,
4. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
5. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und heilpädagogische Maßnahmen,

6. für Untersuchungen und Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings, und
7. für Untersuchungen und Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder der oder des Behandelten; in diesen Fällen sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten beihilfefähig.

(2) Ferner sind Aufwendungen nicht beihilfefähig, soweit ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten besteht, der nicht auf den Dienstherrn oder von ihm Beauftragte übergeht.

(3) Nicht beihilfefähig sind gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile, Selbstbehalte nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie Abschläge für Verwaltungskosten und entgangene Apotheker- und Herstellerrabatte bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(4) Nicht beihilfefähig sind erbrachte Sach- und Dienstleistungen nach § 2 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Als Sach- und Dienstleistung nach § 2 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und bei Pflichtversicherten nach § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einschließlich der familienversicherten Personen nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch auch die Kostenerstattung nach § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bei Personen, denen ein Zuschuss oder Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch

1. die über die Festbeträge hinausgehenden Beträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und
2. Aufwendungen, die darauf beruhen, dass Versicherte die ihnen zustehende Sach- und Dienstleistung nicht in Anspruch genommen haben; dies gilt auch, wenn Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden; ausgenommen sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus.

Satz 3 gilt nicht für

1. Personen, die Leistungen nach § 10 Absatz 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder hierauf Bezug nehmenden Vorschriften erhalten,
2. freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung sowie

3. berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden.

(5) Die Absätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet worden sind.

§ 9 Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen

(1) Soweit Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht für Erstattungen und Sachleistungen

1. an beihilfeberechtigte Personen, die dem gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaft angehören, oder
2. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

(2) Von Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen ist der abstrakt höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen.

(3) Sind Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche gegenüber Dritten nicht geltend gemacht worden, sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe anzusetzen. Andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, sind in Höhe von 50 Prozent der entstandenen Aufwendungen als zustehende Erstattungs- oder Sachleistungen anzusetzen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für

1. Erstattungen und Sachleistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen,
2. berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden, und
3. Erstattungen und Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

(4) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 Satz 1 bis 3 abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.

§ 10 Beihilfeanspruch

(1) Auf Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten und grundsätzlich nicht verpfändet oder gepfändet werden. Die Pfändung wegen einer Forderung auf Grund einer beihilfefähigen Leistung der Forderungsgläubigerin oder des Forderungsgläubigers ist insoweit zulässig, als die Beihilfe noch nicht ausgezahlt ist.

(2) Nach dem Tod der beihilfeberechtigten Person kann die Beihilfe mit befreiender Wirkung auf folgende Konten gezahlt werden:

1. das Bezügekonto der oder des Verstorbenen,
2. ein anderes Konto, das von der oder dem Verstorbenen im Antrag oder in der Vollmacht angegeben wurde, oder
3. ein Konto einer oder eines durch Erbschein oder durch eine andere öffentliche oder öffentlich beglaubigte Urkunde ausgewiesenen Erbin oder Erben.

§ 11 Aufwendungen im Ausland

(1) Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. § 6 Abs. 3 ist in diesen Fällen nicht anzuwenden. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären.

(2) Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten, die im Inland entstanden wären, beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,
2. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,
3. in der Nähe der deutschen Grenze wohnende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen bei akutem Behandlungsbedarf das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten,
4. beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten oder
5. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist.

Eine Anerkennung nach Satz 1 Nummer 5 kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Festsetzungsstelle beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist; in Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

(3) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dies gilt nicht in den Fällen des § 31 Abs. 5.

Kapitel 2 Aufwendungen in Krankheitsfällen

Abschnitt 1 Ambulante Leistungen

§ 12 Ärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 in Krankheitsfällen grundsätzlich beihilfefähig. Die Vorschriften des Kapitels 4 bleiben unberührt. Aufwendungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für den Dienstherrn der beihilfeberechtigten Person trägt die Festsetzungsstelle.

§ 13 Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern

Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind nach Maßgabe des § 6 Absatz 3 Satz 4 und nach § 22 Absatz 6 beihilfefähig.

§ 14 Zahnärztliche Leistungen

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 grundsätzlich beihilfefähig. Für Zahnersatz und implantologische Leistungen kann der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den beihilfefähigen Aufwendungen. Aufwen-

dungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für den Dienstherrn der beihilfeberechtigten Person trägt die Festsetzungsstelle.

§ 15 Implantologische Leistungen

(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte und alle damit in Zusammenhang stehenden weiteren Aufwendungen nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte und der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte sind beihilfefähig bei

1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in
   a) Tumoroperationen,
   b) Entzündungen des Kiefers,
   c) Operationen infolge großer Zysten,
   d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
   e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, ektodermalen Dysplasien oder
   f) Unfällen,
2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,
3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich oder
5. implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer.

Im Fall des Satzes 1 Nummer 5 sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer, einschließlich bereits vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Maßgebend für die Voraussetzung eines zahnlosen Ober- oder Unterkiefers ist der Zeitpunkt der Fixierung der Prothese. Zahnlos im Sinne der Verordnung ist ein Kiefer ohne Zähne und Zahnfragmente.

(2) Liegt keiner der in Absatz 1 Satz 1 genannten Fälle vor, sind die Aufwendungen für höchstens zwei Implantate je Kiefer, einschließlich bereits vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Die Aufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, sind entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu kürzen.

(3) Die Aufwendungen für Suprakonstruktionen auf Implantaten sind im Rahmen des § 16 stets beihilfefähig.

§ 15a Kieferorthopädische Leistungen

(1) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

1. bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist oder
2. bei schweren Kieferanomalien, insbesondere bei angeborenen Missbildungen des Gesichts oder eines Kiefers, skelettalen Dysgnathien oder verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen, eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt.

Voraussetzung ist, dass die Festsetzungsstelle den Aufwendungen vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt hat. Die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplanes nach Satz 2 sind beihilfefähig.

(2) Für eine kieferorthopädische Behandlung Erwachsener ist abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 eine Beihilfe zu Aufwendungen zu bewilligen, wenn durch ein Gutachten bestätigt wird, dass

1. die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können,
2. keine Behandlungsalternative vorhanden ist,
3. erhebliche Folgeprobleme bestehen, insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion, und
4. eine sekundäre Anomalie vorliegt, die erst im Erwachsenenalter erworben wurde.

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

(4) Ist eine Weiterbehandlung über den Regelfall eines vierjährigen Zeitraums hinaus medizinisch notwendig, muss der Festsetzungsstelle vor Ablauf der laufenden Behandlung ein neuer Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Pro Jahr der Weiterbehandlung werden 25 Prozent der Aufwendungen für die kieferorthopädischen Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte als beihilfefähig anerkannt. Aufwendungen für eine Behandlung, die vor

Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, sind auch bei einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig, die auf Grundlage des Heil- und Kostenplanes nach Absatz 1 Satz 2 von der Festsetzungsstelle genehmigt wurde.

(6) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels sind nur beihilfefähig bei

1. Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,
2. Beseitigung von Habits bei einem habituellen offenen oder seitlichen Biss bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,
3. Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigen Milchzahnverlustes,
4. Frühbehandlung
   a) eines Distalbisses bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,
   b) eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses bei transversaler Abweichung mit einseitigem oder beidseitigem Kreuzbiss, der durch präventive Maßnahmen nicht zu korrigieren ist,
   c) einer Bukkalokklusion, Nonokklusion oder Lingualokklusion permanenter Zähne bei transversaler Abweichung,
   d) eines progenen Zwangsbisses oder frontalen Kreuzbisses bei mesial sagittaler Stufe,
   e) bei Platzmangel zum Schaffen von Zahnlücken von mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern oder zum Vergrößern von Zahnlücken um mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern,
5. früher Behandlung
   a) einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderer kraniofazialer Anomalien,
   b) eines skelettal offenen Bisses bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,
   c) einer Progenie bei mesial sagittaler Stufe,
   d) verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.

Die Frühbehandlung nach Satz 1 Nummer 4 soll nicht vor Vollendung des dritten Lebensjahres begonnen und innerhalb von sechs Kalenderquartalen abgeschlossen werden; eine reguläre kieferorthopädische Behandlung kann sich anschließen, wenn die zweite Phase des Zahnwechsels vorliegt. Aufwendungen für den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte sind neben den Aufwendungen für eine Behandlung nach Satz 1 Nummer 4 oder Nummer 5 gesondert beihilfefähig.

§ 15b Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

(1) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn eine der folgenden Indikationen vorliegt:

1. Kiefer- und Muskelerkrankungen,
2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte,
4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen oder
5. umfangreiche Gebisssanierungen.

Eine Gebisssanierung ist umfangreich, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichstehen, und wenn die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise herstellbar ist.

(2) Die beihilfeberechtigte Person hat der Festsetzungsstelle eine Kopie der zahnärztlichen Dokumentation nach Nummer 8000 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte vorzulegen.

§ 16 Auslagen, Material- und Laborkosten

(1) Gesondert berechenbare Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten nach § 4 Abs. 3 und § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Nummern 2130 bis 2320, 5000 bis 5340, 7080 bis 7100 und 9000 bis 9170 der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte entstanden sind, sind zu 40 Prozent beihilfefähig. Dies gilt nicht bei Indikationen nach § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4.

(2) Wenn der auf die in Absatz 1 genannten Aufwendungen entfallende Anteil nicht nachgewiesen ist, sind 40 Prozent des Gesamtrechnungsbetrages anzusetzen.

§ 17 Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf

(1) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf und Personen, die bei ihnen berücksichtigungsfähig sind, sind beihilfefähig, soweit sie nicht in Absatz 2 ausgenommen sind.

(2) Von der Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 ausgenommen sind Aufwendungen für

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

Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn die beihilfeberechtigte Person zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

§ 18 Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung

(1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie in den Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sowie für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung sind nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 sowie der §§ 18a bis 21 beihilfefähig.

(2) Vor Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens erfolgen. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die somatische Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt in einem schriftlichen Konsiliarbericht bestätigt wird.

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 19 bis 21,
2. Leistungen nach Abschnitt 1 der Anlage 3.

§ 18a Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie sind beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen und Dysthymie,
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen,
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,

5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

(2) Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie beihilfefähig bei

1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen
   a) durch psychotrope Substanzen; im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder voraussichtlich innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
   b) durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,
2. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
3. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,
4. schizophrenen und affektiven psychotischen Störungen.

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach den Abschnitten 2 bis 4 der Anlage 3 erbracht werden. Eine Sitzung der Psychotherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und von mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(3) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen nach Absatz 1 dienen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder einer Verhaltensanalyse und nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens acht probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zu Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Aufwendungen für Maßnahmen nach Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung später als nicht notwendig erwiesen hat.

(4) Das Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 ist bei einer Gutachterin oder einem Gutachter einzuholen, die oder der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung in der jeweils geltenden auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de) veröffentlichten Fassung bestellt worden ist. Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, kann das Gutachten beim Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes oder bei einer oder einem vom Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes beauftragten Ärztin oder Arzt eingeholt werden.

(5) Haben Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, am Dienstort keinen persönlichen Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen, sind die Aufwendungen für die folgenden Leistungen auch dann beihilfefähig, wenn die Leistungen telekommunikationsgestützt erbracht werden:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte oder
2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

Bei telekommunikationsgestützter Therapie sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Aufwendungen für Telekommunikationsdienstleistungen sind nicht beihilfefähig. Wird von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder von einer analytischen Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie zu einer telekommunikationsgestützten Therapie gewechselt, sind die Aufwendungen für die telekommunikationsgestützte Therapie beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit nach Einholung eines Gutachtens zur Notwendigkeit des Wechsels anerkannt hat. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind.

(6) Aufwendungen für eine Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung sind nur bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen eines umfassenden Behandlungs-

konzepts der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie beihilfefähig.

§ 19 Psychoanalytisch begründete Verfahren

(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 18. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzel-behandlung	Gruppen-behandlung
im Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
in Ausnahmefällen	30 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist	höchstens 20 weitere Sitzungen	höchstens 20 weitere Sitzungen

2. analytische Psychotherapie von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzel-behandlung	Gruppen-behandlung
im Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/des Therapeuten	80 weitere Sitzungen	40 weitere Sitzungen
in Ausnahmefällen	nochmals 80 weitere Sitzungen	nochmals 40 weitere Sitzungen
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist	höchstens 60 weitere Sitzungen	höchstens 30 weitere Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzel-behandlung	Gruppen-behandlung
im Regelfall	90 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
in Ausnahmefällen	höchstens 40 weitere Sitzungen	höchstens 30 weitere Sitzungen

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

	Einzel-behandlung	Gruppen-behandlung
im Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
in Ausnahmefällen	höchstens 30 weitere Sitzungen	höchstens 30 weitere Sitzungen

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

(2) Bei durch Gutachten belegter medizinischer Notwendigkeit der Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die dafür vorgesehenen Sitzungen bei Einzelbehandlung bis zu einem Viertel und bei Gruppenbehandlung bis zur Hälfte der bewilligten Zahl von Sitzungen zusätzlich anerkannt werden.

(3) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Aufwendungen für Leistungen einer solchen Kombination sind nur beihilfefähig, wenn sie auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines besonders begründeten Erstantrags erbracht werden.

(4) Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

§ 20 Verhaltenstherapie

(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	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wenn das Behandlungsziel nicht innerhalb von 45 Sitzungen erreicht worden ist	15 weitere Sitzungen	15 weitere Sitzungen
in Ausnahmefällen	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

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

(2) § 19 Absatz 2 gilt entsprechend.

(3) Einer Anerkennung nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 bedarf es nicht, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten nach Abschnitt 4 der Anlage 3 vorgelegt wird, dass

1. bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen,
2. bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen

erforderlich sind. Muss in Ausnahmefällen die Behandlung verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung der medizinischen Notwendigkeit durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 18a Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 einzuholen.

(4) Aufwendungen für eine Rational-Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

§ 21 Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung im Sinne dieser Verordnung umfasst

1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte und
2. Hypnose, autogenes Training und Relaxationstherapie nach Jacobson nach den Nummern 845 bis 847 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

(2) Je Krankheitsfall sind beihilfefähig Aufwendungen für

1. verbale Intervention als Einzelbehandlung mit bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,
2. Hypnose als Einzelbehandlung mit bis zu zwölf Sitzungen sowie
3. autogenes Training und Relaxationstherapie nach Jacobson als Einzel- oder Gruppenbehandlung mit bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich.

Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 sind nicht beihilfefähig, wenn sie zusammen mit Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nummer 2 und 3 in derselben Sitzung entstanden sind. Neben den Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 sind Aufwendungen für somatische ärztliche Untersuchungen und Behandlungen von Krankheiten und deren Auswirkungen beihilfefähig.

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

Abschnitt 2 Sonstige Aufwendungen

§ 22 Arznei- und Verbandmittel

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich nach Art und Umfang schriftlich verordnete oder während einer Behandlung verbrauchte

1. Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes, die apothekenpflichtig sind,
2. Verbandmittel,
3. Harn- und Bluttestreifen sowie
4. Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in Anlage 4 aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen (Anlage 5), es sei denn, dass im Einzelfall nicht der in Anlage 5 genannte Zweck, sondern die Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung im Vordergrund steht, die eine Krankheit ist, und
   a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt oder
   b) die anderen zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,
2. verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von
   a) Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt,
   b) Mund- und Rachenerkrankungen, ausgenommen bei
      aa) Pilzinfektionen,
      bb) Geschwüren in der Mundhöhle oder
      cc) nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,
   c) Verstopfung, ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitus, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase oder

d) Reisekrankheiten, ausgenommen bei der Anwendung gegen Erbrechen bei Tumortherapie und anderen Erkrankungen, zum Beispiel Menièrescher Symptomkomplex,

soweit die Arzneimittel nicht für Minderjährige bestimmt sind,

3. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, sie
   a) sind bestimmt für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden,
   b) wurden für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet, auch, wenn das Arzneimittel auf Grund einer ärztlichen Verordnung zuvor von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person selbst beschafft werden musste,
   c) gelten bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard und werden mit dieser Begründung ausnahmsweise verordnet; die beihilfefähigen Ausnahmen ergeben sich aus Anlage 6,
   d) sind in der Fachinformation zum Hauptarzneimittel eines beihilfefähigen Arzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben oder
   e) werden zur Behandlung unerwünschter Arzneimittelwirkungen, die beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines beihilfefähigen Arzneimittels auftreten können, eingesetzt; dabei muss die unerwünschte Arzneimittelwirkung lebensbedrohlich sein oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigen,
4. traditionell angewendete Arzneimittel nach § 109 Absatz 3 und § 109a des Arzneimittelgesetzes mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise auf der äußeren Umhüllung oder der Packungsbeilage des Arzneimittels:
   a) zur Stärkung oder Kräftigung,
   b) zur Besserung des Befindens,
   c) zur Unterstützung der Organfunktion,
   d) zur Vorbeugung,
   e) als mild wirkendes Arzneimittel,
5. traditionelle pflanzliche Arzneimittel nach § 39a des Arzneimittelgesetzes,
6. hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung; dies gilt nicht bei Personen unter 20 Jahren oder wenn diese Mittel unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden,
7. gesondert ausgewiesene Versandkosten.

(3) Aufwendungen für Arzneimittel, die nach Anlage 7 den Arzneimittelgruppen, für die ein Festbetrag nach § 35 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

festgesetzt werden kann, zuzuordnen sind, sind nur bis zur Höhe der Festbeträge nach den Übersichten nach § 35 Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für Arzneimittel, bei denen nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist, sind nach Maßgabe der Anlage 8 beihilfefähig. Arzneimittel nach Satz 1 können darüber hinaus im Einzelfall als beihilfefähig anerkannt werden, wenn eine medizinische Stellungnahme darüber vorgelegt wird, dass das Arzneimittel zur Behandlung notwendig ist.

(5) Aufwendungen für ärztlich verordnete Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind zur enteralen Ernährung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der natürlichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. Aufwendungen für Elementardiäten sind beihilfefähig für Personen, die das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, mit Kuhmilcheiweiß-Allergie; dies gilt ferner bei Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden. Im Übrigen sind Aufwendungen für Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Krankenkost und diätetische Lebensmittel nicht beihilfefähig.

(6) Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, Teststreifen und Medizinprodukte, die eine Heilpraktikerin oder ein Heilpraktiker während einer Behandlung verbraucht hat.

§ 23 Heilmittel

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig, wenn diese in Anlage 9 aufgeführt sind und von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe nach Anlage 10 angewandt werden. Bei einer Sprachtherapie sind auch Aufwendungen für Leistungen staatlich anerkannter Sprachtherapeuten sowie vergleichbar qualifizierter Personen beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind auf die in Anlage 9 genannten Höchstbeträge beschränkt.

(2) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel anstelle der in Absatz 1 Satz 3 genannten Höchstbeträge nach den ortsüblichen Gebühren unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, die die Höchstbeträge nach Absatz 1 Satz 3 übersteigen, höchstens jedoch um 10 Euro. Diese Minderung gilt nicht für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 24 Komplextherapie und integrierte Versorgung

(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 6 Absatz 3 Satz 1 und 2 und § 23 Absatz 1 in angemessener Höhe beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Komplextherapie von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht wird, dem auch Ärztinnen, Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen nach Anlage 10 angehören müssen.

(2) Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren, die zu einer solchen Behandlung nach § 119 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermächtigt wurden, sind beihilfefähig bis zu der Höhe der Vergütung, die die Einrichtung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern in einer Vereinbarung getroffen hat. Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind in der Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, wenn dazu Verträge zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.

§ 25 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Beihilfefähig sind vorbehaltlich des Absatzes 4 Aufwendungen für Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb, Unterweisung in den Gebrauch und Unterhaltung der in Anlage 11 genannten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke unter den dort genannten Voraussetzungen. Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Gegenstandes im Sinne von Satz 1 sind nach Ablauf von sechs Monaten seit Anschaffung beihilfefähig, wenn eine erneute ärztliche Verordnung vorliegt.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die

1. einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen haben,
2. einen niedrigen Abgabepreis haben,
3. der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind oder
4. in Anlage 12 genannt sind.

(3) Aufwendungen für das Mieten von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle nach Absatz 1 Satz 1 sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die Aufwendungen für deren Anschaffung sind und diese sich dadurch erübrigt.

(4) Sind Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 weder in Anlage 11 oder 12 aufgeführt noch mit den aufgeführten Gegenständen vergleichbar, sind hierfür getätigte Aufwendungen ausnahmsweise beihilfefähig, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat bei Aufwendungen von mehr als 600 Euro vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen. Soweit das Einvernehmen des Bundesministeriums des Innern allgemein erklärt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen. Absatz 2 bleibt unberührt.

(5) Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind nur in Höhe des 100 Euro je Kalenderjahr übersteigenden Betrages beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

§ 26 Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, vergütet werden, für

1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung),
3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte (§ 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes),
4. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, sofern dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes), und
5. Wahlleistungen in Form
   a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung,
   b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und
   c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Leistungen nach § 22.

§ 26a Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung

(1) Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, aber nicht

nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, 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 der Ermittlung des Betrages wird die obere Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, sowie die mittlere Verweildauer gemäß des Fallpauschalenkataloges,
2. bei Indikationen, die nicht mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, sofern der tägliche Gesamtbetrag folgende Beträge nicht übersteigt:
   a) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 293,80 Euro,
   b) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 225,60 Euro,
   c) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 462,80 Euro,
   d) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 345,80 Euro,
3. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, abzüglich 14,50 Euro täglich,
4. zur Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste,
5. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes).

(2) Gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind, sofern die Abrechnung nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte erfolgt, neben den Aufwendungen nach Absatz 1 beihilfefähig.

(3) Mit den Beträgen nach Absatz 1 sind Aufwendungen für Leistungen abgegolten, die

1. von Krankenhäusern zusätzlich in Rechnung gestellt werden und

2. Bestandteile der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung sind.

(4) Vor der Aufnahme in ein Krankenhaus nach Absatz 1 kann bei der Festsetzungsstelle eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.

(5) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt sind oder die bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich beihilfefähig, sofern die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach § 26 Nummer 5 Buchstabe b entspricht. Satz 1 gilt nicht, wenn aus medizinischen Gründen eine andere Unterbringung notwendig ist. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die für den Einsatz von Unternehmen entstehen, die bei der Abrechnung von im Ausland erbrachten stationären Leistungen tätig werden.

§ 27 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, soweit sie angemessen und nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich sind und die Pflege

1. nicht länger als vier Wochen dauert,
2. weder von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person noch von einer anderen im Haushalt lebenden Person durchgeführt werden kann und
3. im eigenen Haushalt oder an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.

Angemessen im Sinne des Satzes 1 sind Aufwendungen bis zur Höhe des tariflichen oder ortsüblichen Entgelts einer Pflegekraft der öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger, die für die häusliche Krankenpflege in Betracht kommen. Bis zu dieser Höhe beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft, die die Ärztin oder der Arzt für geeignet erklärt.

(2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 1 umfasst

1. Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung,
2. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen,
3. ambulante psychiatrische Krankenpflege und
4. ambulante Palliativversorgung.

Aufwendungen für die hauswirtschaftliche Versorgung sind beihilfefähig auch an geeigneten Orten für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt.

(3) In Ausnahmefällen können die Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum anerkannt werden, wenn eine ärztliche Bescheinigung darüber vorgelegt wird, dass häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum notwendig ist. Die ambulante Palliativversorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 ist regelmäßig als Ausnahmefall zu werten. Ist eine Behandlungspflege erforderlich, um sicherzustellen, dass das Ziel der ärztlichen Behandlung erreicht wird, ist Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nicht anzuwenden.

(4) Wird häusliche Krankenpflege im Sinne der Absätze 1, 2 und 3 durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder der gepflegten Person durchgeführt, sind nur beihilfefähig:

1. Aufwendungen für Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person und
2. eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte.

(5) Ist häusliche Krankenpflege nach Absatz 1

1. bei schwerer Krankheit oder
2. wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit,

insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichend und liegt keine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch vor, sind Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege ärztlich bescheinigt worden ist.

§ 28 Familien- und Haushaltshilfe

(1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind pro Stunde in Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro, beihilfefähig, wenn

1. die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person den Haushalt wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§ 24 Absatz 1 und 3, §§ 26, 26a und 32 Absatz 1, §§ 34 und 35 Absatz 1 Nummer 1 bis 5, §§ 39 und 40 Absatz 2) nicht weiterführen kann oder verstorben ist,
2. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und
3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

In Ausnahmefällen kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde von diesen Voraussetzungen abgewichen werden.

(2) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe, deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt worden ist, sind in der in Absatz 1 bestimmten Höhe bis zu 28 Tagen beihilfefähig

1. bei schwerer Krankheit oder
2. bei akuter Verschlimmerung einer Krankheit,

insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, unmittelbar nach einer ambulanten Operation oder unmittelbar nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) Nach dem Tod der haushaltführenden Person sind die Aufwendungen nach Absatz 1 für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate, beihilfefähig. § 27 Absatz 4 gilt entsprechend.

(4) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe berücksichtigungsfähige Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Personen in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für notwendige Fahrtkosten sind in Höhe der Reisekostenvergütung nach den §§ 3, 4 und 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes beihilfefähig.

§ 29 Familien- und Haushaltshilfe im Ausland

(1) Aufwendungen beihilfeberechtigter Personen nach § 3 für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch dann beihilfefähig, wenn

1. eine ambulante ärztliche Behandlung der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person, die den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist,
2. mindestens eine berücksichtigungsfähige Person, die das vierte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, im Haushalt zurückbleibt und
3. die Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert.

(2) Im Geburtsfall sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe auch dann beihilfefähig, wenn eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet ist und der Dienstort wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden muss. Maßgeblich ist die ärztlich festgestellte notwendige Abwesenheitsdauer.

(3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe berücksichtigungsfähige Personen, die das vierte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beim Verlassen des Dienstortes mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. Übernehmen die Ehegattin, der Ehegatte, die Lebenspartnerin, der Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des die Familien- und Haushaltshilfe in Anspruch Nehmenden die Führung des Haushalts, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.

§ 30 Soziotherapie

Aufwendungen für Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie richten sich nach § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 30a Neuropsychologische Therapie

(1) Aufwendungen für ambulante neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie

1. der Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen dienen, insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma und
2. durchgeführt werden von Fachärztinnen oder Fachärzten
   a) für Neurologie,
   b) für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie,
   c) Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder
   d) Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

   die zusätzlich zu ihrer Gebietsbezeichnung über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen.

Satz 1 gilt auch bei Behandlungen, die durchgeführt werden von

1. ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,
2. psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder
3. Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,

wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Absatz 3.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie, wenn

1. ausschließlich angeborene Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung behandelt werden, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (ADHS oder ADS), Intelligenzminderung,
2. es sich um Hirnerkrankungen mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimertyp, handelt,
3. die Hirnschädigung oder die Hirnerkrankung mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten länger als fünf Jahre zurückliegt.

(3) Aufwendungen für neuropsychologische Behandlungen sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bis zu fünf probatorische Sitzungen sowie
2. bei Einzelbehandlung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 25 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert
Regelfall	120 Behandlungseinheiten	60 Behandlungseinheiten
Ausnahmefall	40 weitere Behandlungseinheiten	20 weitere Behandlungseinheiten

3. bei Gruppenbehandlung, bei Kindern und Jugendlichen gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 100 Minuten dauert
80 Behandlungseinheiten	40 Behandlungseinheiten

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist die gesamte Behandlung nach Satz 1 Nummer 2 beihilfefähig.

§ 31 Fahrtkosten

(1) Aufwendungen für Rettungsfahrten und -flüge sind beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten

1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen,
2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn
   a) dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder
   b) die Festsetzungsstelle zugestimmt hat,
3. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung in Ausnahmefällen nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle,
4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine – andernfalls medizinisch gebotene – stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
5. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,

6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist, und
7. der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten Kindes, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, in Ausnahmefällen.

Die Zustimmung der Festsetzungsstelle nach Satz 1 Nummer 3 gilt als erteilt bei

1. beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen
   a) mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen
      aa) „aG“,
      bb) „BI“,
      cc) „H“, oder
   b) der Pflegegrade 3 bis 5 oder
2. notwendigen Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie.

(3) Nicht beihilfefähig sind

1. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen sowie
2. Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union.

Kosten nach Satz 1 Nummer 2 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn zwingende medizinische Gründe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes vorliegen. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde. Die Erteilung der Zustimmung bedarf des Einvernehmens des Bundesministeriums des Innern.

(4) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt das Bundesreisekostengesetz entsprechend mit der Maßgabe, dass Wegstreckenentschädigung nur nach § 5 Abs. 1 des Bundesreisekostengesetzes gewährt wird. Bei Fahrten nach den Absätzen 1 und 2 Nr. 6 sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

(5) Ist für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort einschließlich der Kosten für die Rückfahrt beihilfefähig, wenn

1. eine sofortige Behandlung geboten war oder

2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat; in Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

Die Hin- und Rückfahrt gelten als eine Fahrt.

§ 32 Unterkunftskosten

(1) Aufwendungen für Unterkunft anlässlich notwendiger auswärtiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher oder psychotherapeutischer Leistungen sind bis 150 Prozent nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des Bundesreisekostengesetzes beihilfefähig. Ist eine Begleitperson medizinisch erforderlich, sind Aufwendungen für deren Unterkunft in gleicher Höhe beihilfefähig.

(2) Werden ärztlich verordnete Heilmittel in einer Einrichtung verabreicht, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch Pauschalen beihilfefähig. Dies gilt auch, wenn die Pauschalen einen Verpflegungsanteil enthalten.

(3) Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 2 sind bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, auch dann beihilfefähig, wenn sie außerhalb des Gastlandes erbracht werden. Aufwendungen für eine Unterkunft im Ausland sind bis zur Höhe von 150 Prozent des Auslandsübernachtungsgelds (§ 3 Absatz 1 der Auslandsreisekostenverordnung) beihilfefähig.

§ 33 Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

Beihilfefähig sind Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohlichen Erkrankung, anlässlich einer im Regelfall tödlich verlaufenden Erkrankung oder anlässlich einer Erkrankung, die diesen beiden Arten von Erkrankungen wertungsmäßig vergleichbar ist, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht und
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen.

Abschnitt 3 Rehabilitation

§ 34 Anschlussheil- und Suchtbehandlungen

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. Satz 1 gilt auch für Anschlussheilbehandlungen, wenn diese nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie notwendig sind.

(2) Aufwendungen für ärztlich verordnete Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Aufwendungen für die ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(3) Die Beihilfefähigkeit nach den Absätzen 1 und 2 setzt voraus, dass die ärztliche Verordnung die Rehabilitationsmaßnahme jeweils nach Art und Dauer begründet. Die Einrichtung muss für die Durchführung der Anschlussheil- oder Suchtbehandlung geeignet sein. Maßnahmen nach Absatz 2 sind nur nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. In Ausnahmefällen kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.

(4) § 26 Nummer 5, § 31 Absatz 2 Nummer 6 und 7, § 35 Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 1 bis 4 und 5 Buchstabe a und b gelten entsprechend ohne die zeitliche Begrenzung des Satzes 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, Absatz 2, § 31 Absatz 2 Nummer 6 und 7, § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 bis 4 und 5 Buchstabe b ohne zeitliche Begrenzung beihilfefähig.

§ 35 Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
3. ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose, leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert,
4. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für beihilfeberechtigte Personen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1,
5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen und
6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung.

Anerkanntes Heilbad oder anerkannter Kurort sind solche, die in Anlage 15 aufgeführt sind. Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort befinden.

(2) Für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25 und 26 Nummer 5 beihilfefähig. Daneben sind bei Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beihilfefähig:

1. Fahrtkosten für die An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderungskosten
   a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten und
   b) mit privaten Kraftfahrzeugen in entsprechender Anwendung des § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes,

   insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
2. Aufwendungen und nachgewiesener Verdienstausfall von Begleitpersonen, wenn die medizinische Notwendigkeit einer Begleitung ärztlich bescheinigt worden ist,
3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitpersonen,
4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,
5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung

a) bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise), es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
b) für Begleitpersonen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) 70 Prozent des niedrigsten Satzes, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen der oder des Begleiteten dringend erforderlich,
c) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt,
d) bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) und
e) der Begleitpersonen bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise).

Bei Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 gilt Satz 2 Nummer 1 entsprechend. Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 sind bis zur Höhe von 6,20 Euro je Übungseinheit beihilfefähig.

§ 36 Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat. Sie hat hierzu ein Gutachten einer Amtsärztin, eines Amtsarztes, einer von ihr beauftragten Ärztin oder eines von ihr beauftragten Arztes einzuholen, das Aussagen darüber enthält, dass

1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
2. eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichen, um die Rehabilitationsziele zu erreichen und
3. bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 erzielt werden kann.

Für die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ist ein Gutachten nicht notwendig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebe-

dürftigkeit eine Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer solchen Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme. In Ausnahmefällen kann die Anerkennung auch nachträglich erfolgen.

(2) Die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 durchgeführt wurde, es sei denn, nach dem Gutachten ist aus medizinischen Gründen eine Rehabilitationsmaßnahme nach Absatz 1 in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.

(3) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in einer ausländischen Einrichtung außerhalb der Europäischen Union auch beihilfefähig, wenn vor Beginn der Maßnahme die oder der von der Festsetzungsstelle beauftragte Ärztin oder Arzt die Einrichtung für geeignet erklärt hat und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt werden kann. Dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit sind Unterlagen über die in Aussicht genommene Einrichtung beizufügen. Wird eine Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt, sind die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem Behandlungsort beihilfefähig, wenn die An- und Abreise nicht mit einer Heimaturlaubsreise oder einer anderen amtlich bezahlten Reise verbunden werden kann. Dies gilt auch, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der in § 9 Abs. 1 erwähnten Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt wird, soweit der Kostenträger Fahrtkosten für die Abreise vom und die Anreise zum Auslandsdienstort nicht übernimmt und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat.

Kapitel 3 Aufwendungen in Pflegefällen

§ 37 Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen

(1) Der Bund beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn

1. beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen Leistungen der Pflegeversicherung
   a) beziehen oder
   b) beantragt haben und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht und

2. eine entsprechende Vereinbarung des Bundes und den Trägern der Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht.

Der von der Festsetzungsstelle zu zahlende Betrag wird durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern bekanntgegeben.

(2) Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen nach Maßgabe der §§ 38 bis 38g und der §§ 39 bis 39b, wenn sie pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind.

§ 38 Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen

Aufwendungen für Pflegeleistungen sind nur beihilfefähig bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen
1. der Pflegegrade 2 bis 5 nach Maßgabe der §§ 38a bis 39a und
2. des Pflegegrades 1 nach § 39b.

§ 38a Häusliche Pflege

(1) Aufwendungen für häusliche Pflege entsprechend § 36 Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Form von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sind in Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Sätze beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte erbracht wird, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer

ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Satz 1 ist nicht anwendbar, wenn Aufwendungen wegen desselben Sachverhalts für eine häusliche Krankenpflege nach § 27 beihilfefähig sind. § 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für Leistungen

1. zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende oder
2. zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags

sind entsprechend den §§ 45a und 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(3) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 wird eine Pauschalbeihilfe gewährt, sofern die häusliche Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 2 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalbeihilfe richtet sich dabei nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf Pauschalbeihilfen anzurechnen. Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten die Pauschalbeihilfe zur Hälfte.

(4) Besteht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. Pauschalbeihilfe wird fortgewährt

1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und
2. während einer Kurzzeitpflege nach § 38e für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr.

Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe. Verstirbt die oder der Pflegebedürftige, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.

(5) Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26c des Bundesversorgungsgesetzes berührt die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht.

(6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, sofern für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

§ 38b Kombinationsleistungen

(1) Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach § 38a Absatz 1 nur teilweise durch eine geeignete Pflegekraft, die die Voraussetzungen nach § 38a Absatz 1 Satz 2 erfüllt, wird neben der Beihilfe anteilige Pauschalbeihilfe nach § 38a Absatz 3 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach § 38a Absatz 1 gewährt wird.

(2) Die anteilige Pauschalbeihilfe wird fortgewährt

1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und
2. während einer Kurzzeitpflege nach § 38e für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr.

Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe.

(3) Pflegebedürftige Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten ungeminderte Pauschalbeihilfe anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

§ 38c Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege entsprechend § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

§ 38d Teilstationäre Pflege

(1) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind entsprechend § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn

1. häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder
2. die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

(2) Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

(3) Aufwendungen für Leistungen der teilstationären Pflege sind neben den Aufwendungen nach § 38a Absatz 1 oder 3 oder nach § 38b beihilfefähig.

§ 38e Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, sind Aufwendungen für Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

§ 38f Ambulant betreute Wohngruppen

Entstehen Aufwendungen nach § 38a Absatz 1, 2 oder 3 oder nach § 38b in ambulant betreuten Wohngruppen und sind auch die Voraussetzungen nach § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, wird eine weitere Beihilfe entsprechend § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum jeweiligen Bemessungssatz gewährt. Daneben sind Aufwendungen im Rahmen der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen entsprechend § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

§ 38g Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und

2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist derjenige Betrag dem Grunde nach beihilfefähig, der für die Berechnung der anteiligen Versicherungsleistungen zugrunde gelegt worden ist.

§ 38h Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

(1) Auf Antrag der Pflegeperson sind beihilfefähig

1. Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44a Absatz 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Festsetzungsstelle führt an die jeweiligen Leistungsträger Leistungen ab für die

1. Pflegeperson im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur sozialen Sicherung nach § 44 Absatz 1, 2 und 2b des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld nach § 26 Absatz 2 Nummer 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit den §§ 345 und 347 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden in der Höhe gewährt, die dem Bemessungssatz der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person entspricht.

§ 39 Vollstationäre Pflege

(1) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung sind beihilfefähig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt. Beihilfefähig sind:

1. pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und

2. Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, sofern hierzu nicht nach § 27 Beihilfe gewährt wird.

§ 43 Absatz 2 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Rechnet die Pflegeeinrichtung monatlich ab, so sind auf besonderen Antrag Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die nach Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, sowie für Verpflegung und Unterkunft einschließlich der Investitionskosten beihilfefähig, sofern von den durchschnittlichen monatlichen nach Absatz 3 maßgeblichen Einnahmen höchstens ein Betrag in Höhe der Summe der folgenden monatlichen Beträge verbleibt:

1. 8 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede beihilfeberechtigte und jede berücksichtigungsfähige Person sowie für jede Ehegattin oder jeden Ehegatten oder für jede Lebenspartnerin oder jeden Lebenspartner, für die oder den ein Anspruch nach Absatz 1 oder nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
2. 30 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für eine beihilfeberechtigte Person sowie für eine Ehegattin oder einen Ehegatten oder für eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner, für die oder den kein Anspruch nach Absatz 1 oder nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,
3. 3 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das kein Anspruch auf Beihilfe nach Absatz 1 oder nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht, und
4. 3 Prozent des Grundgehalts der letzten Besoldungsgruppe für die beihilfeberechtigte Person.

Satz 1 gilt bei anderen Abrechnungszeiträumen entsprechend. Hat eine beihilfeberechtigte oder eine berücksichtigungsfähige Person Anspruch auf Zuschuss zu den Unterkunfts-, Investitions- und Verpflegungskosten nach landesrechtlichen Vorschriften, sind die Aufwendungen nach Satz 1 in Höhe des tatsächlich gezahlten Zuschusses zu mindern.

(3) Einnahmen im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 sind die folgenden im Kalenderjahr vor Antragstellung erzielten Einkünfte:

1. die Bruttobezüge nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 und Absatz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben, und der Altersteilzeitzuschlag; unberücksichtigt bleibt der kinderbezogene Familienzuschlag,
2. die Bruttobezüge nach § 2 des Beamtenversorgungsgesetzes, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben; unbe-

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

3. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person, der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; maßgeblich ist der Betrag, der sich vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses ergibt, dabei bleiben Leistungen der Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch unberücksichtigt, sowie
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 Einnahmen im Jahr der Antragstellung voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zugrunde zu legen. Hat die beihilfeberechtigte Person keine Einnahmen nach Satz 1 aus dem Kalenderjahr vor Antragstellung, werden die voraussichtlichen Einnahmen für das laufende Jahr zugrunde gelegt.

(4) Beihilfefähig sind Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung entsprechend § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

(5) Beihilfefähig sind Aufwendungen entsprechend § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn

1. die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder
2. festgestellt wurde, dass die zuvor pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist.

(6) Absatz 2 gilt nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 39a Einrichtungen der Behindertenhilfe

Beihilfefähig sind entsprechend § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen.

§ 39b Aufwendungen bei Pflegegrad 1

Für pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen des Pflegegrades 1 sind Aufwendungen beihilfefähig für:

1. Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 38a Absatz 6,
2. zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38f, ohne dass Aufwendungen nach § 38 Absatz 1, 2 oder 3 oder nach § 38b entstanden sein müssen,
3. Pflegehilfsmittel sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 38g,
4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 39 Absatz 4,
5. vollstationäre Pflege nach § 39 Absatz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich,
6. den Entlastungsbetrag nach § 38a Absatz 2 in Verbindung mit § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
7. Rückstufung nach § 39 Absatz 5.

Daneben beteiligt sich der Bund an den Kosten der Pflegeberatung nach § 37 Absatz 1 und an den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 38h Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2.

§ 40 Palliativversorgung

(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 37b Abs. 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

(2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, 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.

(3) Der Bund beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten ambulanter Hospizdienste für erbrachte Sterbebegleitung einschließlich palliativ-pflegerischer Beratung bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen. Voraussetzung einer Kostenbeteiligung ist eine Vereinbarung zwischen dem Bund und den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten Hospizdienste maßgeblichen Spitzenorganisationen. Der von der Festsetzungsstelle zu zahlende Betrag wird durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern bekanntgegeben.

Kapitel 4 Aufwendungen in anderen Fällen

§ 41 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge im ärztlichen Bereich sind beihilfefähig. Die §§ 20i, 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Daneben sind die in Anlage 13 aufgeführten Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig für

1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und
3. prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4050, 4055 und 4060 der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte und Nummer 1 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

(3) Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind nur beihilfefähig, wenn die Leistung durch von der Deutschen Krebshilfe benannte Zentren und nach Maßgabe der Anlage 14 erbracht werden.

(4) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen, die nicht nach anderen Vorschriften dieser Verordnung beihilfefähig

sind, in Verwaltungsvorschriften für diejenigen Fälle ausnahmsweise zulassen, in denen die Gewährung von Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist.

(5) § 31 Abs. 5 in Verbindung mit § 49 Absatz 4 Nummer 3 gilt entsprechend.

§ 42 Schwangerschaft und Geburt

(1) Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind neben den Leistungen nach Kapitel 2 beihilfefähig Aufwendungen für

1. ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung,
2. die Hebamme oder den Entbindungspfleger im Rahmen der jeweiligen landesrechtlichen Gebührenordnung,
3. von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. eine Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen. § 27 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind in Geburtsfällen zusätzlich die vor Aufnahme in ein Krankenhaus am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft beihilfefähig. § 32 Abs. 3 Satz 2 gilt entsprechend. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt des Ehegatten, der Lebenspartnerin, der Eltern oder der Kinder der Schwangeren.

§ 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch

(1) Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der Arzneimittel, die im Zusammenhang damit verordnet werden, sind beihilfefähig, soweit deren Inhalt und Ausgestaltung den Grundsätzen nach § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechen.

(2) Aufwendungen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, insbesondere die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen, sind außer in den Fällen des Satzes 2 nicht beihilfefähig. Aufwendungen für eine Kryokonservierung sind beihilfefähig, wenn die Kryokonservierung unmittelbar durch eine Krankheit bedingt ist und die oberste Dienstbehörde

zugestimmt hat. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen.

(3) Aufwendungen für eine durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommene Sterilisation sind beihilfefähig, wenn diese wegen einer Krankheit notwendig ist.

(4) Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen und ärztlich verordnete empfängnisregelnde Mittel sind beihilfefähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind nur bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht beihilfefähig.

(5) Für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind Aufwendungen nach den §§ 12, 22, 26, 28, 29, 31 und 32 beihilfefähig. Daneben sind auch die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs beihilfefähig.

§ 44 Tod der beihilfeberechtigten Person

(1) Ist eine beihilfeberechtigte Person während einer Dienstreise, Abordnung, Zuweisung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes ihrer Hauptwohnung nach § 22 Absatz 1 des Bundesmeldegesetzes verstorben, so sind die Kosten der Überführung beihilfefähig.

(2) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig. Liegt der Beisetzungsort nicht im Inland, so sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Überführungskosten, die für eine Überführung in das Inland entstanden wären, beihilfefähig.

§ 45 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Erste Hilfe und für eine behördlich angeordnete Entseuchung sowie für die dabei verbrauchten Stoffe.

(2) Aufwendungen für Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen sind bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Untersuchung und Behandlung, bei Verabreichung von Heilmitteln, bei Versorgung mit Hilfsmitteln, Zahnersatzversorgung oder Pflegeleistungen beihilfefähig, wenn

1. in Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes bestünde und
2. im Einzelfall der Informationsfluss zwischen Leistungserbringerin oder Leistungserbringer und den beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen nur so gewährleistet werden kann.

§ 45a Organspende und andere Spenden

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen bei postmortalen Organspenden für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung, Organisation der Bereitstellung und für den Transport des Organs zur Transplantation, sofern es sich bei den Organempfängerinnen oder Organempfängern um beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen handelt. Die Höhe der Aufwendungen nach Satz 1 richtet sich nach den Entgelten, die die Vertragsparteien nach § 11 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes vereinbart haben. Das Bundesministerium des Innern gibt folgende Pauschalen durch Rundschreiben bekannt:

1. für die Organisation der Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs,
2. für die Aufwandserstattung der Entnahmekrankenhäuser,
3. für die Finanzierung des Transplantationsbeauftragten,
4. für die Finanzierung des Betriebs der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin,
5. für die Flugtransportkosten,
6. für den Einsatz des Organ Care Systems je transplantiertem Herz.

(2) Aufwendungen für eine Spenderin oder einen Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind entsprechend Kapitel 2 beihilfefähig, wenn die Empfängerin oder der Empfänger der Spende eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person ist. Der Spenderin oder dem Spender wird auf Antrag auch der nachgewiesene transplantationsbedingte Ausfall von Arbeitseinkünften anteilig in Höhe des Bemessungssatzes der Empfängerin oder des Empfängers ausgeglichen. Dem Arbeitgeber der Spenderin oder des Spenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt anteilig in Höhe des Bemessungssatzes der Empfängerin oder des Empfängers erstattet. Den Spenderinnen und Spendern

gleichgestellt sind Personen, die als Spenderin oder Spender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.

(3) Aufwendungen für die Registrierung beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen für die Suche nach einer nicht verwandten Blutstammzellspenderin oder einem nicht verwandten Blutstammzellspender im Zentralen Knochenmarkspender-Register sind beihilfefähig.

§ 45b Klinisches Krebsregister

(1) Der Bund beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Krebsregistrierung beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen unmittelbar gegenüber dem klinischen Krebsregister für

1. jede verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor nach § 65c Absatz 4 Satz 2 bis 4 und Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie
2. jede landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister nach § 65c Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Voraussetzung der Kostenbeteiligung ist eine Vereinbarung zwischen dem Bund und dem klinischen Krebsregister.

(2) Der von der Festsetzungsstelle zu zahlende Betrag wird durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern bekanntgegeben.

Kapitel 5 Umfang der Beihilfe

§ 46 Bemessung der Beihilfe

(1) Beihilfe wird als prozentualer Anteil (Bemessungssatz) der beihilfefähigen Aufwendungen gewährt. Maßgeblich ist der Bemessungssatz im Zeitpunkt der Leistungserbringung. In Pflegefällen können, soweit dies in dieser Verordnung ausdrücklich vorgesehen ist, auch Pauschalen gezahlt werden.

(2) Soweit Absatz 3 nichts anderes bestimmt, beträgt der Bemessungssatz für

1. beihilfeberechtigte Personen 50 Prozent,

2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Personen nach § 4 Absatz 1 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die beihilfeberechtigte Person 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach den §§ 39 und 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und 2a des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer beihilfeberechtigten Person nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, erhalten während dieser Zeit den Bemessungssatz, der ihnen am Tag vor Beginn der Elternzeit zustand. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.

(4) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent.

§ 47 Abweichender Bemessungssatz

(1) Die oberste Dienstbehörde oder eine von ihr bestimmte Behörde kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes den Bemessungssatz für Aufwendungen anlässlich einer Dienstbeschädigung angemessen erhöhen, soweit nicht bereits Ansprüche nach dem Beamtenversorgungsgesetz bestehen.

(2) Den Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den Kapiteln 2 und 4 von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und berücksichtigungsfähigen Personen mit geringen Gesamteinkünften kann die oberste Dienstbehörde für höchstens drei Jahre um höchstens 10 Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent ihrer oder seiner Gesamteinkünfte übersteigt. Zu den maßgebenden Gesamteinkünften zählt das durchschnittliche Monatseinkommen der zurückliegenden zwölf Monate aus Bruttoversorgungsbezügen, Sonderzahlungen, Renten, Kapitalerträgen und aus sonstigen laufenden Einnahmen der beihilfeberechtigten Person und ihrer berück-

sichtigungsfähigen Personen nach § 4 Absatz 1; unberücksichtigt bleiben Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch. Die geringen Gesamteinkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Ein zu zahlender Versorgungsausgleich der Versorgungsempfängerin oder des Versorgungsempfängers mindert die anzurechnenden Gesamteinkünfte nicht. Bei einer erneuten Antragstellung ist von den fiktiven Beiträgen zur Krankenversicherung auszugehen, die sich unter Zugrundelegung eines Bemessungssatzes nach § 46 ergeben würden.

(3) Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz in weiteren Ausnahmefällen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern angemessen erhöhen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes zwingend geboten ist. Hierbei ist ein sehr strenger Maßstab anzulegen. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist eine Erhöhung ausgeschlossen.

(4) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent. Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt. Satz 1 ist nicht anzuwenden auf Aufwendungen nach den §§ 37 bis 39b.

(5) Der Bemessungssatz erhöht sich für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, in den Fällen nach § 31 Abs. 5 und § 41 Abs. 5 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, soweit diese Aufwendungen 153 Euro übersteigen und in Fällen nach § 36 Abs. 3, soweit diese Aufwendungen 200 Euro übersteigen.

(6) In Fällen des § 39 Absatz 2 und des § 44 erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent.

(7) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, erhöht sich der Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den §§ 38 und 39b auf 100 Prozent, wenn ein

Pflegegrad vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden.

(8) Das Bundesministerium des Innern kann für Gruppen von beihilfeberechtigten Personen Abweichungen von den §§ 46 und 47 festlegen, wenn ihnen bis zum Entstehen eines Beihilfeanspruchs nach dieser Verordnung ein Anspruch auf Beihilfe nach Landesrecht zustand und die Änderung der Anspruchsgrundlage auf einer bundesgesetzlichen Regelung beruht. Die Abweichungen sollen so festgelegt werden, dass wirtschaftliche Nachteile, die sich aus unterschiedlichen Regelungen über den Bemessungssatz ergeben, ausgeglichen werden. Die Festlegung bedarf des Einvernehmens des Bundesministeriums der Finanzen und des Ressorts, das nach der Geschäftsverteilung der Bundesregierung für die Belange der betroffenen beihilfeberechtigten Personen zuständig ist.

§ 48 Begrenzung der Beihilfe

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den Leistungen, die aus demselben Anlass aus einer Krankenversicherung, aus einer Pflegeversicherung, auf Grund anderer Rechtsvorschriften oder auf Grund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen gewährt werden, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerenten- und Pflegerentenzusatzversicherungen bleiben unberücksichtigt, soweit sie nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen. Ebenfalls unberücksichtigt bleibt das Sterbegeld nach § 18 Absatz 2 Nummer 2 des Beamtenversorgungsgesetzes. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die Aufwendungen, für die im Einzelfall eine Beihilfe zu gewähren ist, in tatsächlicher Höhe. Die Aufwendungen nach den §§ 35 bis 39b werden jeweils getrennt, die übrigen Aufwendungen zusammen abgerechnet. Dabei ist der Summe der Aufwendungen, die mit dem Antrag geltend gemacht werden und die dem Grunde nach beihilfefähig sind, die Gesamtsumme der hierauf entfallenden Leistungen gegenüberzustellen.

(2) Die beihilfeberechtigte Person hat nachzuweisen:

1. den Umfang des bestehenden Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes und
2. die gewährten Leistungen.

Satz 1 Nummer 2 gilt nicht für Erstattungen aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung nach einem Prozentsatz.

§ 49 Eigenbehalte

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5 und höchstens um 10 Euro, jedoch jeweils nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten bei

1. Arznei- und Verbandmitteln im Sinne von § 22,
2. Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücken,
3. Fahrten mit Ausnahme der Fälle nach § 35 Abs. 2,
4. Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag und
5. Soziotherapie je Kalendertag.

Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Satz 1 Nummer 1 ist der Apothekenabgabepreis oder der Festbetrag der jeweiligen Packung des verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen oder bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt der Eigenbehalt 10 Prozent der insgesamt beihilfefähigen Aufwendungen, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

(2) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Euro je Kalendertag bei

1. vollstationären Krankenhausleistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 2, Absatz 2 und stationäre Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 34 Abs. 1 und 2 Satz 1, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und
2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2.

(3) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei häuslicher Krankenpflege um 10 Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr und um 10 Euro je Verordnung.

(4) Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für

1. Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben außer Fahrtkosten,
2. Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
3. ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel,
4. Arznei- und Verbandmittel nach § 22 Absatz 1 Nummer 1 und 2,

a) die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet worden sind oder
b) deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Umsatzsteuer mindestens 30 Prozent niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, der diesem Preis zugrunde liegt,

5. Heil- und Hilfsmittel, soweit vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind, sowie
6. Harn- und Bluttestsreifen.

(5) Das Bundesministerium des Innern kann durch Verwaltungsvorschriften für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die sich besonders gesundheitsbewusst verhalten, indem sie regelmäßig an Vorsorgeprogrammen oder Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten teilnehmen, geringere Eigenbehalte festlegen.

§ 50 Belastungsgrenzen

(1) Auf Antrag sind nach Überschreiten der Belastungsgrenze nach Satz 5

1. Eigenbehalte nach § 49 von den beihilfefähigen Aufwendungen für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen,
2. Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 22 Absatz 2 Nummer 3, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, in voller Höhe als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen:

a) für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 2 bis A 8 und Anwärterinnen und Anwärter sowie berücksichtigungsfähige Personen 8 Euro,

b) für beihilfeberechtigte Personen der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12 sowie berücksichtigungsfähige Personen 12 Euro,

c) für beihilfeberechtigte Personen höherer Besoldungsgruppen sowie berücksichtigungsfähige Personen 16 Euro.

Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Eigenbehalte nach § 49 einbehalten worden sind. Dabei sind

die Beträge nach § 49 Absatz 1 bis 3 entsprechend der Höhe des tatsächlichen Abzugs sowie Aufwendungen für Arzneimittel nach Nummer 2 zum entsprechenden Bemessungssatz zu berücksichtigen. Die beihilfeberechtigte Person hat das Einkommen nach § 39 Absatz 3, die anrechenbaren Eigenbehalte und die Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nachzuweisen. Die Belastungsgrenze beträgt für beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Personen zusammen 2 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 Satz 1 sowie für chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. S. 1343), die zuletzt am 19. Juni 2008 (BAnz. S. 3017) geändert worden ist, 1 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 Satz 1.

(2) Maßgeblich ist das Datum des Entstehens der Aufwendungen. Die Einnahmen der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners werden nicht berücksichtigt, wenn sie oder er Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. Die Einnahmen vermindern sich bei verheirateten oder in einer Lebenspartnerschaft lebenden beihilfeberechtigten Personen um 15 Prozent und für jedes Kind nach § 4 Absatz 2 um den Betrag, der sich aus § 32 Absatz 6 Satz 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes ergibt. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind jeweils die jährlichen Einnahmen des vorangegangenen Kalenderjahres.

(3) Werden die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen, ist für die Berechnung der Belastungsgrenze der nach Maßgabe des Regelbedarfs-Ermittlungsgesetzes zu ermittelnde Regelsatz anzuwenden.

Kapitel 6 Verfahren und Zuständigkeit

§ 51 Bewilligungsverfahren

(1) Über die Notwendigkeit und die wirtschaftliche Angemessenheit von Aufwendungen nach § 6 entscheidet die Festsetzungsstelle. Die beihilfeberechtigte Person ist zur Mitwirkung verpflichtet. § 60 Absatz 1 Satz 1, die §§ 62 und 65 bis 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch sind entsprechend anzuwenden. Die Festsetzungsstelle kann auf eigene Kosten ein Sachverständigengutachten einholen. Ist für die Erstellung des Gutachtens die Mitwirkung der oder des Betroffenen nicht erforderlich, sind die nötigen Gesundheitsdaten vor der Übermittlung so zu pseudonymisieren, dass die Gutachterin oder der Gutachter einen Personenbezug nicht herstellen kann.

(2) In Pflegefällen hat die Festsetzungsstelle im Regelfall das Gutachten zugrunde zu legen, das für die private oder soziale Pflegeversicherung zum Vorliegen dauernder Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt worden ist. Ist die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nicht in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung versichert, lässt die Festsetzungsstelle ein entsprechendes Gutachten erstellen. Satz 2 gilt entsprechend bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, wenn für diese kein Gutachten für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellt worden ist. Auf Antrag kann die Festsetzungsstelle Beihilfe für Aufwendungen in Pflegefällen (§§ 37 bis 39) bis zu zwölf Monate regelmäßig wiederkehrend leisten, wenn die beihilfeberechtigte Person sich in dem Antrag verpflichtet,

1. der Festsetzungsstelle jede Änderung der Angaben im Beihilfeantrag unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen und
2. den Beihilfeanspruch übersteigende Zahlungen zu erstatten.

(3) Die Beihilfe wird auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der beihilfeberechtigten Person bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrunde liegenden Belege sind der Festsetzungsstelle als Zweitschrift oder in Kopie mit dem Antrag oder gesondert vorzulegen. Bei Aufwendungen nach § 26 sind zusätzlich die Entlassungsanzeige und die Wahlleistungsvereinbarung vorzulegen, die nach § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung oder nach § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes vor Erbringung der Wahlleistungen abgeschlossen worden sind. Bei Aufwendungen nach § 26a gilt Satz 3 entsprechend. Liegen konkrete Anhaltspunkte dafür vor, dass eingereichte Belege gefälscht oder verfälscht sind, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der beihilfeberechtigten Person bei dem Urheber des Beleges Auskunft über die Echtheit einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein, es sei denn, sie ist wegen des Kaufes im Ausland nicht erforderlich. Sofern die Festsetzungsstelle dies zulässt, können auch die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen.

(4) Die Belege über Aufwendungen im Ausland müssen grundsätzlich den im Inland geltenden Anforderungen entsprechen. Kann die beihilfeberechtigte Person die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringen, hat die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen festzustellen. Auf Anforderung muss mindestens für eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der erbrachten Leistungen eine Übersetzung vorgelegt werden.

(5) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Soweit Belege zur Prüfung des Anspruchs auf Abschläge für Arzneimittel benötigt werden, können sie einbehalten werden. Soweit die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Belegen herstellt, werden diese einbehalten. Spätestens sechs Monate nach Unanfechtbarkeit des Beihilfebescheides oder nach dem Zeitpunkt, zu dem die Belege für Prüfungen einer der Rabattgewährung nach § 3 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel nicht mehr benötigt werden, sind sie zu vernichten und elektronische Abbildungen spurenlos zu löschen.

(6) Zur Vermeidung unbilliger Härten kann die Festsetzungsstelle nach vorheriger Anhörung der beihilfeberechtigten Person zulassen, dass berücksichtigungsfähige Personen oder deren gesetzliche Vertreterinnen oder Vertreter ohne Zustimmung der beihilfeberechtigten Person die Beihilfe selbst beantragen.

(7) Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Die Festsetzungsstelle kann bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung anderer unbilliger Härten Ausnahmen zulassen.

(8) Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag der beihilfeberechtigten Person Abschlagszahlungen leisten. Sie kann die Beihilfe in Ausnahmefällen mit Zustimmung der beihilfeberechtigten Person an Dritte auszahlen.

§ 52 Zuordnung von Aufwendungen

Beihilfefähige Aufwendungen werden zugeordnet:

1. für eine Familien- und Haushaltshilfe der außerhäuslich untergebrachten Person,
2. für eine Begleitperson der oder dem Begleiteten,
3. für eine familienorientierte Rehabilitationsmaßnahme dem erkrankten Kind und
4. in Geburtsfällen einschließlich der Aufwendungen des Krankenhauses für das gesunde Neugeborene der Mutter.

§ 53 (weggefallen)

§ 54 Antragsfrist

(1) Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der Kriegsopferfürsorge die Aufwendungen bezahlt hat. Die Frist beginnt in Fällen des § 45a Absatz 2 Satz 2 und 3 mit Ablauf des Jahres, in dem die Transplantation oder gegebenenfalls der Versuch einer Transplantation erfolgte.

(2) Die Frist ist auch gewahrt, wenn der Antrag von beihilfeberechtigten Personen nach § 3 innerhalb der Frist nach Absatz 1 bei der zuständigen Beschäftigungsstelle im Ausland eingereicht wird.

§ 55 Geheimhaltungspflicht

Die bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten.

§ 56 Festsetzungsstellen

(1) Festsetzungsstellen sind

1. die obersten Dienstbehörden für die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiterinnen und Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,
2. die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden für die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs und
3. die Versorgungsstellen für die Anträge der Versorgungsempfängerinnen und der Versorgungsempfänger.

(2) Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln. Die Beihilfebearbeitung darf nur auf Behörden des jeweiligen Dienstherrn übertragen werden. Die Übertragung ist im Gemeinsamen Ministerialblatt zu veröffentlichen.

(3) Die Festsetzungsstellen haben die Abschläge für Arzneimittel nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel geltend zu machen.

§ 57 (weggefallen)

Kapitel 7 Übergangs- und Schlussvorschriften

§ 58 Übergangsvorschriften

(1) Auf Aufwendungen, die vor dem 14. Februar 2009 entstanden sind, sind die Beihilfevorschriften vom 1. November 2001, die zuletzt durch Artikel 1 der allgemeinen Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBl S. 379) geändert worden sind, weiter anzuwenden.

(2) Auf Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, bei denen der Gesamtbetrag der Einkünfte die Grenze nach § 4 Absatz 1 überschreitet, aber bis zum 13. Februar 2009 unter der Einkommensgrenze nach § 5 Absatz 4 Nummer 3 der Beihilfevorschriften lag, ist bis zur erstmaligen Überschreitung dieser Grenze § 5 Absatz 4 der Beihilfevorschriften weiter anzuwenden.

(3) Kinder, die mindestens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres berücksichtigungsfähig sind und im Wintersemester 2006/2007 an einer Hochschule oder Fachhochschule eingeschrieben waren, gelten bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich der geleisteten Zeiten des gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes als berücksichtigungsfähige Personen. Die Übergangsregelung hat keine Auswirkung auf den Bemessungssatz der beihilfeberechtigten Person.

(4) § 46 Absatz 3 Satz 2 ist ab dem 1. Januar 2010 anzuwenden. Bis dahin ist § 14 der Beihilfevorschriften in der bis zum 13. Februar 2009 geltenden Fassung (Absatz 1) weiter anzuwenden.

(5) Für am 20. September 2012 vorhandene freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist § 47 Absatz 6 in der bis zum 19. September 2012 geltenden Fassung in Verbindung mit § 9 Absatz 1 Satz 1 in der seit dem 26. Juli 2014 geltenden Fassung bis zum 20. September 2017 weiter anzuwenden. Anschließend gilt § 6 Absatz 6 entsprechend für die Erhöhung des Bemessungssatzes.

(6) Beihilfe für Aufwendungen einer Lebenspartnerin oder eines Lebenspartners und deren Kinder, die die Voraussetzungen des § 4 erfüllen, wird rückwirkend ab dem 14. Februar 2009 gewährt. Für Aufwendungen, die in der Zeit vom 1. Januar bis zum 13. Februar 2009 entstanden sind, sind die Beihilfevorschriften in der bis zum

13. Februar 2009 geltenden Fassung (Absatz 1) mit der Maßgabe weiter anzuwenden, dass Lebenspartner Ehegatten gleichgestellt sind. Die Antragsfrist nach § 54 beginnt frühestens am 2. Januar 2009.

(7) § 141 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

Anlage 1 (zu § 6 Absatz 2)

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen

Abschnitt 1

Völliger Ausschluss

1.1 Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologie-Therapie (zum Beispiel nach Tomatis, Hörtraining nach Volf, audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
1.2 Atlastherapie nach Arlen
1.3 autohomologe Immuntherapien
1.4 autologe-Target-Cytokine-Therapie nach Klehr
1.5 ayurvedische Behandlungen, zum Beispiel nach Maharishi
2.1 Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Nuhr
2.2 Biophotonen-Therapie
2.3 Bioresonatorentests
2.4 Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
2.5 Bogomoletz-Serum
2.6 brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Barraquer
2.7 Bruchheilung ohne Operation
3.1 Chelat-Therapie
3.2 Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
3.3 computergestützte mechanische Distraktionsverfahren, zur nichtoperativen segmentalen Distraktion an der Wirbelsäule (zum Beispiel SpineMED-Verfahren, DRX 9000, Accu-SPINA)
3.4 computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologischbedingten Erkrankung oder Schädigung
3.5 cytotoxologische Lebensmitteltests
4.1 DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung)
5.1 Elektroneuralbehandlungen nach Croon
5.2 Elektronneuraldiagnostik
5.3 epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz
6.1 Frischzellentherapie
7.1 Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (zum Beispiel Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach

Voll, elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik, Mora-Therapie)

7.2 gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität

8.1 Heileurhythmie

8.2 Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

8.3 (weggefallen)

9.1 immunoaugmentative Therapie

9.2 Immunseren (Serocytol-Präparate)

9.3 isobare oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff oder Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (zum Beispiel hämatogene Oxidationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne)

10.1 (frei)

11.1 Kariesdetektor-Behandlung

11.2 kinesiologische Behandlung

11.3 Kirlian-Fotografie

11.4 kombinierte Serumtherapie (zum Beispiel Wiedemann-Kur)

11.5 konduktive Förderung nach Petö

12.1 Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

13.1 modifizierte Eigenblutbehandlung (zum Beispiel nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen der Patientin oder des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (zum Beispiel Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)

14.1 neurotopische Diagnostik und Therapie

14.2 niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

15.1 osmotische Entwässerungstherapie

16.1 photodynamische Therapie in der Parodontologie

16.2 Psycotron-Therapie

16.3 pulsierende Signaltherapie

16.4 Pyramidenenergiebestrahlung

17.1 (frei)

18.1 radiale Stoßwellentherapie

18.2 Regeneresen-Therapie

18.3 Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen

18.4 Rolfing-Behandlung

19.1 Schwingfeld-Therapie

20.1 Thermoregulationsdiagnostik

20.2 Trockenzellentherapie
21.1 (frei)
22.1 Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
22.2 Vibrationsmassage des Kreuzbeins
23.1 (frei)
24.1 (frei)
25.1 (frei)
26.1 Zellmilieu-Therapie

Abschnitt 2

Teilweiser Ausschluss

1. Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung
   Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.

2. Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich
   Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Tendinosis calcarea, Pseudarthrose, Fasziitis plantaris und therapiefraktäre Achillodynie. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nummer 1800 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

3. Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
   Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxidvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder von Tinnitusleiden, die mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbunden sind.

4. Hyperthermiebehandlung
   Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Tumorbehandlungen in Kombination mit Chemo- oder Strahlentherapie.

5. Klimakammerbehandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens von einer Ärztin oder einem Arzt, die oder den sie bestimmt, vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat.

6. Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, zum Beispiel Aludrin, durchgeführt werden.

7. Magnetfeldtherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von atrophen Pseudarthrosen, bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn die Magnetfeldtherapie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird, sowie bei psychiatrischen Erkrankungen.

8. Ozontherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusserkrankungen behandelt werden. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.

9. Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (zum Beispiel Krankengymnastin oder Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Aufwendungen sind nach den Nummern 3 bis 5 der Anlage 9 beihilfefähig.

10. Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

Anlage 2 (zu § 6 Absatz 3 Satz 4)

Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
1 – 10	**Allgemeine Leistungen**	
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50 €
2a	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	80,00 €
2b	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie *Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 2b ist in einer Sitzung nur einmal und innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.*	35,00 €
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme der Heilpraktikerin/des Heilpraktikers	3,00 €
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung *Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 4 ist nur als alleinige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 17.1 beihilfefähig.*	18,50 €
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls, einschließlich einer kurzen Untersuchung *Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.*	9,00 €
6	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00 €
7	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	18,00 €
8	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch sonn- und feiertags *Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach den Nummern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.*	20,00 €
9	**Hausbesuch einschließlich Beratung**	
9.1	bei Tag	24,00 €
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	26,00 €
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	29,00 €
10	**Nebengebühren für Hausbesuche**	
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	4,00 €

Nummer	Leistungsbeschreibung		vereinbarter Höchstbetrag
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		8,00 €
10.5	für jeden zurückgelegten km bei Tag von 2 bis 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		1,00 €
10.6	für jeden zurückgelegten km bei Nacht von 2 bis 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		2,00 €
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden. *Anmerkung: Die Wegkilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.*		0,20 €
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann die Heilpraktikerin/der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Abrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Die Patientin bzw. der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.		16,00 €
11	**Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen**		
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse der Patientin/des Patienten		5,00 €
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A4 engzeilig maschinengeschrieben)	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu den Befunden, zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	15,00 €
		Schriftliche gutachterliche Äußerung	16,00 €
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen		8,00 €
12	**Chemisch-physikalische Untersuchungen**		
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich *Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des ph-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.*		3,00 €
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, zum Beispiel Zucker usw.)		4,00 €
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment		4,00 €
12.7	Blutstatus (nicht neben den Nummern 12.9, 12.10, 12.11)		10,00 €
12.8	Blutzuckerbestimmung		2,00 €
12.9	Hämoglobinbestimmung		3,00 €
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches		6,00 €
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (zum Beispiel MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl	3,00 €

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
	Differenzierung der Leukozyten, elektronisch-zytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00 €
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit einschl. Blutentnahme	3,00 €
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung *Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.*	6,00 €
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung *Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.*	7,00 €
13	**Sonstige Untersuchungen**	
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, zum Beispiel ph-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. *Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.*	6,00 €
14	**Spezielle Untersuchungen**	
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes *Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden. Leistungen nach den Nummern 14.1 und 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.*	8,00 €
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes *Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden. Leistungen nach den Nummern 14.1 und 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.*	8,00 €
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,00 €
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00 €
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00 €
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00 €
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00 €
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00 €
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen *Anmerkung: Nicht neben Nummer 1 oder Nummer 4 berechenbar.*	8,00 €
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck-/ oder Strömungsmessungen	9,00 €
17	**Neurologische Untersuchungen**	
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00 €
18 – 23	**Spezielle Behandlungen**	
20	**Atemtherapie, Massagen**	
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00 €
20.2	Nervenpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u. a., Spezialnervenmassage	6,00 €

Nummer	Leistungsbeschreibung		vereinbarter Höchstbetrag
20.3	Bindegewebsmassage		6,00 €
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)		4,00 €
20.5	Großmassage		6,00 €
20.6	Sondermassagen	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00 €
20.6	Sondermassagen	Massage im extramuskulären Bereich (zum Beispiel Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00 €
		Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,00 €
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten		6,00 €
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut		4,00 €
21	**Akupunktur**		
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose		23,00 €
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte		7,00 €
22	**Inhalationen**		
22.1	Inhalationen, soweit sie von der Heilpraktikerin/dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden		3,00 €
24 – 30	**Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren**		
24	**Eigenblut, Eigenharn**		
24.1	Eigenblutinjektion		11,00 €
25	**Injektionen, Infusionen**		
25.1	Injektion, subkutan		5,00 €
25.2	Injektion, intramuskulär		5,00 €
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell		7,00 €
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung		7,00 €
25.5	Injektion, intraartikulär		11,50 €
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke		11,50 €
25.7	Infusion		8,00 €
25.8	Dauertropfeninfusion *Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit der mit der Infusion eingebrachten Medikamente richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.*		12,50 €
26	**Blutentnahmen**		
26.1	Blutentnahme		3,00 €
26.2	Aderlass		12,00 €
27	**Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren**		
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschl. Verband		5,00 €
27.2	Skarifikation der Haut		4,00 €
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig		5,00 €

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00 €
27.5	Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel	5,00 €
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00 €
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00 €
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00 €
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00 €
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00 €
27.12	Biersche Stauung	5,00 €
28	**Infiltrationen**	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00 €
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00 €
29	**Roedersches Verfahren**	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00 €
30	**Sonstiges**	
30.1	Spülung des Ohres	5,00 €
31	**Wundversorgung, Verbände und Verwandtes**	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00 €
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00 €
32	**Versorgung einer frischen Wunde**	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00 €
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00 €
33	**Verbände (außer zur Wundbehandlung)**	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00 €
33.2	Elastische Stütz- und Pflasterverbände	7,00 €
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband *Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit des für den Verband verbrauchten Materials richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.*	10,00 €
34	**Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung**	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00 €
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule *Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	17,00 €
35	**Osteopathische Behandlung**	
35.1	des Unterkiefers	11,00 €
35.2	des Schultergelenkes und der Wirbelsäule	21,00 €
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	21,00 €
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	12,00 €
35.5	des Daumens	10,00 €

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
35.6	einzelner Finger und Zehen	10,00 €
36	**Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen** *Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.*	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00 €
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00 €
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00 €
36.4	Kneippsche Güsse	4,00 €
37	**Elektrische Bäder und Heißluftbäder** *Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.*	
37.1	Teilheißluftbad, zum Beispiel Kopf oder Arm	3,00 €
37.2	Ganzheißluftbad, zum Beispiel Rumpf oder Beine	5,00 €
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00 €
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00 €
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00 €
38	**Spezialpackungen** *Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.*	
38.1	Fangopackungen	3,00 €
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00 €
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00 €
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	3,00 €
39	**Elektro-physikalische Heilmethoden**	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00 €
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00 €
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00 €
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00 €
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00 €
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00 €
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00 €
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00 €
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	4,00 €
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	4,00 €
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, zum Beispiel Jono-Modulator	4,00 €
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00 €

Anlage 3 (zu den §§ 18 bis 21)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

Abschnitt 1
Psychotherapeutische Leistungen

1. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:
   a) Familientherapie,
   b) Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs,
   c) Gesprächspsychotherapie (zum Beispiel nach Rogers),
   d) Gestalttherapie,
   e) Körperbezogene Therapie,
   f) Konzentrative Bewegungstherapie,
   g) Logotherapie,
   h) Musiktherapie,
   i) Heileurhythmie,
   j) Psychodrama,
   k) Respiratorisches Biofeedback,
   l) Transaktionsanalyse.

2. Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 18 bis 21 gehören:
   a) Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind,
   b) Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung,
   c) Heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie
   d) Psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

Abschnitt 2
Psychosomatische Grundversorgung

1. Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt für
   a) Allgemeinmedizin,
   b) Augenheilkunde,

c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
d) Haut- und Geschlechtskrankheiten,
e) Innere Medizin,
f) Kinder- und Jugendlichenmedizin,
g) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
h) Neurologie,
i) Phoniatrie und Pädaudiologie,
j) Psychiatrie und Psychotherapie,
k) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
l) Urologie.

2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von
   a) einer Ärztin oder einem Arzt,
   b) einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,
   c) einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

   Die behandelnde Person muss über Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung der entsprechenden Intervention verfügen.

Abschnitt 3
Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

   a) Psychotherapeutische Medizin,
   b) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
   c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
   d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

   Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung

„Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen.

2. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

3. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
   a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
   b) in das Arztregister eingetragen sein oder
   c) über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

4. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte).

5. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch

nicht vollendet haben, (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

6. Wird die Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
   a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
   b) in das Arztregister eingetragen sein oder
   c) über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

7. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte).

8. Wird die Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von einer Person durchgeführt, die weder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

   Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die keine Fachärztin oder kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach

Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

9. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in Ausnahmefällen (§ 19 Absatz 1 Nummer 3 und 4) ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt wird und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in Ausnahmefällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Voraussetzung für die Anerkennung ist eine Indikation nach § 18a Absatz 1 und 2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

Abschnitt 4
Verhaltenstherapie

1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
   a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,
   b) Psychiatrie und Psychotherapie,
   c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
   d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

   Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten, die keine Fachärztinnen oder Fachärzte sind, können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

2. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie durchführen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

3. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin, einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
b) in das Arztregister eingetragen sein oder
c) über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

4. Wird die Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von einer Person durchgeführt, die weder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

   Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die keine Fachärztin oder kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Abschnitt 5
Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person
   a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder Abschnitt 4 erfüllen und
   b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.
2. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person
   a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder Abschnitt 4 erfüllen und
   b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.
3. Wurde die Qualifikation nach Nummer 1 oder Nummer 2 nicht im Rahmen der Weiterbildung erworben, muss die behandelnde Person

c) in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben und
d) mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung durchgeführt haben.

Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Weiterbildungsstätten erworben worden sein.

Anlage 4 (zu § 22 Absatz 1)

Beihilfefähige Medizinprodukte

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
1	1xklysma salinisch	Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen; nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern.
2.1	AMO ENDOSOL	Für intraokulare und topische Spülungen des Auges bei chirurgischen Prozeduren und für diagnostische und therapeutische Maßnahmen.
2.2	Ampuwa für Spülzwecke	Zum Anfeuchten von Tamponaden und Verbänden; zur Atemluftbefeuchtung nur zur Anwendung in geschlossenen Systemen in medizinisch notwendigen Fällen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
2.3	Amvisc	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.
2.4	Amvisc Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.
2.5	Aqua B. Braun	Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern und zur mechanischen Augenspülung.
3.1	Bausch & Lomb Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
3.2	belAir® NaCl 0,9 %	Als isotone Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
3.3	BSS DISTRA-SOL	Zur Spülung der Vorderkammer während Kataraktoperationen und anderer intraokularer Eingriffe.
3.4	BSS PLUS (Alcon Pharma GmbH)	Als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist.
3.5	BSS STERILE SPÜLLÖSUNG (Alcon Pharma GmbH)	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
4.1	Dimet 20	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
4.2	Dk-line	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie, zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen oder okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.
4.3	DuoVisc	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmo-

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
		chirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse.
5.1	EtoPril	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
5.2	EyE-Lotion BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
6.1	Freka-Clyss	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) vor diagnostischen Eingriffen, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien a) bei Personen, die das vierte, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, und b) bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
6.2	Freka Drainjet NaCl 0,9 %	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extrakorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darm-Trakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Anfeuchten von Tüchern und Verbänden.
6.3	Freka Drainjet Purisole SM verdünnt	Zur intraoperativen und postoperativen Blasenspülung bei urologischen Eingriffen.
7.1	Healon	Für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen.
7.2	Healon5	Als viskoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Operationen am vorderen Augenabschnitt.
7.3	HEALON GV	Als viskoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Operationen am vorderen Augenabschnitt.
7.4	HSO	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt.
7.5	HSO Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt.
7.6	Hylo-Gel	Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bulosa, okulares Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
8.1	IsoFree	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Ver-

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
		neblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
8.2	Isomol	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
8.3	Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango)	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
9.1	Kinderlax elektrolytfrei	Zur Behandlung der Obstipation für Personen, die den fünften Lebensmonat, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.
9.2	Klistier Fresenius	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) vor diagnostischen Eingriffen, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien a) bei Personen, die das vierte, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, und b) bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
10.1	Lubricano	Zur Anwendung bei Personen mit Katheterisierung.
11.1	Macrogol 1A Pharma	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte,

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
		aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
11.2	Macrogol AbZ	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
11.3	Macrogol-CT Abführpulver	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose bei neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
11.4	Macrogol dura	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
11.5	Macrogol HEXAL	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
11.6	Macrogolratiopharm	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
11.7	Macrogol Sandoz	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
11.8	Macrogol TAD	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
11.9	Medicoforum Laxativ	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
11.10	Microvisc plus	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Opthalmochirurgie des vorderen Augenabschnitts.

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
11.11	Mosquito med Läuse-Shampoo 10	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
11.12	MOVICOL	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation der chronischen Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- oder Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
11.13	MOVICOL flüssig Orange	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
11.14	MOVICOL Junior aromafrei	Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zweite, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Koprostase bei Personen, die das fünfte, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben.
11.15	MOVICOL Junior Schoko	Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zweite, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben.
11.16	MucoClear 6 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben.
11.17	myVISC Hyal 1.0	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Opthalmochirurgie des vorderen Augenabschnitts.
12.1	NaCl 0,9 % B. Braun	Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern sowie zur mechanischen Augenspülung.
12.2	NaCl 0,9 % Fresenius Kabi	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extrakorporalen Systems bei der Hämodialyse, der postoperativen Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darm-Trakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Anfeuchten

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
		von Tüchern und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
12.3	Nebusal 7 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben.
12.4	NYDA	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
13.1	OcuCoat	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
13.2	Oculentis BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
13.3	Okta-line	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie, zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.
13.4	Optyluron NHS 1,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
13.5	Optyluron NHS 1,4 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
13.6	Oxane 1300	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.
13.7	Oxane 5700	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.
14.1	PädiaSalin 0,9 %	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
14.2	Paranix ohne Nissenkamm	Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
14.3	PARI NaCl Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
14.4	ParkoLax	Behandlung a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden,

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
		Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und d) in der Terminalphase bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.
14.5	Pe-Ha-Luron 1,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
14.6	Pe-Ha-Visco 2,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
14.7	Polyvisc 2,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
14.8	Polysol	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
14.9	ProVisc	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse.
14.10	PURI CLEAR	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
14.11	Purisole SM verdünnt	Zur intraoperativen und postoperativen Blasenspülung bei urologischen Eingriffen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
17.1	Ringer B. Braun	Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen sowie zur intraoperativen und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen.
17.2	Ringer Fresenius Spüllösung	Zum Freispülen und Reinigen des Operationsgebietes, zum Feuchthalten des Gewebes, zur Wundspülung bei äußeren Traumen und Verbrennungen, zur Spülung bei diagnostischen Untersuchungen sowie zum Anfeuchten von Wunden und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
18.1	Saliva natura	Zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmunerkrankungen.
18.2	Sentol	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
18.3	Serag BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
18.4	Serumwerk-Augenspüllösung BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
19.1	VISCOAT	Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt, insbesondere bei Katarakt-extraktion und Implantation einer Intraokularlinse.
19.2	VISMED	Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkran-

Nr.	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
		kungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
19.3	VISMED MULTI	Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
20.1	Z-HYALIN	Zur Unterstützung intraokularer Eingriffe am vorderen Augenabschnitt bei Kataraktoperationen.

Anlage 5 (zu § 22 Absatz 2 Nummer 1)

Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen

Regulierung des Körpergewichts (zentral wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AA 01 Phentermin	
A 08 AA 02 Fenfluramin	
A 08 AA 03 Amfepramon	REGENON TENUATE Retard
A 08 AA 04 Dexfenfluramin	
A 08 AA 05 Mazindol	
A 08 AA 06 Etilamfetamin	
A 08 AA 07 Cathin	ALVALIN
A 08 AA 08 Clobenzorex	
A 08 AA 09 Mefenorex	
A 08 AA 10 Sibutramin	REDUCTIL
A 08 AA 13 Phenylpropanolamin	BOXOGETTEN S RECATOL mono
A 08 AA 62 Bupropion, Naltrexon	Mysimba
A 08 AA 63 Phenylpropanolamin, Kombinationen	Antiadipositum Riemser
A 08 AX 01 Rimonabant	
A 10 BX 07 Liraglutid	Saxenda

Regulierung des Körpergewichts (peripher wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AB 01 Orlistat	alli XENICAL alle generischen Orlistat-Fertigarzneimittel

Behandlung der sexuellen Dysfunktion

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 04 BE 01 Alprostadil (außer als Diagnostikum)	CAVERJECT CAVERJECT Impuls MUSE VIRIDAL Vitaros HEXAL

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 04 BE 02 Papaverin	
G 04 BE 03 Sildenafil	VIAGRA alle generischen Sildenafil-Fertigarzneimittel
G 04 BE 04 Yohimbin	Procomil YOCON GLENWOOD YOHIMBIN SPIEGEL
G 04 BE 05 Phentolamin	
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	
G 04 BE 08 Tadalafil (außer Taldafil 5 mg zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms bei Männern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben)	CIALIS
G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA
G 04 BE 10 Avanafil	SPEDRA
N 01 BB 20 Lidocain; Prilocain	Fortacin
G 04 BE 30 Kombinationen	
G 04 BE 52 Papaverin Kombinationen	
G 04 BX 14 Dapoxetinhydrochlorid	Priligy
Turnera diffusa Dil. D4	DESEO

Bekämpfung der Nikotinabhängigkeit

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 07 BA 01 Nicotin	NIQUITIN Nicopass Nicopatch Nicorette Nicotinell Nikofrenon
N 07 BA 02 Bupropion N 06 AX 12	ZYBAN
N 07 BA 03 Varenicline	Champix

Steigerung des sexuellen Verlangens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 03 BA 03 Testosteron	Intrinsa
Turnera diffusa Dil. D4	DESEO

Verbesserung des Haarwuchses

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
D 11 AX 01 Minoxidil	ALOPEXY 5 % REGAINE Minoxidil BIO-H-TIN-Pharma
D 11 AX 10 Finasterid	PROPECIA Finahair Finapil alle generischen Finasterid-Fertigarzneimittel
Estradiolbenzoat; Prednisolon, Salicylsäure	ALPICORT F
Alfatradiol	ELL CRANELL PANTOSTIN
Dexamethason; Alfatradiol	
Thiamin; Calcium pantothenat; Hefe, medizinisch; L-Cystin; Keratin	Pantovigar

Verbesserung des Aussehens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
M 03 AX 21 Clostridium botulinum Toxin Typ A	Azzalure Vistabel Bocouture Vial

Anlage 6 (zu § 22 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe c)

Beihilfefähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung sind:

1. Abführmittel nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.

2. Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit) als Thrombozyten-Aggregationshemmer bei koronarer Herzkrankheit (gesichert durch Symptomatik und ergänzende nichtinvasive oder invasive Diagnostik) und in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.

3. Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden.

4. Acidosetherapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase, Ileumconduit, Nabelpouch und Implantation der Harnleiter in den Dünndarm.

5. Topische Anästhetika und/oder Antiseptika nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (zum Beispiel Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus).

6. Antihistaminika
   nur in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien,
   nur zur Behandlung schwerer rezidivierender Urticarien,
   nur bei schwerwiegendem anhaltendem Pruritus,
   nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.

7. Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.

8. Antiseptika und Gleitmittel nur für Personen mit Katheterisierung.

9. Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödem (Mannitol, Sorbitol).

10. Calciumverbindungen (mindestens 300 mg Calcium-Ion/Dosiseinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination) sowie Vitamin D als Monopräparat bei ausreichender Calciumzufuhr über die Nahrung
nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,
nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosiseinheit von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,
bei Bisphosphonat-Behandlung nach der Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.

11. Calciumverbindungen als Monopräparate
bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus,
bei Bisphosphonat-Behandlung nach der Angabe in der jeweiligen Fachinformation, bei zwingender Notwendigkeit.

12. Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.

13. Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.

14. Dinatriumcromoglycat-(DNCG-)haltige Arzneimittel (oral) nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose.

15. E.-coli-Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.

16. Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie.

17. Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV-assoziierter Diarrhö.

18. Folsäure und Folinate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.

19. Gingko-biloba-Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert 240 mg Tagesdosiseinheit) nur zur Behandlung der Demenz.

20. Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 Prozent nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten indiziert sind.

21. Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.

22. Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.

23. Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie.

24. Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.

25. Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.

26. Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlusterkrankungen.

27. Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.

28. (frei)

29. Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.

30. Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.

31. Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.

32. Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Personen.

33. Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prä-)Komas und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.

34. Pankreasenzyme nur zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe.

35. Phosphatbinder nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse.

36. Phosphatverbindungen bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.

37. Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mindestens 2 Prozent Salicylsäure) in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.

38. Synthetischer Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.

39. Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okulares Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.

40. Vitamin K als Monopräparat nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.

41. Wasserlösliche Vitamine, auch in Kombinationen, nur bei der Dialyse.

42. Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).

43. Zinkverbindungen als Monopräparat nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Hämodialysebehandlung bedingtem nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.

44. Arzneimittel zur sofortigen Anwendung
Antidote bei akuten Vergiftungen,
Lokalanästhetika zur Injektion,
apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen, können verordnet werden, wenn entsprechende Vereinbarungen zwi-

schen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden.

Bei den in Satz 1 genannten schwerwiegenden Erkrankungen sind Aufwendungen für anthroposophische und homöopathische Arzneimittel dann beihilfefähig, wenn die Anwendung als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist.

Anlage 7 (zu § 22 Absatz 3)

Übersicht der Arzneimittelfestbetragsgruppen, für die ein Festbetrag gilt

1. Festbetragsgruppen für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen

1.00.1 5-Fluorouracil: parenterale Darreichungsformen

1.01.1 Acetazolamid: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.01.2 Acetylcystein: orale Darreichungsformen

1.01.3 Aciclovir: orale Darreichungsformen

1.01.4 Aciclovir: topische Darreichungsformen

1.01.5 Aciclovir: Ophthalmika

1.01.6 Aciclovir: parenterale Darreichungsformen

1.01.7 Allopurinol: orale Darreichungsformen

1.01.8 Alpha-Liponsäure: feste orale Darreichungsformen

1.01.9 Alpha-Liponsäure: parenterale Darreichungsformen

1.01.10 Amantadin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.01.11 Ambroxol: orale Darreichungsformen

1.01.12 Ambroxol: inhalative Darreichungsformen

1.01.13 Ambroxol: parenterale Darreichungsformen

1.01.14 Ambroxol + Doxycyclin: feste orale Darreichungsformen

1.01.15 Amilorid + Hydrochlorothiazid: orale Darreichungsformen

1.01.16 Amiodaron: orale Darreichungsformen

1.01.17 Amisulprid: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.01.18 Amitriptylin: orale Darreichungsformen

1.01.19 Ammoniumbituminosulfonat: topische Darreichungsformen

1.01.20 Amoxicillin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.01.21 Amoxicillin: flüssige orale Darreichungsformen

1.01.22 Amoxicillin + Clavulansäure: feste orale Darreichungsformen, im Verhältnis 7:1

1.01.23 Amoxicillin + Clavulansäure: feste orale Darreichungsformen, im Verhältnis 4:1

1.01.24 Anastrozol: orale Darreichungsformen

1.01.25 Atenolol: feste orale Darreichungsformen

1.01.26 Atenolol + Chortalidon: feste orale Darreichungsformen

1.01.27 Azathioprin: orale Darreichungsformen

1.02.1 Bemetizid + Triamenteren: feste orale Darreichungsformen

1.02.2 Benzoylperoxid: topische Darreichungsformen

1.02.3 Beta-Acetyldigoxin: feste orale Darreichungsformen

1.02.4 Betahistin: orale Darreichungsformen

1.02.5 Bicalutamid: orale Darreichungsformen

1.02.6 Biperiden: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.02.7 Biperiden: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.02.8 Bisoprolol + Hydrochlorothiazid: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.02.9 Bromazepam: orale Darreichungsformen

1.02.10 Bromhexin: feste orale Darreichungsformen

1.02.11 Bromhexin: flüssige orale Darreichungsformen

1.02.12 Buprenorphin: orale Darreichungsformen

1.02.13 Buprenorphin: transdermale Darreichungsformen

1.02.14 Buspiron: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.02.15 Butylscopolamin: feste orale Darreichungsformen

1.02.16 Butylscopolamin: parenterale Darreichungsformen

1.03.1 Calcium zur Substitution und Therapie: orale Darreichungsformen

1.03.2 Capecitabin: orale Darreichungsformen

1.03.3 Carbamazepin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.03.4 Carbamazepin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.03.5 Carbimazol: feste orale Darreichungsformen

1.03.6 Choriongonadotropoin: parenterale Darreichungsformen

1.03.7 Ciclopirox: topische Darreichungsformen

1.03.8 Ciclosporin: orale Darreichungsformen

1.03.9 Ciclosporin: orale Darreichungsformen, auf Mikro-/Nanoemulsionsbasis oder kolloidal dispergiert

1.03.10 Cimetidin: orale Darreichungsformen

1.03.11 Cimetidin: parenterale Darreichungsformen

1.03.12 Clindamycin: orale Darreichungsformen

1.03.13 Clodronsäure: orale Darreichungsformen

1.03.14 Clomifen: feste orale Darreichungsformen

1.03.15 Clonidin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.03.16 Clonidin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.03.17 Clonidin: Ophalmika

1.03.18 Clopidogrel: orale Darreichungsformen

1.03.19 Clotrimazol: Creme, Salbe

1.03.20 Clotrimazol: Liquidum, Lösung, Pumpspray, Spray, Tropflösung

1.03.21 Clotrimazol: vaginale topische Darreichungsformen

1.03.22 Clozapin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.03.23 Colecalciferol: feste orale Darreichungsformen (400 bis 1 000 I. E.)

1.03.24 Colecalciferol + Fluorid: feste orale Darreichungsformen (500 bis 1 000 I. E. Colecalciferol + 0,25 mg Fluorid)

1.03.25 Co-Trimoxazol: feste orale Darreichungsformen

1.03.26 Co-Trimoxazol: flüssige orale Darreichungsformen

1.03.27 Cromoglicinsäure: Augentropfen, Eindosispipetten

1.03.28 Cromoglicinsäure: nasale Darreichungsformen

1.03.29 Cromoglicinsäure: Ophtalmika und nasale Darreichungsformen in Kombipackungen

1.03.30 Cromoglicinsäure: inhalative Darreichungsformen

1.03.31 Cromoglicinsäure: orale Darreichungsformen

1.03.32 Cyanocobalamin: parenterale Darreichungsformen

1.03.33 Cyclophosphamid: feste orale Darreichungsformen

1.03.34 Cyproteron-Acetat: feste orale Darreichungsformen

1.04.1 Dexamethason: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrigdosiert ≤ 2 mg

1.04.2 Dexamethason: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, hochdosiert ≥ 4 mg

1.04.3 Dexamethason: parenterale Darreichungsformen, wasserlöslich, niedrigdosiert ≤ 20 mg

1.04.4 Dexamethason: parenterale Darreichungsformen, wasserlöslich, hochdosiert ≥ 40 mg

1.04.5 Dexpanthenol: lokale Darreichungsformen

1.04.6 Dexpanthenol: Ophthalmika und Rhinologika

1.04.7 Diazepam: orale Darreichungsformen

1.04.8 Diazepam: parenterale Darreichungsformen (alkoholische Lösung)

1.04.9 Diazepam: parenterale Darreichungsformen (sonstige Lösung)

1.04.10 Diclofenac: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.04.11 Diclofenac: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.04.12 Diclofenac: rektale Darreichungsformen

1.04.13 Diclofenac: parenterale Darreichungsformen

1.04.14 Diclofenac: topische Darreichungsformen (Konzentrationsbereich ca. 1 bis 5 %)

1.04.15 Digitoxin: feste orale Darreichungsformen

1.04.16 Digoxin: feste orale Darreichungsformen

1.04.17 Dihydroergotamin: orale Darreichungsformen

1.04.18 Dihydroergotoxin: orale Darreichungsformen

1.04.19 Diltiazem: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.04.20 Diltiazem: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.04.21 Dimenhydrinat: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.04.22 Dimenhydrinat: rektale Darreichungsformen

1.04.23 Diphenhydramin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.04.24 Domperidon: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.04.25 Doxorubicin: parenterale Darreichungsformen

1.04.26 Doxycyclin: feste orale Darreichungsformen

1.04.27 Doxylamin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.05.1 Erythromycin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.05.2 Erythromycin: flüssige orale Darreichungsformen

1.05.3 Erythromycin: lokale Darreichungsformen

1.05.4 Estradiol: orale Darreichungsformen

1.05.5 Estradiol: transdermale Darreichungsformen

1.05.6 Estramustin: feste orale Darreichungsformen

1.05.7 Estriol: feste orale Darreichungsformen

1.05.8 Estriol: vaginale topische Darreichungsformen

1.05.9 Ethambutol: feste orale Darreichungsformen

1.05.10 Etilefrin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.05.11 Exemestan: orale Darreichungsformen

1.06.1 Fentanyl: transdermale Darreichungsformen

1.06.2 Flecainid: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.06.3 Flunarizin: orale Darreichungsformen

1.06.4 Flutamid: orale Darreichungsformen

1.06.5 Folinsäure: parenterale Darreichungsformen

1.06.6 Folsäure: feste orale Darreichungsformen

1.06.7 Folsäure: parenterale Darreichungsformen

1.06.8 Furosemid: Tabletten ≤ 80 mg

1.06.9 Furosemid: Tabletten ≥ 125 mg

1.06.10 Furosemid: Ampullen, Injektionslösungen (20 mg, 40 mg)

1.06.11 Furosemid: Ampullen, Infusionslösungen (250 mg)

1.06.12 Furosemid: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.06.13 Furosemid + Spironolacton: feste orale Darreichungsformen

1.06.14 Fusidinsäure: topische Darreichungsformen

1.07.1 Gabapentin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.07.2 Gentamicin: parenterale Darreichungsformen

1.07.3 Gentamicin: Ophthalmika

1.07.4 Gentamicin: topische Darreichungsformen

1.07.5 Gingko-biloba-Trockenextrakt: orale Darreichungsformen, standardisiert auf Flavonglykoside im Verhältnis 50:1 angereichertem Trockenextrakt

1.07.6 Glibenclamid: Tabletten ≥ 1 mg bis ≤ 3,5 mg

1.07.7 Glyceroltrinitrat: transdermale therapeutische Systeme

1.07.8 Glyceroltrinitrat: Spray, Pumpspray

1.07.9 Gold: orale Darreichungsformen

1.07.10 Griseofulvin: feste orale Darreichungsformen

1.08.1 Haloperidol: orale Darreichungsformen

1.08.2 Haloperidol: parenterale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.08.3 Haloperidol: parenterale Darreichungsformen, mit Depotwirkung

1.08.4 Heparin: Heparin-Natrium, topische Darreichungsformen

1.08.5 Heparin: Unfraktioniertes Heparin, parenterale Darreichungsformen

1.08.6 Humaninsulin: schnell wirkend, parenterale Darreichungsformen; ausgenommen Fertigarzneimittel, die ausschließlich für die Verwendung in Insulinpumpen zugelassen sind

1.08.7 Humaninsulin: intermediär und lang wirkend, parenterale Darreichungsformen

1.08.8 Humaninsulin: intermediär wirkend kombiniert mit schnell wirkend, parenterale Darreichungsformen

1.08.9 Hydromorphon: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.08.10 Hydroxocobalamin: parenterale Darreichungsformen

1.09.1 Ibuprofen: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.09.2 Ibuprofen: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.09.3 Ibuprofen: Suppositorien

1.09.4 Ibuprofen: topische Darreichungsformen

1.09.5 Indapamid: orale Darreichungsformen

1.09.6 Indometacin: abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.09.7 Indometacin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.09.8 Indometacin: rektale Darreichungsformen

1.09.9 Indometacin: topische Darreichungsformen

1.09.10 Isosorbiddinitrat: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.09.11 Isosorbiddinitrat: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.09.12 Isosorbidmononitrat: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.09.13 Isosorbidmononitrat: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.09.14 Isotretinoin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.10.1 Jodid zur Strumaprophylaxe: orale Darreichungsformen

1.11.1 Kaliumsalze: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.11.2 Kaliumsalze: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.12.1 Lactulose: orale Darreichungsformen

1.12.2 Lamotrigin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.12.3 Leflunomid: orale Darreichungsformen

1.12.4 Letrozol: orale Darreichungsformen

1.12.5 Levetiracetam: feste orale Darreichungsformen

1.12.6 Levodopa + Benserazid: abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.12.7 Levodopa + Benserazid: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.12.8 Levodopa + Carbidopa: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, im Verhältnis 4:1

1.12.9 Levodopa + Carbidopa: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, im Verhältnis 10:1

1.12.10 Levodopa + Carbidopa: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend, im Verhältnis 4:1

1.12.11 Levothyroxin-Natrium: orale Darreichungsformen

1.12.12 Lithium: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.12.13 Loperamid: orale Darreichungsformen

1.12.14 Lorazepam: orale Darreichungsformen

1.13.1 Magaldrat: orale Darreichungsformen

1.13.2 Magnesium: orale Darreichungsformen

1.13.3 Magnesium: parenterale Darreichungsformen

1.13.4 Maprotilin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.13.5 Mebeverin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.13.6 Medroxyprogesteron: Tabletten, Oralsuspension (100 bis 500 mg)

1.13.7 Memantin: orale Darreichungsformen

1.13.8 Mesalazin: feste orale Darreichungsformen

1.13.9 Mesalazin: rektale Darreichungsformen

1.13.10 Mesalazin: sonstige rektale Darreichungsformen

1.13.11 Metamizol: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.13.12 Metamizol: rektale Darreichungsformen

1.13.13 Metamizol: parenterale Darreichungsformen

1.13.14 Metformin: orale Darreichungsformen

1.13.15 Methotrexat: orale Darreichungsformen

1.13.16 Methyldopa: orale Darreichungsformen

1.13.17 Methylphenidat: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.13.18 Metoclopramid: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.13.19 Metoclopramid: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.13.20 Metoclopramid: parenterale Darreichungsformen

1.13.21 Metoprolol + Hydrochlorothiazid: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.13.22 Metoprolol + Hydrochlorothiazid: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.13.23 Metronidazol: orale Darreichungsformen

1.13.24 Metronidazol: vaginale topische Darreichungsformen

1.13.25 Metronidazol: parenterale Darreichungsformen

1.13.26 Midodrin: orale Darreichungsformen

1.13.27 Minocyclin: orale Darreichungsformen

1.13.28 Mirtazapin: orale Darreichungsformen

1.13.29 Moclobemid: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.13.30 Molsidomin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.13.31 Molsidomin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.13.32 Montelukast: orale Darreichungsformen

1.13.33 Morphin: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.13.34 Moxonidin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.14.1 Nachtkerzensamenöl: orale Darreichungsformen, standardisiert auf Gamolensäure

1.14.2 Naftidrofuryl: orale Darreichungsformen

1.14.3 Nicergolin: orale Darreichungsformen

1.14.4 Nifedipin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.14.5 Nifedipin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.14.6 Nifedipin: flüssige orale Darreichungsformen

1.14.7 Nimodipin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.14.8 Nitrazepam: orale Darreichungsformen

1.14.9 Nitrofurantoin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.14.10 Nitrofurantoin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.14.11 Nystatin: feste orale Darreichungsformen

1.14.12 Nystatin: flüssige orale Darreichungsformen

1.14.13 Nystatin: vaginale topische Darreichungsformen

1.14.14 Nystatin: topische Darreichungsformen

1.14.15 Nystatin + Zinkoxid: topische Darreichungsformen

1.15.1 Olanzapin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.15.2 Oxazepam: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.15.3 Oxybutynin: orale Darreichungsformen

1.15.4 Oxycodon: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.16.1 Pankreatin: magensaftresistente polydispere Darreichungsformen

1.16.2 Pankreatin: magensaftresistente monolithische Darreichungsformen

1.16.3 Paracetamol: orale Darreichungsformen

1.16.4 Paracetamol: Suppositorien

1.16.5 Pentoxifyllin: feste orale Darreichungsformen

1.16.6 Pentoxifyllin: parenterale Darreichungsformen

1.16.7 Phenoxymethylpenicillin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.16.8 Phenoxymethylpenicillin: flüssige orale Darreichungsformen

1.16.9 Phenytoin: orale Darreichungsformen

1.16.10 Pilocarpin: Augentropfen auf wässriger Basis, Eindosispipetten

1.16.11 Pindolol: orale Darreichungsformen

1.16.12 Piracetam: orale Darreichungsformen

1.16.13 Piracetam: parenterale Darreichungsformen

1.16.14 Polyvidon-Jod: Creme, Gel, Salbe

1.16.15 Pramipexol: orale Darreichungsformen

1.16.16 Prednisolon: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrigdosiert ≤ 20 mg

1.16.17 Prednisolon: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, hochdosiert ≥ 50 mg

1.16.18 Prednisolon: parenterale Darreichungsformen, wasserlöslich, niedrigdosiert ≤ 100 mg

1.16.19 Prednisolon: parenterale Darreichungsformen mit Depotwirkung

1.16.20 Prednison: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrigdosiert ≤ 20 mg

1.16.21 Prednison: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, hochdosiert ≥ 50 mg

1.16.22 Primidon: orale Darreichungsformen

1.16.23 Promethazin: orale Darreichungsformen

1.16.24 Promethazin: parenterale Darreichungsformen

1.16.25 Propafenon: orale Darreichungsformen

1.16.26 Propranolol: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.16.27 Propranolol: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.16.28 Pyrazinamid: feste orale Darreichungsformen

1.16.29 Pyridoxin: feste orale Darreichungsformen

1.16.30 Pyridoxin: parenterale Darreichungsformen

1.17.1 Quetiapin: orale Darreichungsformen

1.18.1 Retinol: orale Darreichungsformen

1.18.2 Riluzol: orale Darreichungsformen

1.18.3 Rivastigmin: transdermale Darreichungsformen

1.18.4 Ropinirol: orale Darreichungsformen

1.19.1 Saccharomyces boulardii: orale Darreichungsformen

1.19.2 Sägepalmenfrüchte: orale Darreichungsformen

1.19.3 Selegilin: orale Darreichungsformen

1.19.4 Sertralin: orale Darreichungsformen

1.19.5 Sotalol: feste orale Darreichungsformen

1.19.6 Spironolacton: orale Darreichungsformen

1.19.7 Sucralfat: orale Darreichungsformen

1.19.8 Sulfasalazin: orale Darreichungsformen

1.19.9 Sulpirid: orale Darreichungsformen

1.20.1 Tamoxifen: orale Darreichungsformen

1.20.2 Temozolomid: orale Darreichungsformen

1.20.3 Terbinafin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.20.4 Tetracyclin: feste orale Darreichungsformen

1.20.5 Theophyllin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.20.6 Theophyllin: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.20.7 Theophyllin: Ampullen

1.20.8 Thiamazol: feste orale Darreichungsformen

1.20.9 Thiamin-Hydrochlorid zur Substitution und Therapie: orale Darreichungsformen

1.20.10 Thiamin-Hydrochlorid zur Substitution und Therapie: parenterale Darreichungsformen

1.20.11 Tiaprid: orale Darreichungsformen

1.20.12 Ticlopidin: abgeteilte orale Darreichungsformen

1.20.13 Tilidin mit Zusatz Naloxon: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.20.14 Tilidin mit Zusatz Naloxon: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.20.15 Tolperison: orale Darreichungsformen

1.20.16 Topiramat: orale Darreichungsformen

1.20.17 Tramadol: abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.20.18 Tramadol: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.20.19 Tramadol: flüssige orale Darreichungsformen

1.20.20 Tramadol: parenterale Darreichungsformen

1.20.21 Tramadol: rektale Darreichungsformen

1.20.22 Tretinoin: topische Darreichungsformen

1.20.23 Triamteren + Hydrochlorothiazid: orale Darreichungsformen

1.20.24 Trospiumchlorid: orale Darreichungsformen

1.20.25 Troxerutin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.21.1 Urea: topische Darreichungsformen

1.21.2 Urea pura + Tretinoin: topische Darreichungsformen

1.21.3 Ursodeoxycholsäure: orale Darreichungsformen

1.22.1 Valproinsäure: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.22.2 Venlafaxin: orale Darreichungsformen

1.22.3 Verapamil: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

1.22.4 Verapamil: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

1.22.5 Verapamil: parenterale Darreichungsformen

1.23.1 (frei)

1.24.1 Xylometazolin: nasale topische Darreichungsformen

1.25.1 (frei)

1.26.1 Zink zur Substitution und Therapie: orale Darreichungsformen

2. Festbetragsgruppen für Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen

2.00.1 (frei)

2.01.1 ACE-Hemmer: feste, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Benazepril: Benazeprilhydrochlorid

Captopril

Cilazapril: Cilazapril-1-Wasser

Enalapril: Enalapril maleat

Fosinopril: Fosinopril Natrium

Imidapril: Imidapril hydrochlorid

Lisinopril: Lisinopril-2-Wasser

Moexipril: Moexipril hydrochlorid

Perindopril: Perindopril arginin; Perindopril erbumin

Quinapril: Quinapril hydrochlorid

Ramipril

Spirapril: Spirapril hydrochlorid; Spirapril hydrochlorid-1-Wasser

Trandolapril

Zofenopril: Zofenopril-Calcium

2.01.2 Alpha-Rezeptorenblocker: weitere Alpha-Rezeptorenblocker, alpha1-selektiv, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bunazosin: Bunazosin hydrochlorid

Indoramin: Indoramin hydrochlorid

Urapidil

2.01.3 Alpha-Rezeptorenblocker: weitere Alpha-Rezeptorenblocker, alpha1-selektiv, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alfuzosin: Alfuzosin hydrochlorid

Doxazosin: Doxazosin mesilat

Silodosin

Tamsulosin: Tamsulosin hydrochlorid

Terazosin: Terazosin hydrochlorid-2-Wasser

2.01.4 Aminochinoline: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Chloroquindiphosphat

Hydroxychloroquinsulfat

2.01.5 Angiotensin-II-Antagonisten: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Azilsartan: Azilsartan medoxomil Kaliumsalze

Candesartan: Candesartan cilexetil

Eprosartan: Eprosartan mesilat

Irbesartan: Irbesartan hydrochlorid

Losartan: Losartan kalium

Olmesartan: Olmesartan medoxomil

Telmisartan

Valsartan

2.01.6 Anionenaustauscherharze: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Colestipol

Colestyramin

2.01.7 Antianämika, andere: parenterale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Darbepoetin: Darbepoetin alfa

Erythropoetin: Epoetin alfa, Epoetin beta, Epoetin delta, Epoetin theta, Epoetin zeta

PEG-Erythropoetin: Methoxy-Polyethylenglycol-Epoetin beta, PEG-Epoetin beta

2.01.8 Antidiabetika vom Sulfonylharnstofftyp: weitere Antidiabetika vom Sulfonylharnstofftyp, feste, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Carbutamid

Glibornurid

Gliclazid

Glimepirid

Glipizid

Gliquidon

Glisoxepid

Tolbutamid

2.01.9 Antikoagulantien, orale: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Phenprocoumon

Warfarin-Natrium

2.01.10 Antipsychotika, andere: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Paliperidon

Risperidon

2.01.11 Azol-Antimykotika: Creme, Gel, Paste

Wirkstoff:

Bifonazol

Croconazol

Econazolnitrat

Fenticonazolnitrat

Isoconazol

Ketoconazol

Miconazolnitrat

Omoconazol

Oxiconazol

Sertaconazol

Tioconazol

2.01.12 Azol-Antimykotika: Beutel, Lösung, Spray, Lotion, Pumpspray

Wirkstoff:

Bifonazol

Econazolnitrat

Fenticonazolnitrat

Isoconazol

Ketoconazol

Miconazolnitrat

Oxiconazol

Tioconazol

2.01.13 Azol-Antimykotika: vaginale topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Econazolnitrat

Fenticonazolnitrat

Miconazolnitrat

Oxiconazol

2.02.1 Benzodiazepine: weitere Benzodiazepine, vorwiegend anxiolytisch wirksam, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alprazolam

Chlordiazepoxid

Clobazam

Clorazepat

Clotiazepam

Ketazolam

Medazepam

Metaclazepam

Nordazepam

Oxazolam

Prazepam

2.02.2 Benzodiazepine: weitere Benzodiazepine, vorwiegend sedativ-hypnotisch wirksam, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Brotizolam

Flunitrazepam

Flurazepam

Loprazolam

Lormetazepam

Temazepam

Triazolam

2.02.3 Benzodiazepin-verwandte Mittel: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Zaleplon

Zolpidem: Zolpidem tartrat

Zopiclon

2.02.4 Beta2-Sympathomimetika, inhalativ oral: inhalative Darreichungsformen

Wirkstoff:

Formoterol: Formoterol hemifumarat-(x)-Wasser

Indacaterol: Indacaterol maleat

Olodaterol: Olodaterol hydrochlorid

Salmeterol: Salmeterol xinafoat

2.02.5 Beta2-sympathomimetische Antiasthmatika: feste, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Bambuterol: Bambuterol hydrochlorid

Carbuterol

Clenbuterol: Clenbuterol hydrochlorid

Fenoterol

Pirbuterol

Procaterol

Reproterol

Salbutamol

Terbutalin: Terbutalin sulfat

Tulobuterol

2.02.6 Beta2-sympathomimetische Antiasthmatika: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Isoetarin

Salbutamol

Terbutalin

2.02.7 Beta2-sympathomimetische Antiasthmatika: flüssige inhalative Darreichungsformen

Wirkstoff:

Fenoterol

Salbutamol

Terbutalin

2.02.8 Beta2-sympathomimetische Antiasthmatika: kurzwirksame Beta2-Sympathomimetika, inhalative orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Fenoterol: Fenoterol hydrobromid

Salbutamol: Salbumatol sulfat

Terbutalin: Terbutalin sulfat

2.02.9 Beta-Rezeptorenblocker: weitere Beta-Rezeptorenblocker, nicht selektiv, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Alprenolol

Bopindolol

Bupranolol: Bupranolol hydrochlorid

Carazolol

Carteolol: Carteolol hydrochlorid

Carvedilol

Mepindolol: Mepindolol sulfat

Metipranolol

Nadolol

Oxprenolol: Oxprenolol hydrochlorid

Penbutolol: Penbutolol sulfat

Tertatolol

Timolol

2.02.10 Beta-Rezeptorenblocker: weitere Beta-Rezeptorenblocker, Beta1-selektiv, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Acebutolol: Acebutolol hydrochlorid

Betaxolol: Betaxolol hydrochlorid

Bisoprolol: Bisoprolol hemifumarat

Celiprolol: Celiprolol hydrochlorid

Metoprolol: Metoprolol fumarat, Metoprolol succinat, Metoprolol tartrat

Nebivolol: Nebivolol hydrochlorid

Talinolol

2.02.11 Beta-Rezeptorenblocker: weitere Beta-Rezeptorenblocker, Beta1-selektiv, orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Metoprolol

2.02.12 Beta-Rezeptorenblocker: weitere Beta-Rezeptorenblocker, Ophthalmika

Wirkstoff:

Befunolol

Betaxolol

Bupranolol

Carteolol

Levobunolol

Metipranolol

Timolol

2.03.1 Calcitonine: parenterale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Humancalcitonin

Lachscalcitonin

Schweinecalcitonin

2.03.2 Calcium-Antagonisten: weitere Calcium-Antagonisten (1,4-Dihydropyridine), feste, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Amlodipin: Amlodipin besilat, Amlodipin maleat; Amlodipinmesilat-(x)-Wasser

Isradipin

Lacidipin

Lercanidipin: Lercanidipin hydrochlorid

Manidipin: Manidipin dihydrochlorid

Nicardipin: Nicardipin hydrochlorid

Nisoldipin

Nitrendipin

2.03.3 Calcium-Antagonisten: weitere Calcium-Antagonisten (1,4-Dihydropyridine), feste, orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Felodipin

Isradipin

Nilvadipin

Nisoldipin

2.03.4 Cefalosporine: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cefadroxil: Cefadroxil-1-Wasser

Cefalexin: Cefalexin-1-Wasser

2.03.5 Cefalosporine: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cefaclor: Cefaclor-1-Wasser

Cefuroxim: Cefuroxim axetil

Loracarbef: Loracarbef-1-Wasser

2.03.6 Cefalosporine: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cefixim: Cefixim-(x)-Wasser

Cefpodoxim: Cefpodoxim proxetil

Ceftibuten: Ceftibuten-(x)-Wasser

2.03.7 Clofibrinsäurederivate und Strukturanaloga: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bezafibrat

Clofibrat

Etofibrat

Etofyllinclofibrat

Fenofibrat

Gemfibrocil

2.04.1 Dimeticon und Simeticon: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dimeticon und Simeticon

2.04.2 Dimeticon und Simeticon: flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dimeticon und Simeticon

2.04.3 Diuretika, weitere Diuretika (Thiazide und Analoga): feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bendroflumethiazid

Butizid

Chlortalidon

Clopamid

Hydrochlorothiazid

Mebutizid

Mefrusid

Metolazon

Polythiazid

Trichlormethiazid

Xipamid

2.04.4 Diuretika, weitere: stark und schnell wirksam, feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bumetanid

Etacrynsäure

Piretanid

2.04.5 Diuretika, weitere: stark und langsam wirksam, feste orale Darreichungsfor-

men

Wirkstoff:

Azosemid

Etozolin

Torasemid

2.05.1 (frei)

2.06.1 Fluorchinolone: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Enoxacin: Enoxacin-1,5-Wasser

Norfloxacin

2.06.2 Fluorchinolone: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Ciprofloxacin: Ciprofloxacin hydrochlorid-1-Wasser, Ciprofloxacin lactat

Levofloxacin; Levofloxacin-0,5-Wasser

Ofloxacin

2.07.1 Glucocorticoide, inhalativ, nasal: Glucocorticoide zur Anwendung bei Atemwegserkrankungen, nasale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Beclometasondipropionat: Beclometasondipropionat, wasserfreies

Budesonid

Dexamethasondihydrogenphosphat-Dinatrium

Flunisolid

Fluticason furoat

Fluticason propionat: Fluticason 17-propionat

Mometason furoat: Mometason furoat-1-Wasser

Triamcinolon acetonid

2.07.2 Glucocorticoide, inhalativ, oral: Glucocorticoide zur Anwendung bei Atemwegserkrankungen, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Beclometasondipropionat: Beclometasondipropionat, wasserfreies

Budesonid

Ciclesonid

Fluticason propionat: Fluticason 17-propionat

Mometason furoat

2.07.3 Glucocorticoide, oral: weitere Glucocorticoide, zur Substitutionstherapie geeignet, orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Cortisonacetat

Hydrocortison

2.07.4 Glucocorticoide, oral: weitere Glucocorticoide, zur pharmakodynamischen Therapie geeignet, nicht fluoriert, orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrigdosiert (Wirkstärkenäquivalenzfaktor ≤ 40)

Wirkstoff:

Cloprednol

Deflazacort

Methylprednisolon

Prednyliden

2.07.5 Glucocorticoide, oral: weitere Glucocorticoide, zur pharmakodynamischen Therapie geeignet, nicht fluoriert, orale Darreichungsformen, normal freisetzend, hochdosiert (Wirkstärkenäquivalenzfaktor ≥ 80)

Wirkstoff:

Methylprednisolon

Prednyliden

2.07.6 Glucocorticoide, oral: weitere Glucocorticoide, zur pharmakodynamischen Therapie geeignet, fluoriert, orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrigdosiert (Wirkstärkenäquivalenzfaktor ≤ 40)

Wirkstoff:

Betamethason

Fluocortolon

Triamcinolon

2.08.1 H2-Antagonisten: weitere H2-Antagonisten, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Famotidin

Nizatidin

Ranitidin

Roxatidin

2.08.2 H2-Antagonisten: weitere H2-Antagonisten, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Famotidin

Ranitidin

2.08.3 Heparine, niedermolekular: Niedermolekulare Heparine, parenterale Darreichungsformen, single dose

Wirkstoff:

Certoparin: Certoparin natrium

Dalteparin: Dalteparin natrium

Enoxaparin: Enoxaparin natrium

Nadroparin: Nadroparin calcium

Reviparin: Reviparin natrium

Tinzaparin: Tinzaparin natrium

2.08.4 Herzglykoside, weitere: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Lanatosid C

Meproscillarin

Metildigoxin

2.08.5 HMG-CoA-Reduktasehemmer: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Atorvastatin: Atorvastatin Calciumsalze

Fluvastatin: Fluvastatin Natriumsalze

Lovastatin

Pitavastatin: Pitavastatin Calciumsalze

Pravastatin: Pravastatin Natriumsalze

Rosuvastatin: Rosuvastatin Calciumsalze

Simvastatin

2.09.1 Insuline: Insuline (40 I. E./ml)

Wirkstoff:

Insulin

2.09.2 Insuline: Insuline (100 I. E./ml)

Wirkstoff:

Insulin

2.10.1 (frei)

2.11.1 (frei)

2.12.1 (frei)

2.13.1 Makrolide, neuere: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Azithromycin: Azithromycin-1-Wasser, Azithromycin-2-Wasser

Clarithromycin

Roxithromycin

2.14.1 (frei)

2.15.1 (frei)

2.16.1 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren II (Oxicame), rektale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Lornoxicam

Meloxicam: Meloxicam meglumin

Piroxicam

Tenoxicam

2.16.2 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylessigsäurederivate, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Aceclofenac

Acemetacin

Lonazolac: Lonazolac calcium

Nabumeton

Proglumetacin: Proglumetacin dimaleat

Tolmetin

2.16.3 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylessigsäurederivate, orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Acemetacin

2.16.4 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylpropionsäurederivate, orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Fenbufen

Fenoprofen

Flurbiprofen

Ketoprofen

Naproxen

Tiaprofensäure

2.16.5 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylpropionsäurederivate, orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Naproxen

2.16.6 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren I (Pyrazolidindion-Derivate), orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Azapropazon

Bumadizon

Mofebutazon

Oxyphenbutazon

Phenylbutazon

2.16.7 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren II (Oxicame), abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Lornoxicam

Meloxicam: Meloxicam meglumin

Piroxicam: Piroxicam betadex

Tenoxicam

2.16.8 Protonenpumpenhemmer: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dexlansoprazol

Esomeprazol: Esomeprazol Magnesiumsalze

Lansoprazol

Omeprazol: Omeprazol Magnesiumsalze

Pantoprazol: Pantoprazol Natriumsalze

Rabeprazol: Rabeprazol Natriumsalze

2.17.1 (frei)

2.18.1 (frei)

2.19.1 Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Almotriptan: Almotriptan malat

Eletriptan: Eletriptan hydrobromid

Frovatriptan: Frovatriptan succinat-1-Wasser

Naratriptan: Naratriptan hydrochlorid

Rizatriptan: Rizatriptan benzoat

Sumatriptan: Sumatriptan succinat

Zolmitriptan

2.19.2 Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Citalopram: Citalopram hydrobromid

Escitalopram: Escitalopram oxalat

2.19.3 Serotonin-5HT3-Antagonisten: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dolasetron: Dolasetron mesilat, Dolasetron mesilat-(x)-Wasser

Granisetron: Granisetron hydrochlorid

Ondansetron: Ondansetron hydrochlorid, Ondansetron hydrochlorid-(x)-Wasser

Tropisetron: Tropisetron hydrochlorid

2.20.1 Testosteron-5-alpha-Reduktasehemmer: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dutasterid

Finasterid

2.20.2 Triazole: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Fluconazol

Itraconazol

3. Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen

3.00.1 (frei)

3.01.1 Acetylsalicylsäure und Kombinationen von Acetylsalicylsäure mit Antacida oder Puffersubstanzen: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Acetylsalicylsäure

3.01.2 Acetylsalicylsäure und Kombinationen von Acetylsalicylsäure mit Antacida oder Puffersubstanzen: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Acetylsalicylsäure

3.01.3 Antidepressiva: weitere klassische Antidepressiva, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Amitriptylinoxid

Clomipramin-hydrochlorid

Desipramin-hydrochlorid

Dibenzepin-hydrochlorid

Dosulepin-hydrochlorid

Doxepin

Imipramin-hydrochlorid

Lofepramin

Nortriptylin-hydrochlorid

Noxiptilin

Opipramol

Trimipramin

3.01.4 Antidepressiva: weitere klassische Antidepressiva, feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Clomipramin-hydrochlorid

Dibenzepin-hydrochlorid

3.01.5 Antidepressiva: weitere klassische Antidepressiva, flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Doxepin

Imipramin-hydrochlorid

Trimipramin

3.01.6 Antidepressiva: andere Antidepressiva (2. Generation), feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Mianserin-hydrochlorid

Trazodon

Viloxazin

3.01.7 Antidepressiva: selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Fluoxetin

Fluvoxaminhydrogenmaleat

Paroxetin

3.01.8 Antirheumatika: topische nicht steroide Antirheumatika, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Etofenamat

Felbinac

Flufenaminsäure

Ketoprofen

Nifluminsäure

Piroxicam

3.01.9 Antitussiva: Opiumalkaloide und Derivate, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Codein

Dextromethorphan

Dihydrocodein

Levopropoxyphen

Noscapin

3.01.10 Antitussiva: Opiumalkaloide und Derivate, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dextromethorphan

3.01.11 Antitussiva: andere Antitussiva, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Benproperin

Clobutinol

Dropropizin

Pentoxyverin

Pipazetat

3.02.1 Bisphosphonate und Kombinationen von Bisphosphonaten mit Additiva: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alendronsäure: Alendronsäure Natriumsalze, Alendronsäure Natriumsalze

und Additiva (Alfacalcidol), Alendronsäure Natriumsalze und Additiva (Calcium, Colecalciferol), Alendronsäure Natriumsalze und Additiva (Colecalciferol)

Etidronsäure: Etidronsäure Natriumsalze, Etidronsäure Natriumsalze und Additiva (Calcium)

Ibandronsäure: Ibandronsäure Natriumsalze

Risedronsäure: Risedronsäure Natriumsalze, Risedronsäure Natriumsalze und Additiva (Calcium), Risedronsäure Natriumsalze und Additiva (Calcium, Colecalciferol), Risedronsäure Natriumsalze und Additiva (Colecalciferol)

3.03.1 Cholinesterasehemmer: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Donepezil: Donepezil hydrochlorid, Donepezil hydrochlorid-(x)-Wasser

Galantamin: Galantamin hydrobromid

Rivastigmin: Rivastigmin (R, R)-tartrat

3.04.1 (frei)

3.05.1 Eisen-II-haltige Antianämika mit dem Wirkungskriterium Eisenmangelanämie: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Eisen-II

3.06.1 Filmbildner: mit Konservierungsmittel

Wirkstoff:

Filmbildner

3.06.2 Filmbildner: ohne Konservierungsmittel

Wirkstoff:

Filmbildner

3.07.1 Gestagene, weitere: weitere Gestagene, feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dydrogesteron

Lynestrenol

Medrogeston

3.07.2 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, schwach wirksam, topi-

sche Darreichungsformen

Wirkstoff:

Clocortolonpivalat plus -hexanoat

Dexamethason

Dexamethason-21-isonicotinat

Fluocortinbutylester

Fluorometholon

Hydrocortison

Hydrocortisonacetat

Prednisolon

Triamcinolon acetonid

3.07.3 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, schwach wirksam, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Hydrocortison

Hydrocortisonacetat

3.07.4 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, mittelstark wirksam, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alclometasondipropionat

Betamethasonbenzoat

Betamethasonvalerat

Clobetasonbutyrat

Clocortolonpivalat plus -hexanoat

Desonid

Desoximetason

Dexamethason

Flumethasonpivalat

Fluocinolonacetonid

Fluocinonid

Fluocortolon

Fluocortolonpivalat plus -hexanoat

Fluoroandrenolon-Fludroxycortid

Fluprednidenacetat

Halcinonid

Hydrocortison-17-butyrat, -21-propionat

Hydrocortisonaceponat

Hydrocortisonbutyrat

Methylprednisolonaceponat

Prednicarbat

Triamcinolon acetonid

3.07.5 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, stark wirksam, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Amcinonid

Betamethasondipropionat

Betamethasonvalerat

Desoximetason

Dexamethasonvalerat

Diflorasondiacetat

Diflucortolonvalerat

Fluocinolonacetonid

Fluocinonid

Fluocortolonpivalat plus -hexanoat

Fluticason-17-propionat

Halcinonid

Halometason

Mometason

Triamcinolon acetonid

3.07.6 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, sehr stark wirksam, topi-

sche Darreichungsformen

Wirkstoff:

Clobetasolpropionat

Diflucortolonvalerat

Fluocinolonacetonid

3.08.1 H1-Antagonisten: Antihistaminika, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Bamipin

Clemastin

Dexchlorpheniramin

Dimetinden

Diphenylpyralin

Pheniramin

Triprolidin

3.08.2 H1-Antagonisten: Antihistaminika, feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Brompheniramin

Carbinoxamin

Dimetinden

Pheniramin

3.08.3 H1-Antagonisten: Antihistaminika, flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alimemazin

Carbinoxamin

Clemastin

Dimetinden

Diphenylpyralin

Mebhydrolin

Mequitazin

Pheniramin

3.08.4 H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Astemizol

Azelastin: Azelastin hydrochlorid

Terfenadin

3.08.5 H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cetirizin

Loratadin

3.08.6 H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cetirizin

Loratadin

3.08.7 H1-Antagonisten: Antihistaminika mit zusätzlicher Hemmung der Mediatorfreisetzung, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Ketotifen

Oxatomid

3.08.8 H1-Antagonisten: Antihistaminika mit zusätzlicher Hemmung der Mediatorfreisetzung, flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Ketotifen

Oxatomid

3.08.9 H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bamipin

Chlorphenoxamin

Clemastin

Dimetinden

Diphenhydramin

Pheniramin

Tripelennamin

3.09.1 (frei)

3.10.1 (frei)

3.11.1 Kombinationen von ACE-Hemmern mit Calciumkanalblockern: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Delapril + Manidipin: Delapril hydrochlorid, Manidipin dihydrochlorid

Enalapril + Lercanidipin: Enalapril maleat, Lercanidipin hydrochlorid

Enalapril + Nitrendipin: Enalapril maleat

Ramipril + Amlodipin: Amlodipin besilat

Ramipril + Felodipin

Trandolapril + Verapamil: Verapamil hydrochlorid

3.11.2 Kombinationen von ACE-Hemmern mit Hydrochlorothiazid: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Benazepril + Hydrochlorothiazid: Benazepril hydrochlorid

Captopril + Hydrochlorothiazid

Cilazapril + Hydrochlorothiazid: Cilazapril-1-Wasser

Enalapril + Hydrochlorothiazid: Enalapril maleat

Fosinopril + Hydrochlorothiazid: Fosinopril natrium

Lisinopril + Hydrochlorothiazid: Lisinopril-2-Wasser

Moexipril + Hydrochlorothiazid: Moexipril hydrochlorid

Quinapril + Hydrochlorothiazid: Quinapril hydrochlorid

Ramipril + Hydrochlorothiazid

Zofenopril + Hydrochlorothiazid: Zofenopril calcium

3.11.3 Kombinationen von ACE-Hemmern mit weiteren Diuretika: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Perindopril + Indapamid: Perindopril arginin, Perindopril erbumin

Ramipril + Piretanid

3.11.4 Kombinationen von Angiotensin-II-Antagonisten mit Hydrochlorothiazid: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Candesartan + Hydrochlorothiazid: Candesartan cilexetil

Eprosartan + Hydrochlorothiazid: Eprosartan mesilat

Irbesartan + Hydrochlorothiazid: Irbesartan hydrochlorid

Losartan + Hydrochlorothiazid: Losartan kalium

Olmesartan + Hydrochlorothiazid: Olmesartan medoxomil

Telmisartan + Hydrochlorothiazid

Valsartan + Hydrochlorothiazid

3.11.5 Kombinationen von Beta-Rezeptorenblockern mit Diuretika und Vasodilatantien: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Atenolol 25 mg + Chlortalidon 12,5 mg + Hydralazin-HCl 25 mg

Atenolol 50 mg + Chlortalidon 25 mg + Hydralazin-HCl 50 mg

Metipranolol 20 mg + Butizid 2,5 mg + Dihydralazinsulfat 25 mg

Metipranolol 40 mg + Butizid 5 mg + Dihydralazinsulfat 50 mg

Metoprololtartrat 50 mg + Hydrochlorothiazid 12,5 mg + Hydralazin-HCl 25 mg

Metoprololtartrat 100 mg + Hydrochlorothiazid 12,5 mg + Hydralazin-HCl 25 mg

Oxprenolol-HCl 80 mg + Chlortalidon 10 mg + Hydralazin-HCl 25 mg

Propranolol-HCl 60 mg + Bendroflumethiazid 2,5 mg + Hydralazin-HCl 25 mg

3.11.6 Kombinationen von Beta-Rezeptorenblockern und Thiazid-Diuretika mit kaliumsparenden Diuretika: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bupranolol-HCl 100 mg + Bemetizid 10 mg + Triamteren 20 mg

Propranolol-HCl 80 mg + Hydrochlorothiazid 12,5 mg + Triamteren 25 mg

Timololhydrogenmaleat 10 mg + Hydrochlorothiazid 25 mg + Amilorid-HCl 2,5 mg

3.11.7 Kombinationen von Beta-Rezeptorenblockern, nicht selektiv, mit weiteren Diuretika: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Oxprenolol + Chlortalidon: Oxprenolol hydrochlorid

Penbutolol + Furosemid: Penbutolol sulfat

Penbutolol + Piretanid: Penbutolol sulfat

Pindolol + Clopamid

3.11.8 Kombinationen von Cromoglicinsäure mit Beta2-Sympathomimetika: inhalative Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cromoglicinsäure + Fenoterol

Cromoglicinsäure + Reproterol

3.11.9 Kombinationen von Furosemid mit kaliumsparenden Diuretika: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Furosemid 15 mg + Triamteren 25 mg

Furosemid 30 mg + Triamteren 50 mg

Furosemid 40 mg + Amilorid-HCl 5 mg

Furosemid 40 mg + Triamteren 50 mg

3.11.10 Kombinationen von Glucocorticoiden mit langwirksamen Beta2-Sympathomimetika: inhalative Darreichungsformen

Wirkstoff:

Beclometasondipropionat + Formoterol: Beclometasondipropionat, wasserfreies, Formoterol hemifumarat-(x)-Wasser

Budesonid + Formoterol: Formoterol hemifumarat-(x)-Wasser

Fluticason furoat + Vilanterol: Vilanterol trifenatat

Fluticason propionat + Formoterol: Fluticason 17-propionat, Formoterol hemifumarat-(x)-Wasser

Fluticason propionat + Salmeterol: Fluticason 17-propionat, Salmeterol xinafoat

3.11.11 Kombinationen von Levothyroxin mit Jodid: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Levothyroxin + Jodid: Levothyroxin-Natrium und Kaliumjodid

3.11.12 Kombinationen von Nifedipin mit Beta-Rezeptorenblockern: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Nifedipin 10 mg + Acebutolol 100 mg

Nifedipin 10 mg + Atenolol 25 mg

Nifedipin 15 mg + Metoprolol 50 mg

Nifedipin 20 mg + Atenolol 50 mg

3.11.13 Kombinationen von Paracetamol mit Codein: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Codeinphosphat 30 mg x 0,5 H2O

Paracetamol 500 mg

3.11.14 Kombinationen von Paracetamol mit Codein: rektale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Codeinphosphat 60 mg x 0,5 H2O

Paracetamol 1 000 mg

3.11.15 Kombinationen von Thiazid-Diuretika und Analoga mit kaliumsparenden Diuretika: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bendroflumethiazid 2,5 mg + Amilorid-HCl 4,4 mg

Trichlormethiazid 2 mg + Amilorid-HCl 2 mg

Xipamid 10 mg + Triamteren 30 mg

Xipamid 5 mg + Triamteren 15 mg

3.12.1 (frei)

3.13.1 Myotonolytika: zentral wirksame Myotonolytika, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Baclofen

Tetrazepam

Tizanidin

3.14.1 Neuroleptika: hochpotente Neuroleptika, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Benperidol

Bromperidol

Flupentixol

Fluphenazin

Perphenazin

Pimozid

Tiotixen

Trifluoperazin

3.14.2 Neuroleptika: hochpotente Neuroleptika, flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Benperidol

Bromperidol

Fluphenazin

Perphenazin

Trifluperidol

3.14.3 Neuroleptika: hochpotente Neuroleptika, parenterale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Benperidol

Fluphenazin

3.14.4 Neuroleptika: mittel- und niedrigpotente Neuroleptika, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Chlorphenethazin

Chlorpromazin

Chlorprothixen

Clopenthixol

Dixyrazin

Levomepromazin

Melperon

Metofenazat

Perazin

Promazin

Prothipendyl

Thioridazin

Triflupromazin

Zotepin

Zuclopenthixol

3.14.5 Neuroleptika: mittel- und niedrigpotente Neuroleptika, flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Chlorpromazin

Chlorprothixen

Dixyrazin

Fluanison

Levomepromazin

Melperon

Perazin

Promazin

Prothipendyl

Thioridazin

Zuclopenthixol

3.14.6 Neuroleptika: mittel- und niedrigpotente Neuroleptika, parenterale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:

Chlorpromazin

Chlorprothixen

Levomepromazin

Melperon

Perazin

Promazin

Prothipendyl

Triflupromazin

3.14.7 Neuroleptika: Depotneuroleptika, parenterale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Flupentixol

Fluphenazin

Fluspirilen

Perphenazin

Zuclopenthixol

3.15.1 Ophthalmika, vasokonstriktorisch: weitere Ophthalmika, vasokonstriktorisch

Wirkstoff:

Antazolin

Naphazolin

Oxymetazolin

Phenylephrin

Tetryzolin

Tramazolin

3.16.1 Parkinsontherapeutika: Dopaminagonisten, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alpha-Dihydroergocriptin

Bromocriptin

Lisurid

Pergolid

3.16.2 Parkinsontherapeutika: Anticholinergika, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Benzatropin

Bornaprin

Pridinol

Procyclidin

Trihexyphenidyl

3.16.3 Parkinsontherapeutika: Anticholinergika, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Metixen

3.17.1 (frei)

3.18.1 (frei)

3.19.1 Schichtgitter-Antacida: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Hydrotalcit

magaldrathaltige Kombinationen

3.20.1 Thiamin + Pyridoxin: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Thiamin + Pyridoxin

3.21.1 Urologische Spasmolytika: feste, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Darifenacin

Darifenacin hydrobromid

Fesoterodin

Fesoterodin fumarat

Propiverin

Propiverin hydrochlorid

Solifenacin

Solifenacin succinat

Tolterodin

Tolterodin (R,R)-tartrat

Trospiumchlorid

3.00.1 (frei)

Anlage 8 (zu § 22 Absatz 4)

Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene oder beschränkt beihilfefähige Arzneimittel

Folgende Wirkstoffe oder Wirkstoffgruppen sind nur unter den genannten Voraussetzungen beihilfefähig:

1. Alkoholentwöhnungsmittel sind nur beihilfefähig zur Unterstützung der
   a) Aufrechterhaltung der Abstinenz bei alkoholkranken Patientinnen und Patienten im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts mit begleitenden psychosozialen und sozialtherapeutischen Maßnahmen,
   b) Reduktion des Alkoholkonsums bei alkoholkranken Patientinnen oder Patienten, die zu einer Abstinenztherapie hingeführt werden, für die aber entsprechende Therapiemöglichkeiten nicht zeitnah zur Verfügung stehen, für die Dauer von höchstens drei Monaten, in Ausnahmefällen für die Dauer von weiteren drei Monaten.

   Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Erforderlichkeit der Alkoholentwöhnungsmittel in der ärztlichen Verordnung besonders begründet worden ist.

2. Antidiabetika, orale, sind nur beihilfefähig nach einer Therapie mit nichtmedikamentösen Maßnahmen, die erfolglos war; die Anwendung anderer therapeutischer Maßnahmen ist zu dokumentieren.

3. Antidysmenorrhoika sind nur beihilfefähig als
   a) Prostaglandinsynthetasehemmer bei Regelschmerzen,
   b) systemische hormonelle Behandlung von Regelanomalien.

4. Clopidogrel als Monotherapie zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Personen mit Herzinfarkt, mit ischämischem Schlaganfall oder mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit ist nur beihilfefähig für Personen mit
   a) Amputation oder Gefäßintervention, bedingt durch periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK), oder
   b) diagnostisch eindeutig gesicherter typischer Claudicatio intermittens mit Schmerzrückbildung in < 10 Minuten bei Ruhe oder
   c) Acetylsalicylsäure-Unverträglichkeit, soweit wirtschaftlichere Alternativen nicht eingesetzt werden können.

5. Clopidogrel in Kombination mit Acetylsalicylsäure bei akutem Koronarsyndrom zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse ist nur beihilfefähig für Personen mit
   a) akutem Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Hebung während eines Behandlungszeitraums von bis zu zwölf Monaten,
   b) Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung, für die eine Thrombolyse infrage kommt, während eines Behandlungszeitraums von bis zu 28 Tagen.

6. Insulinanaloga, schnell wirkend zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2; hierzu zählen:
   a) Insulin Aspart,
   b) Insulin Glulisin,
   c) Insulin Lispro.

   Diese Wirkstoffe sind nur beihilfefähig, solange sie im Vergleich zu schnell wirkendem Humaninsulin nicht mit Mehrkosten verbunden sind. Dies gilt nicht für Personen,
   a) die gegen den Wirkstoff Humaninsulin allergisch sind,
   b) bei denen trotz Intensivierung der Therapie eine stabile adäquate Stoffwechsellage mit Humaninsulin nicht erreichbar ist, dies aber mit schnell wirkenden Insulinanaloga nachweislich gelingt, oder
   c) bei denen auf Grund unverhältnismäßig hoher Humaninsulindosen eine Therapie mit schnell wirkenden Insulinanaloga im Einzelfall wirtschaftlicher ist.

7. Insulinanaloga, lang wirkend zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2; hierzu zählen:
   a) Insulin glargin,
   b) Insulin detemir.

   Diese Wirkstoffe sind nur beihilfefähig, solange sie im Vergleich zu intermediär wirkendem Humaninsulin nicht mit Mehrkosten verbunden sind; die notwendige Dosiseinheit zur Erreichung des therapeutischen Ziels ist zu berücksichtigen. Satz 2 gilt nicht für
   a) eine Behandlung mit Insulin glargin für Personen, bei denen im Rahmen einer intensivierten Insulintherapie auch nach individueller Überprüfung des Therapieziels und individueller Anpassung des Ausmaßes der Blutzuckersenkung in Ausnahmefällen ein hohes Risiko für schwere Hypoglykämien bestehen bleibt, oder
   b) Personen, die gegen intermediär wirkende Humaninsuline allergisch sind.

8. Klimakteriumstherapeutika sind nur beihilfefähig zur systemischen und topischen hormonellen Substitution; sowohl für den Beginn als auch für die Fortführung einer Behandlung postmenopausaler Symptome ist die niedrigste Dosiseinheit für die kürzestmögliche Therapiedauer anzuwenden.

9. Prostatamittel sind nur beihilfefähig
   a) einmalig für eine Dauer von 24 Wochen als Therapieversuch sowie
   b) längerfristig, sofern der Therapieversuch nach Buchstabe a erfolgreich verlaufen ist.

10. Saftzubereitungen sind für Erwachsene nur beihilfefähig in Ausnahmefällen; die Gründe müssen dabei in der Person liegen.

Anlage 9 (zu § 23 Absatz 1)

Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel

Abschnitt 1
Leistungsverzeichnis

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
	Bereich Inhalation[1)]	
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	6,70 €
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	3,60 €
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	5,70 €
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	11,30 €
	b) mittels Hauben	13,80 €
	Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen	
3	Krankengymnastik (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung	19,50 €
4	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen, die nach Abschluss der Hirnreife erworben werden, als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10 €
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen, die angeboren sind oder bis zum Alter von 14 Jahren erworben werden, als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30 €
6	Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2 – 8 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer	6,20 €
7	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 – 4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80 €
8	Krankengymnastik (Atemtherapie)	
	a) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30 €
	b) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen in einer Gruppe (2 – 5 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80 €
9	Bewegungsübungen	7,70 €
10	Krankengymnastik oder Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60 €
	b) in einer Gruppe (bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer –	11,80 €

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
	einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
11	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50 €
12	Chirogymnastik – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40 €
13	Erweiterte ambulante Physiotherapie[3)] Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90 €
14	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), Behandlungsrichtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 18 Behandlungen je Kalenderhalbjahr	35,00 €
15	Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glissonschlinge)	5,20 €
16	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl´sches Gerät, Schlingentisch)	6,70 €
	Bereich Massagen	
17	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80 €
18	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
	a) Teilbehandlung, 30 Minuten	19,50 €
	b) Großbehandlung, 45 Minuten	29,20 €
	c) Ganzbehandlung, 60 Minuten	39,00 €
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität[2)]	8,70 €
19	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10 €
	Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
20	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,30 €
21	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80 €
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aa) Teilpackung	20,50 €
	bb) Großpackung	28,20 €
22	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,90 €
23	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	7,70 €
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango,	15,40 €

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
	Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
24	Heublumensack, Peloidkompresse	9,20 €
25	Wickel, Auflagen, Kompressen und anderen, auch mit Zusatz	4,60 €
26	Trockenpackung	3,10 €
27	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10 €
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60 €
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10 €
28	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30 €
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,00 €
29	Wechselbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	9,20 €
	b) Vollbad	13,30 €
30	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,00 €
31	Naturmoorbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Halbbad	32,80 €
	b) Vollbad	39,90 €
32	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	28,70 €
	b) Vollbad	32,80 €
33	Sole-Photo-Therapie	32,80 €
	Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit der Bestrahlung durch langwelliges ultraviolettes Licht [UV-A] oder kurzwelliges ultraviolettes Licht [UV-B], einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
34	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand- oder Fußbad) mit Zusatz, zum Beispiel vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70 €
	b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30 €
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50 €
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	3,10 €
35	Gashaltige Bäder	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50 €
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50 €
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforder-	21,00 €

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
	lichen Nachruhe	
	d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50 €
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10 €
	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter Nummer 34 Buchstabe a bis c und Nummer 35 Buchstabe b jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 34 Buchstabe d beihilfefähig.	
	Bereich Kälte- und Wärmebehandlung	
36	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80 €
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70 €
37	Eisteilbad	9,80 €
38	Heißluftbehandlung eines oder mehrerer Körperteile oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler auch Infrarot) bei einem oder mehreren Körperteilen	5,70 €
	Bereich Elektrotherapie	
39	Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese	6,20 €
40	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20 €
41	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20 €
42	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80 €
43	Iontophorese	6,20 €
44	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30 €
45	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00 €
	Bereich Lichttherapie	
46	Behandlung mit Ultraviolettlicht	
	a) als Einzelbehandlung	3,10 €
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	2,60 €
47	a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10 €
	b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20 €
48	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20 €
49	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70 €
	Bereich Logopädie	

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
50	Behandlungsplanung und Bericht	
	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechung, einmal je Behandlungsfall	31,70 €
	b) standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60 €
	c) ausführlicher Bericht	11,80 €
51	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50 €
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20 €
52	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung der Patientin oder des Patienten oder gegebenenfalls der Eltern, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90 €
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40 €
	Bereich Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70 €
54	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50 €
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80 €
55	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
56	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,40 €
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	28,70 €
	Bereich Podologische Therapie[4)]	
57	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50 €
58	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70 €
59	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05 €
60	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25 €
61	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10 €
62	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50 €

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
	Bereich Sonstiges	
63	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20 €
64	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels Bei Besuchen mehrerer Patientinnen oder Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 63 und 64 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	

1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.
2) Das notwendige Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig.
3) Darf nur bei Durchführung von solchen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/erweiterten ambulanten Physiotherapie zugelassen sind.
4) Aufwendungen für medizinische Fußpflege durch eine Podologin, einen Podologen, eine medizinische Fußpflegerin oder einen medizinischen Fußpfleger sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

Abschnitt 2
Erweiterte ambulante Physiotherapie

1. Aufwendungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP) – Nummer 13 des Leistungsverzeichnisses – werden nur bei folgenden Indikationen als beihilfefähig anerkannt:
   a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
      aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
      bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
      cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
      dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
      ee) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb,
   b) Operation am Skelettsystem
      aa) posttraumatische Osteosynthesen,
      bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
   c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit
      aa) Schulterprothesen,

bb) Knieendoprothesen,
cc) Hüftendoprothesen,

d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten
aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
ccc) schwere Schultersteife (frozen shoulder),
ddd) Impingement-Syndrom,
eee) Schultergelenkluxation,
fff) tendinosis calcarea,
ggg) periathritis humero-scapularis,
cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,

e) Amputationen.

Erforderlich für die Anerkennung als beihilfefähige Aufwendungen ist zudem eine Verordnung von

a) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
b) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
c) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
d) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“.

2. Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

3. Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
b) Physikalische Therapie nach Bedarf,
c) Medizinisches Aufbautraining.

Bei Bedarf können folgende zusätzliche Leistungen erbracht werden:

d) Lymphdrainage oder Massage oder Bindegewebsmassage,
e) Isokinetik,
f) Unterwassermassage.
Diese zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 13 abgegolten.

4. Die Patientin oder der Patient muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

Abschnitt 3
Medizinisches Aufbautraining

1. Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn
   a) das Training verordnet wird von
      aa) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
      bb) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
      cc) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
      dd) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“,
   b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der Therapieeinrichtung vorgenommen werden und
   c) jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.

2. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.

3. Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:
   a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller

Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.

b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte, zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings analog Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte (je Sitzung) und begleitenden krankengymnastischen Übungen nach Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Nummern analog 846, analog 558 sowie Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte können pro Sitzung jeweils nur einmal abgerechnet werden.

4. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nummer 14 des Abschnitts 1.

5. Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

Abschnitt 4
Aufwendungen für medizinische Fußpflege

Aufwendungen für medizinische Fußpflege durch Podologinnen, Podologen, medizinische Fußpflegerinnen und medizinische Fußpfleger sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

Anlage 10 (zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1)

Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel

Das Heilmittel muss von einer der folgenden Personen erbracht werden und dem Berufsbild der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers entsprechen:

1. Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,
2. Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
3. Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
4. Krankengymnastin oder Krankengymnast,
5. Logopädin oder Logopäde,
6. akademische Sprachtherapeutin oder akademischer Sprachtherapeut, die oder der über eine Zulassung der gesetzlichen Krankenkassen nach § 124 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verfügt,
7. klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
8. Masseurin oder Masseur,
9. medizinische Bademeisterin oder medizinischer Bademeister,
10. Podologin oder Podologe,
11. medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes.

Anlage 11 (zu § 25 Absatz 1 und 4)

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

Abschnitt 1
Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke

Die Aufwendungen für die Anschaffung der nachstehend aufgeführten Hilfsmittel, Geräte und Körperersatzstücke sind – gegebenenfalls im Rahmen der Höchstbeträge – beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin oder einem Arzt verordnet werden:

1.1 Abduktionslagerungskeil
1.2 Absauggerät (zum Beispiel bei Kehlkopferkrankung)
1.3 Adaptionshilfen
1.4 Anpassungen für diverse Gebrauchsgegenstände (zum Beispiel Universalhalter für Schwerstbehinderte zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaunahme)
1.5 Alarmgerät für Epileptikerinnen oder Epileptiker
1.6 Anatomische Brillenfassung
1.7 Anus-praeter-Versorgungsartikel
1.8 Anzieh- oder Ausziehhilfen
1.9 Aquamat
1.10 Armmanschette
1.11 Armtragegurt oder -tuch
1.12 Arthrodesensitzkissen oder -sitzkoffer
1.13 Atemtherapiegeräte
1.14 Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)
1.15 Auffahrrampen für einen Krankenfahrstuhl
1.16 Aufrichteschlaufe
1.17 Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 Euro beihilfefähig)
1.18 Aufstehgestelle
1.19 Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderung)
1.20 Augenbadewanne, -dusche, -spülglas, -flasche, -pinsel, -pipette oder -stäbchen
1.21 Augenschielklappe, auch als Folie
2.1 Badestrumpf
2.2 Badewannensitz (bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr oder Polyarthritis)

2.3 Badewannenverkürzer
2.4 Ballspritze
2.5 Behinderten-Dreirad
2.6 Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
2.7 Bettnässer-Weckgerät
2.8 Beugebandage
2.9 Billroth-Batist-Lätzchen
2.10 Blasenfistelbandage
2.11 Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Leine, Halsband, Maulkorb)
2.12 Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschallleitgerät)
2.13 Blindenstock, -langstock oder -taststock
2.14 Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz)
2.15 Blutlanzette
2.16 Blutzuckermessgerät
2.17 Bracelet
2.18 Bruchband
3.1 Clavicula-Bandage
3.2 Cochlea-Implantate einschließlich Zubehör
3.3 Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)
3.4 Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhardware und Spezialsoftware bis zu 3 500 Euro, gegebenenfalls zuzüglich bis zu 5 400 Euro für eine Braillezeile mit 40 Modulen
4.1 Dekubitus-Schutzmittel (zum Beispiel Auf- oder Unterlagen für das Bett, Spezial-matratzen, Keile, Kissen, Auf- oder Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für El-lenbogen, Unterschenkel und Füße)
4.2 Delta-Gehrad
4.3 Drehscheibe, Umsetzhilfen
4.4 Duschsitz oder -stuhl
5.1 Einlagen, orthopädische, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse
5.2 Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten
5.3 Ekzemmanschette
5.4 Elektroscooter bis zu 2 500 Euro, ausgenommen Zulassung und Versicherung
5.5 Elektrostimulationsgerät
5.6 Epicondylitisbandage oder -spange mit Pelotten
5.7 Epitrainbandage
5.8 Ernährungssonde
6.1 Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peronaeus-Prothese)

6.2 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
6.3 Fingerling
6.4 Fingerschiene
6.5 Fixationshilfen
6.6 Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung)
7.1 Gehgipsgalosche
7.2 Gehhilfen und -übungsgeräte
7.3 Gehörschutz
7.4 Genutrain-Aktiv-Kniebandage
7.5 Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose oder verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
7.6 Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese)
7.7 Gilchrist-Bandage
7.8 Gipsbett, Liegeschale
7.9 Glasstäbchen
7.10 Gummihose bei Blasen- oder Darminkontinenz
7.11 Gummistrümpfe
8.1 Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
8.2 Handgelenkriemen
8.3 Hebekissen
8.4 Heimdialysegerät
8.5 Helfende Hand, Scherenzange
8.6 Herz-Atmungs-Überwachungsgerät oder -monitor
8.7 Hochtontherapiegerät
8.8 Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte], Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte [C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals], drahtlose Hörhilfen, Otoplastik, In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte]), alle fünf Jahre einschließlich der Nebenkosten, es sei denn, aus medizinischen oder technischen Gründen ist eine vorzeitige Verordnung zwingend erforderlich; Aufwendungen sind für Personen ab 15 Jahren auf 1 500 Euro je Ohr begrenzt, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für eine medizinisch indizierte notwendige Fernbedienung; der Höchstbetrag kann überschritten werden, soweit dies erforderlich ist, um eine ausreichende Versorgung bei beidseitiger an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten zu gewährleisten
9.1 Impulsvibrator
9.2 Infusionsbesteck oder -gerät und Zubehör

9.3 Inhalationsgerät, einschließlich Sauerstoff und Zubehör, jedoch keine Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
9.4 Innenschuh, orthopädischer
9.5 Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)
9.6. Irisschale mit geschwärzter Pupille bei entstellenden Veränderungen der Hornhaut eines blinden Auges
10.1 (frei)
11.1 Kanülen und Zubehör
11.2 Katapultsitz
11.3 Katheter, auch Ballonkatheter, und Zubehör
11.4 Kieferspreizgerät
11.5 Klosett-Matratze für den häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz
11.6 Klumpfußschiene
11.7 Klumphandschiene
11.8 Klyso
11.9 Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
11.10 Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
11.11 Kniepolster/-rutscher bei Unterschenkelamputation
11.12 Knöchel- und Gelenkstützen
11.13 Körperersatzstücke einschließlich Zubehör, abzüglich eines Eigenanteils von 15 Euro für Brustprothesenhalter und 40 Euro für Badeanzüge, Bodys oder Korseletts für Brustprothesenträgerinnen
11.14 Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
11.15 Koordinator nach Schielbehandlung
11.16 Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
11.17 Kopfschützer
11.18 Korrektursicherungsschuh
11.19 Krabbler für Spastikerinnen und Spastiker
11.20 Krampfaderbinde
11.21 Krankenfahrstuhl und Zubehör
11.22 Krankenpflegebett
11.23 Krankenstock
11.24 Kreuzstützbandage
11.25 Krücke
12.1 Latextrichter bei Querschnittlähmung
12.2 Leibbinde, jedoch keine Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
12.3 Lesehilfen (Lesesständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)

12.4 Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
12.5 Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber oder Badewannenlifter)
12.6 Lispelsonde
12.7 Lumbalbandage
13.1 Malleotrain-Bandage
13.2 Mangoldsche Schnürbandage
13.3 Manutrain-Bandage
13.4 Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro:
13.4.1 Straßenschuhe (Erstausstattung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
13.4.2 Hausschuhe (Erstausstattung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühes-tens nach zwei Jahren),
13.4.3 Sportschuhe (Erstausstattung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
13.4.4 Badeschuhe (Erstausstattung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach vier Jahren),
13.4.5 Interimsschuhe (wegen vorübergehender Versorgung entfällt der Eigenanteil von 64 Euro)
13.5 Milchpumpe
13.6 Mundsperrer
13.7 Mundstab/-greifstab
14.1 Narbenschützer
14.2 Neurodermitis-Overall für Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben (zwei pro Jahr und bis zu 80 Euro je Overall)
15.1 Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts und Ähnliches, auch Haltemanschetten und Ähnliches
15.2 Orthesenschuhe, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro
15.3 Orthonyxie-Nagelkorrekturspange einschließlich der Anpassungen
15.4 Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (höchstens sechs Paar Schuhe pro Jahr)
16.1 Pavlik-Bandage
16.2 Peak-Flow-Meter
16.3 Penisklemme
16.4 Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel
16.5 Phonator
16.6 Polarimeter
16.7 Psoriasiskamm

17.1 Quengelschiene
18.1 Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
18.2 Reflektometer
18.3 Rektophor
18.4 Rollator
18.5 Rollbrett
18.6 Rutschbrett
19.1 Schede-Rad
19.2 Schrägliegebrett
19.3 Schutzbrille für Blinde
19.4 Schutzhelm für Behinderte
19.5 Schwellstromapparat
19.6 Segofix-Bandagensystem
19.7 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
19.8 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
19.9 Skolioseumkrümmungsbandage
19.10 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
19.11 Spezialschuhe für Diabetiker , abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro
19.12 Sphinkter-Stimulator
19.13 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
19.14 Spreizfußbandage
19.15 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
19.16 Spritzen
19.17 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehnenschäden oderLähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen)
19.18 Stehübungsgerät
19.19 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
19.20 Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter
19.21 Stubbies
19.22 Stumpfschutzhülle
19.23 Stumpfstrumpf
19.24 Suspensorium
19.25 Symphysengürtel
20.1 Talocrur (Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar)
20.2 Therapeutische Bewegungsgeräte (nur mit Spasmenschaltung)
20.3 Tinnitusgerät
20.4 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten
20.5 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)

20.6 Tragegurtsitz
21.1 Übertragungsanlagen, wenn nach differenzierter fachärztlicher pädaudiologischer Diagnostik bei Bestehen einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung auch eine Einschränkung des Sprachverständnisses im Störschall besteht
21.2 Übungsschiene
21.3 Urinale
21.4 Urostomiebeutel
22.1 Verbandschuhe (Einzelschuhversorgung)
22.2 Vibrationstrainer bei Taubheit
23.1 Wasserfeste Gehhilfe
23.2 Wechseldruckgerät
24.1 (frei)
25.1 (frei)
26.1 Zyklomat-Hormon-Pumpe.

Abschnitt 2
Perücken

Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (zum Beispiel Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (zum Beispiel infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraums die Kopfform geändert hat.

Abschnitt 3
Blindenhilfsmittel und Mobilitätstraining

1. Aufwendungen für zwei Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronische Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung sind beihilfefähig.
2. Aufwendungen für die erforderliche Unterweisung im Gebrauch dieser Hilfsmittel (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

a) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:

aa) Unterrichtsstunde à 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu 100 Unterrichtsstunden 63,50 Euro,

bb) Fahrtzeit der Trainerin oder des Trainers je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird 50,48 Euro,

cc) Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers je gefahrenen Kilometer 0,30 Euro oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,

dd) notwendige Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainerin oder des Trainers nicht zumutbar ist, je Tag 26 Euro.

Das Mobilitätstraining wird grundsätzlich als Einzeltraining ambulant oder stationär in einer Spezialeinrichtung durchgeführt. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen der Trainerin oder des Trainers nur anteilig berücksichtigt werden,

b) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (zum Beispiel bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) werden entsprechend Buchstabe a anerkannt,

c) Aufwendungen für ein ergänzendes Training an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden anerkannt werden, gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers in entsprechendem Umfang. Die Anerkennung weiterer Stunden ist möglich, wenn die Trainerin oder der Trainer oder eine Ärztin oder ein Arzt die Notwendigkeit bescheinigt.

3. Die entstandenen Aufwendungen für das Mobilitätstraining sind durch die Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch die Mobilitätstrainerin oder den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls sie oder er zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzli-

chen Krankenkassen berechtigt ist. Bei Umsatzsteuerpflicht (ein Nachweis des Finanzamtes ist vorzulegen) erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

Abschnitt 4
Sehhilfen

Unterabschnitt 1
Allgemeine Bestimmungen der Beihilfefähigkeit von Sehhilfen

1. Sehhilfen zur Verbesserung des Visus sind beihilfefähig
   a) für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
   b) für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wenn beide Augen auf Grund der Sehschwäche oder Blindheit eine schwere Sehbeeinträchtigung aufweisen, die mindestens der Stufe 1 der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Grades der Sehbeeinträchtigung entspricht. Eine schwere Sehbeeinträchtigung liegt unter anderem vor, wenn
      aa) der Visus bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brille oder mit möglichen Kontaktlinsen auf dem besseren Auge ≤ 0,3 beträgt oder
      bb) das beidäugige Gesichtsfeld bei zentraler Fixation ≤ 10 Grad ist.

   Der Visus ist mit bester Korrektur mit Brillengläsern oder Kontaktlinsen zu bestimmen.

2. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist, dass diese von einer Augenärztin oder einem Augenarzt verordnet worden ist. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung von einer Augenoptikerin oder einem Augenoptiker; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 Euro beihilfefähig.

3. Aufwendungen für erneute Beschaffung einer Sehhilfe sind beihilfefähig, wenn bei gleichbleibendem Visus seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei, bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil
   a) sich die Refraktion geändert hat,
   b) die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist,
   c) sich die Kopfform geändert hat.

4. Als Sehhilfen zur Verbesserung des Visus sind beihilfefähig:
   a) Brillengläser,

b) Kontaktlinsen,
c) vergrößernde Sehhilfen.

5. Bei Personen, die der Vollzeitschulpflicht unterliegen, sind Aufwendungen für eine Brille beihilfefähig, wenn sie für die Teilnahme am Schulsport erforderlich ist. Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach dem Unterabschnitt 2 Nummer 1 und 2; für die Brillenfassung sind Aufwendungen bis zu 52 Euro beihilfefähig.

Unterabschnitt 2
Brillengläser zur Verbesserung des Visus

1. Aufwendungen für Brillengläser sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

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

aa) Einstärkengläser:

aaa) für ein sphärisches Glas 31,00 Euro,

bbb) für ein zylindrisches Glas 41,00 Euro,

bb) Mehrstärkengläser:

aaa) für ein sphärisches Glas 72,00 Euro,

bbb) für ein zylindrisches Glas 92,50 Euro,

b) für vergütete Gläser mit Gläserstärken über +/-6 dpt

zuzüglich je Glas 21,00 Euro,

c) für Dreistufen- oder Multifokalgläser zuzüglich je Glas 21,00 Euro,

d) für Gläser mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas 21,00 Euro.

2. Zusätzlich zu den Aufwendungen nach Nummer 1 sind Mehraufwendungen für Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläser bei den jeweils genannten Indikationen bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

a) für Kunststoffgläser und hochbrechende mineralische Gläser (Leichtgläser) zuzüglich je Glas 21,00 Euro,

aa) für Gläserstärken ab +6/-8 dpt,

bb) für Anisometropien ab 2 dpt,

cc) unabhängig von der Gläserstärke

aaa) für Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

bbb) für Personen mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,

ccc) für Brillen, die im Rahmen der Vollzeitschulpflicht für die Teilnahme am Schulsport erforderlich sind,

b) für Lichtschutzgläser oder fototrope Gläser

zuzüglich je Glas 11,00 Euro,

aa) bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (zum Beispiel Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),

bb) bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen,

cc) bei Fortfall der Pupillenverengung (zum Beispiel absolute oder reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kehrer-Syndrom),

dd) bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (zum Beispiel Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis),

ee) bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (zum Beispiel Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,

ff) bei Ciliarneuralgie,

gg) bei Blendung auf Grund entzündlicher oder degenerativer Erkrankungen der Netzhaut, der Aderhaut oder der Sehnerven,

hh) bei totaler Farbenblindheit,

ii) bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,

jj) bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (zum Beispiel Hirnverletzungen, Hirntumoren),

kk) bei Gläserstärken ab +10 dpt wegen Vergrößerung der Eintrittspupille.

3. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:

a) hochbrechende Lentikulargläser,

b) entspiegelte Gläser,

c) polarisierende Gläser,

d) Gläser mit härtender Oberflächenbeschichtung,

e) Gläser und Zurichtungen an der Brille zur Verhinderung von Unfallschäden am Arbeitsplatz oder für den Freizeitbereich,

f) Bildschirmbrillen,

g) Brillenversicherungen,

h) Gläser für eine sogenannte Zweitbrille, deren Korrektionsstärken bereits den vorhandenen Gläsern entsprechen (Mehrfachverordnung),

i) Gläser für eine sogenannte Reservebrille, die zum Beispiel aus Gründen der Verkehrssicherheit benötigt werden,

j) Gläser für Sportbrillen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 5,

k) Brillenetuis,

l) Brillenfassungen, außer im Fall des Unterabschnitts 1 Nummer 5.

Unterabschnitt 3
Kontaktlinsen zur Verbesserung des Visus

1. Aufwendungen für Kontaktlinsen zur Verbesserung des Visus sind beihilfefähig bei:
   a) Myopie ab 8 dpt,
   b) Hyperopie ab 8 dpt,
   c) irregulärem Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 Prozent verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,
   d) Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
   e) Astigmatismus obliquus (Achslage 45° +/–30° oder 135° +/–30°) ab 2 dpt,
   f) Keratokonus,
   g) Aphakie,
   h) Aniseikonie von mehr als 7 Prozent (die Aniseikoniemessung ist nach einer allgemein anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode durchzuführen und zu dokumentieren),
   i) Anisometropie ab 2 dpt.
2. Aufwendungen für Kurzzeitlinsen sind je Kalenderjahr nur beihilfefähig
   a) für sphärische Kontaktlinsen bis zu 154 Euro,
   b) für torische Kontaktlinsen bis zu 230 Euro.

3. Wenn Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, sind bei Vorliegen einer Indikation nach Nummer 1 neben den Kontaktlinsen zusätzlich Aufwendungen für eine Brille nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig. Liegt keine Indikation nach Nummer 1 vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Gläser beihilfefähig.
4. Nicht beihilfefähig sind:
   a) Kontaktlinsen als postoperative Versorgung (auch als Verbandlinse oder Verbandschale) nach nicht beihilfefähigen Eingriffen,
   b) Kontaktlinsen in farbigen Ausführungen zur Veränderung oder Verstärkung der körpereigenen Farbe der Iris,
   c) One-Day-Linsen,
   d) multifokale Mehrstärkenkontaktlinsen,
   e) Kontaktlinsen mit Lichtschutz und sonstigen Kantenfiltern,
   f) Reinigungs- und Pflegemittel für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Unterabschnitt 4
Vergrößernde Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe

1. Aufwendungen für folgende ärztlich verordnete vergrößernde Sehhilfen sind beihilfefähig:
   a) optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe bei einem mindestens 1,5-fachen Vergrößerungsbedarf vorrangig als Hellfeldlupe, Hand- und Standlupe, gegebenenfalls mit Beleuchtung, oder Brillengläser mit Lupenwirkung (Lupengläser); in Ausnahmefällen als Fernrohrlupenbrillensystem (zum Beispiel nach Galilei, Kepler) einschließlich der Systemträger,
   b) elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe als mobile oder nicht mobile Systeme bei einem mindestens 6-fachen Vergrößerungsbedarf,
   c) optisch vergrößernde Sehhilfen für die Ferne als fokussierende Handfernrohre oder Monokulare.

   Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Sehhilfe von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde verordnet worden ist, die oder der die Notwendigkeit und die Art der benötigten Sehhilfen selbst oder in Zusammenarbeit mit einer entsprechend ausgestatteten Augenoptikerin oder einem entsprechend ausgestatteten Augenoptiker bestimmt hat.
2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:
   a) Fernrohrlupenbrillensysteme (zum Beispiel nach Galilei oder Kepler) für die Zwischendistanz (Raumkorrektur) oder die Ferne,

b) separate Lichtquellen (zum Beispiel zur Kontrasterhöhung oder zur Ausleuchtung der Lektüre),
c) Fresnellinsen.

Unterabschnitt 5
Therapeutische Sehhilfen

1. Aufwendungen für folgende therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung sind beihilfefähig, wenn die Sehhilfe von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde verordnet worden ist:
   a) Glas mit Lichtschutz mit einer Transmission bis 75 Prozent bei
      aa) Substanzverlusten der Iris, die den Blendschutz herabsetzen (zum Beispiel Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
      bb) Albinismus.
      Ist beim Lichtschutzglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich erforderlich, so sind die Aufwendungen für die entsprechenden Gläser nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig. Zusätzlich sind die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig, wenn der Seitenschutz erfolgreich getestet wurde.

   b) Glas mit Ultraviolett-(UV-)Kantenfilter (400 Nanometer Wellenlänge) bei
      aa) Aphakie,
      bb) Photochemotherapie zur Absorption des langwelligen UV-Lichts,
      cc) UV-Schutz nach Pseudophakie, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde,
      dd) Iriskolobom,
      ee) Albinismus.
      Ist beim Kantenfilterglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich und bei Albinismus zudem eine Transmissionsminderung notwendig, so sind die Aufwendungen für die entsprechenden Gläser nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig. Zusätzlich sind die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig, wenn der Seitenschutz erfolgreich getestet wurde.

   c) Glas mit Kantenfilter als Bandpassfilter mit einem Transmissionsmaximum bei einer Wellenlänge von 450 Nanometer bei Blauzapfenmonochromasie. Ist beim Kantenfilterglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich und gegebenenfalls auch eine Transmissionsminderung notwendig, sind die Aufwendungen für die entsprechenden Gläser nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

d) Glas mit Kantenfilter (Wellenlänge größer als 500 Nanometer) als Langpassfilter zur Vermeidung der Stäbchenbleichung und zur Kontrastanhebung bei
   aa) angeborenem Fehlen von oder angeborenem Mangel an Zapfen in der Netzhaut (Achromatopsie, inkomplette Achromatopsie),
   bb) dystrophischen Netzhauterkrankungen (zum Beispiel Zapfendystrophien, Zapfen-StäbchenDystrophien, Stäbchen-Zapfen-Dystrophien, Retinopathia pigmentosa, Chorioidemie),
   cc) Albinismus.

   Das Ausmaß der Transmissionsminderung und die Lage der Kanten der Filter sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen. Ist beim Kantenfilterglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich notwendig, so sind die Aufwendungen für die entsprechenden Gläser nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig. Zusätzlich sind die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig, wenn der Seitenschutz erfolgreich getestet wurde.

e) Horizontale Prismen in Gläsern ≥ 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung ≥ 3 Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen) sowie vertikale Prismen und Folien ≥ 1 Prismendioptrie, bei
   aa) krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen mit dem Ziel, Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern,
   bb) Augenmuskelparesen, um Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern.

   Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Verordnung auf Grund einer umfassenden augenärztlichen orthoptisch-pleoptischen Diagnostik ausgestellt ist. Verordnungen, die auf Grund isolierter Ergebnisse einer subjektiven Heterophie-Testmethode ausgestellt sind, werden nicht anerkannt.

   Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, zum Beispiel prä- oder postoperativ, sind nur die Aufwendungen für Prismenfolien ohne Trägerglas beihilfefähig. Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sowie Höhenausgleichsprismen bei Mehrstärkengläsern sind nicht beihilfefähig.

   Ist bei Brillengläsern mit therapeutischen Prismen zusätzlich ein Refraktionsausgleich notwendig, so sind die Aufwendungen der entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig.

f) Okklusionsschalen oder -linsen bei dauerhaft therapeutisch nicht anders beeinflussbarer Doppelwahrnehmung;

g) Kunststoff-Bifokalgläser mit besonders großem Nahteil zur Behebung des akkommodativen Schielens bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;

h) Okklusionspflaster und -folien als Amblyopietherapeutika, nachrangig Okklusionskapseln;

i) Uhrglasverbände oder konfektionierter Seitenschutz bei unvollständigem Lidschluss (zum Beispiel infolge einer Gesichtslähmung) oder bei Zustand nach Keratoplastik, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden;

j) Irislinsen mit durchsichtigem, optisch wirksamem Zentrum bei Substanzverlusten der Iris, die den Blendschutz herabsetzen (zum Beispiel Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse oder Albinismus);

k) Verbandlinsen oder -schalen bei oder nach
   aa) Hornhauterosionen oder -epitheldefekten,
   bb) Abrasio nach Operation,
   cc) Verätzung oder Verbrennung,
   dd) Hornhautverletzungen (perforierend oder lamellierend),
   ee) Keratoplastik,
   ff) Hornhautentzündungen und -ulzerationen (zum Beispiel Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophtalmo, Keratitis filiformis);

l) Kontaktlinsen als Medikamententräger zur kontinuierlichen Medikamentenzufuhr;

m) Kontaktlinsen
   aa) bei ausgeprägtem, fortgeschrittenem Keratokonus mit keratokonusbedingten pathologischen Hornhautveränderungen und Hornhautradius unter 7 Millimeter zentral oder im Apex,
   bb) nach Hornhauttransplantation oder Keratoplastik;

n) Kunststoffgläser als Schutzgläser bei
   aa) erheblich sturzgefährdeten Personen, die an Epilepsie oder an Spastiken erkrankt sind,

bb) funktionell Einäugigen (bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges unter 0,2).

Ist zusätzlich ein Refraktionsausgleich notwendig, sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 2 beihilfefähig. Kontaktlinsen sind bei dieser Indikation nicht beihilfefähig.

2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
   a) Kantenfilter bei
      aa) altersbedingter Makuladegeneration,
      bb) diabetischer Retinopathie,
      cc) Opticusatrophie (außer im Zusammenhang mit einer dystrophischen Netzhauterkrankung),
      dd) Fundus myopicus,

   b) Verbandlinsen oder -schalen nach nicht beihilfefähigen Eingriffen,

   c) Okklusionslinsen und -schalen als Amblyopietherapeutikum.

Anlage 12 (zu § 25 Absatz 1, 2 und 4)

Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle

Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die weder notwendig noch wirtschaftlich angemessen (§ 6 Absatz 1) sind, die einen geringen oder umstrittenen therapeutischen Nutzen oder einen geringen Abgabepreis haben (§ 25 Absatz 2) oder die zur allgemeinen Lebenshaltung gehören. Nicht beihilfefähig sind insbesondere folgende Gegenstände:

1.1 Adju-Set/-Sano
1.2 Angorawäsche
1.3 Anti-Allergene-Matrazen, Matrazenbezüge und Bettbezüge
1.4 Aqua-Therapie-Hose
1.5 Arbeitsplatte zum Krankenfahrstuhl
1.6 Augenheizkissen
1.7 Autofahrerrückenstütze
1.8 Autokindersitz
1.9 Autokofferraumlifter
1.10 Autolifter
2.1 Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte
2.2 Bandagen (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
2.3 Basalthermometer
2.4 Bauchgurt
2.5 Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung, soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt
2.6 Bett (soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt)
2.7 Bettbrett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze
2.8 Bett-Tisch
2.9 Bidet
2.10 Bildschirmbrille
2.11 Bill-Wanne
2.12 Blinden-Uhr
2.13 Blutdruckmessgerät
2.14 Brückentisch
3.1 (frei)
4.1 Dusche
5.1 Einkaufsnetz

5.2 Einmal-Handschuhe, es sei denn, sie sind bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachialen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter oder bei Querschnittgelähmten zur Darmentleerung erforderlich
5.3 Eisbeutel und -kompressen
5.4 Elektrische Schreibmaschine
5.5 Elektrische Zahnbürste
5.6 Elektrofahrzeuge, soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt
5.7 Elektro-Luftfilter
5.8 Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)
5.9 Erektionshilfen
5.10 Ergometer
5.11 Ess- und Trinkhilfen
5.12 Exoskelette
5.13 Expander
6.1 Fieberthermometer
6.2 Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (zum Beispiel Venentrainer)
7.1 Garage für Krankenfahrzeuge
8.1 Handschuhe, es sei denn, sie sind nach Nummer 11.21 der Anlage 11 erforderlich
8.2 Handtrainer
8.3 Hängeliege
8.4 Hantel (Federhantel)
8.5 Hausnotrufsystem
8.6 Hautschutzmittel
8.7 Heimtrainer
8.8 Heizdecke/-kissen
8.9 Hilfsgeräte für die Hausarbeit
8.10 Höhensonne
8.11 Hörkissen
8.12 Hörkragen Akusta-Coletta
9.1 Intraschallgerät (Schallwellengerät)
9.2 Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
9.3 Ionisierungsgeräte (zum Beispiel Ionisator, Pollimed 100)
9.4 Ionopront, Permox-Sauerstofferzeuger
10.1 (frei)
11.1 Katzenfell
11.2 Klingelleuchten, die nicht von Nummer 12.4 der Anlage 11 erfasst sind
11.3 Knickfußstrumpf
11.4 Knoche Natur-Bruch-Slip

11.5 Kolorimeter
11.6 Kommunikationssystem
11.7 Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung
11.8 Krankenunterlagen, es sei denn,
   a) sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitiden),
   b) neben der Blasen- oder Darminkontinenz liegen so schwere Funktionsstörungen vor (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust), dass sonst der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitiden droht,
   c) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht
11.9 Kreislaufgerät
12.1 Lagerungskissen/-stütze, ausgenommen Nummer 1.1 der Anlage 11
12.2 Language-Master
12.3 Luftreinigungsgeräte
13.1 Magnetfolie
13.2 Monophonator
13.3 Munddusche
14.1 Nackenheizkissen
14.2 Nagelspange
15.1 Öldispersionsapparat
16.1 Pulsfrequenzmesser
17.1 (frei)
18.1 Rotlichtlampe
18.2 Rückentrainer
19.1 Salbenpinsel
19.2 Schlaftherapiegerät
19.3 Schuhe, soweit nicht in Anlage 11 aufgeführt
19.4 Spezialsitze
19.5 Spirometer
19.6 Spranzbruchband
19.7 Sprossenwand
19.8 Sterilisator
19.9 Stimmübungssystem für Kehlkopflose
19.10 Stockroller
19.11 Stockständer
19.12 Stufenbett
19.13 SUNTRONIC-System (AS 43)
20.1 Taktellgerät

20.2 Tamponapplikator
20.3 Tandem für Behinderte
20.4 Telefonverstärker
20.5 Telefonhalter
20.6 Therapeutische Wärme-/Kältesegmente
20.7 Treppenlift, Monolift, Plattformlift
21.1 Übungsmatte
21.2 Ultraschalltherapiegeräte
21.3 Urin-Prüfgerät
22.1 Venenkissen
23.1 Waage
23.2 Wandstandgerät
23.3 WC-Sitz
24.1 (frei)
25.1 (frei)
26.1 Zahnpflegemittel
26.2 Zweirad für Behinderte.

Anlage 13 (zu § 41 Absatz 1 Satz 3)

Nach § 41 Absatz 1 Satz 3 beihilfefähige Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen

1 Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen

1.1 Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz

1.2 Früherkennungsuntersuchungen

1.2.1 U 10 bei Personen, die das siebte, aber noch nicht das neunte Lebensjahr vollendet haben

1.2.2 U 11 bei Personen, die das neunte, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben

1.2.3 J 2 bei Personen, die das 16., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet

2 Schutzimpfungen

2.1 Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME-)Schutzimpfungen ohne Einschränkungen

2.2 Grippeschutzimpfungen ohne Einschränkungen

2.3 Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) für Mädchen, die das neunte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben

Anlage 14 (zu § 41 Absatz 3)

Früherkennungsprogramm für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko

Aufwendungen für den Gentest bei erblich belasteten Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko setzen sich aus den Aufwendungen für

1. die Risikofeststellung und die interdisziplinäre Beratung,
2. die Genanalyse sowie
3. die Teilnahme an einem strukturierten Früherkennungsprogramm

zusammen und sind mit den nachstehenden Pauschalen beihilfefähig, wenn diese Untersuchungen in den in Nummer 4 aufgeführten Zentren durchgeführt wurden.

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. Genanalyse

Aufwendungen für eine Genanalyse bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall) sind pauschal in Höhe von 4 500 Euro beihilfefähig. Wird eine ratsuchende gesunde Person nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht, sind die Aufwendungen in Höhe von 250 Euro beihilfefähig.

Die Genanalyse 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 Genanalyse 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 Genanalyse also keinen diagnostischen Charakter hat. Eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche ärztliche Stellungnahme zu attestieren.

3. Strukturiertes Früherkennungsprogramm

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

4. Zentren für familiären Brust- oder Eierstockkrebs

Berlin
Charité-Universitätsmedizin Berlin, Brustzentrum
Dresden
Technische Universität Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Düsseldorf
Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum
Göttingen
Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum
Hannover
Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Humangenetik
Heidelberg
Universität Heidelberg, Institut für Humangenetik
Kiel
Universitätsfrauenklinik Kiel
Köln/Bonn
Universität zu Köln, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
Leipzig
Universität Leipzig, Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
München
Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar, Klinik für Frauenheilkunde
Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik für Frauenheilkunde
Münster
Universität Münster, Institut für Humangenetik
Regensburg
Universität Regensburg, Institut für Humangenetik
Tübingen
Universität Tübingen, Institut für Humangenetik
Ulm
Universität Ulm, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Würzburg
Frauenklinik der Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Genetik im Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

Anlage 15
(zu § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4)

Heilbäder- und Kurorteverzeichnis

1. Heilbäder- und Kurorteverzeichnis Inland

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
A				
Aachen	52066	Aachen	Burtscheid	Heilbad
	52062	Aachen	Monheimsallee	Heilbad
Aalen	73433	Aalen	Röthardt	Heilklimatischer Kurort
Abbach	93077	Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schlossberg, Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419	Ahlbeck	G	Ostseeheilbad
Aibling	83043	Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen, Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680	Bad Alexand-ersbad	G	Heilbad
Altenau	38707	Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Altenberg	01773	Altenberg	Altenberg	Kneippkurort
Andernach	56626	Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454	Bad Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	88326	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
B				
Baden-Baden	76530	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	72270	Baiersbronn	Schönmünzach-Schwarzenberg	Kneippkurort
			Obertal	Heilklimatischer

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
				Kurort
Balge	31609	Balge	B - Bad Blenhorst	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Baltrum	26579	Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429	Bansin	G	Ostseeheilbad
Bayersoien	82435	Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
Bayreuth	95410	Bayreuth	B - Lohengrin Therme Bayreuth	Heilquellen-kurbetrieb
Bayrischzell	83735	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624	Bad Bederkesa	G	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Bellingen	79415	Bad Bellingen	Bad Bellingen	(Mineral-)Heilbad
Belzig	14806	Bad Belzig	Bad Belzig	Heilbad
Bentheim	48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	(Moor- u. Mineral-) Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Berggießhübel	01819	Bad Gottleuba - Berggießhübel	Berggießhübel	Kneippkurort
Bergzabern	76887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad u. heilklimatischer Kurort
Berka	99438	Bad Berka	Bad Berka	Ort mit Heilquel-lenkurbetrieb
Berleburg	57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460	Bad Berneck	Bad Berneck im Fichtelgebirge Frankenhammer, Kutschen-rangen, Rödlasberg, Warme-leithen	Kneippheilbad
Bernkastel-Kues	54470	Bernkastel-Kues	Kueser Plateau	Heilklimatischer Kurort
Bertrich	56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Beuren	72660	Beuren	G	Ort mit Heilquel-lenkurbetrieb
Bevensen	29549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	(Jod- u. Sole-) Heilbad
Biberach	88400	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Birnbach	84364	Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilquellenkurbe-trieb
Bischofsgrün	95493	Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bischofswiesen	83483	Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38889	Blankenburg, Harz	G	Heilbad
Blieskastel	66440	Blieskastel	Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708	Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenmais	94249	Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
Bodenteich	29389	Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	73087	Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heil-quellenkurbetrieb
Boltenhagen	23946	Ostseebad Bol-tenhagen	G	Ostseeheilbad
Boppard	56154	Boppard	a) Boppard	Kneippheilbad
			b) Bad Salzig	Heilbad
Borkum	26757	Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648	Bad Brambach	Bad Brambach	(Mineral-)Heilbad
Bramstedt	24576	Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	(Moor-)Heilbad
Braunlage	38700	Braunlage	G mit Hohegeiß	Heilklimatischer Kurort
Breisig	53498	Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929	Brilon	Brilon	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Brückenau	97769	Bad Brückenau	G - sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
Buchau	88422	Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor- u. Mineral-) Heilbad
Buckow	15377	Buckow	G - ausgenommen der Ortsteil Hasenholz	Kneippkurort
Bünde	32257	Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle u. Moor)
Büsum	25761	Büsum	Büsum	Nordseeheilbad
Burg	03096	Burg	Burg	Ort mit Heilquel-lenkurbetrieb
Burgbrohl	56659	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg / Fehmarn	23769	Burg / Fehmarn	Burg	Nordseeheilbad
C				
Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Clausthal-Zellerfeld	38678	Clausthal-Zellerfeld	Clausthal-Zellerfeld	Heilklimatischer Kurort
Colberg-Heldburg	98663	Bad Colberg-Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquel-len-Kurbetrieb
Cuxhaven	27478	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad
D				
Dahme	23747	Dahme	Dahme	Ostseeheilbad
Damp	24351	Damp	Damp 2000	Ostseeheilbad
Daun	54550	Daun	Daun	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
Detmold	32760	Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582	Diez	Diez	Heilbad
Ditzenbach	73342	Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Doberan	18209	Bad Doberan	a) Bad Doberan	(Moor-)Heilbad
			b) Heiligendamm	Seeheilbad
Driburg	33014	Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Düben	04849	Bad Düben	Bad Düben	(Moor-)Heilbad
Dürkheim	65098	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073	Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-)Heilbad, Heilklimatischer Kurort u. Kneipp-kurort
E				
Ehlscheid	56581	Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707	Bad Eilsen	G	Ort mit Heilquel-len-Kurbetrieb
Elster	04645	Bad Elster	Bad Elster, Sohl	(Moor- u. Mineral-) Heilbad
Ems	56130	Bad Ems	Bad Ems	Heilbad
Emstal	34308	Bad Emstal	Sand	Heilbad
Endbach	35080	Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	83093	Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hof-ham, Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597	Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422	Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
Essen	49152	Bad Essen	Bad Essen	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Eutin	23701	Eutin	G	Heilklimatischer Kurort
F				
Feilnbach	83075	Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Ge-meindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	(Moor-)Heilbad
Feldberger Se-enlandschaft	17258	Feldberger Se-enlandschaft	Feldberg	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Finsterbergen	99898	Finsterbergen	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538	Fischen / Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567	Bad Frankenhausen	K	(Sole-)Heilbad
Freiburg	79098	Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Freienwalde	16259	Bad Freienwalde	Bad Freienwalde	(Moor-)Heilbad
Freudenstadt	72250	Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718	Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629	Füssen	a) Bad Faulenbach	Heilbad
			b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Kneippkurort
Füssing	94072	Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Egglfing a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	Heilbad
G				
Gaggenau	76571	Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Gandersheim	37581	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Soleheilbad
Garmisch-Partenkirchen	82467	Garmisch-Partenkirchen	G - ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Gelting	24395	Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129	Gersfeld (Rhön)	K	Heilklimatischer Kurort u. Kneipp-kurort
Gladenbach	35075	Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Nordseeheilbad
Göhren	18586	Ostseebad Göh-ren	G	Kneippkurort
Goslar	38644	Goslar	Hahnenklee-Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Gottleuba	01816	Bad Gottleuba-Berggießübel	Bad Gottleuba	Kneippkurort u. (Moor-)Heilbad
Graal-Müritz	18181	Graal-Müritz	G	Ostseeheilbad
Grasellenbach	64689	Grasellenbach	K	Kneippkurort u. Heilbad
Griesbach i. Rottal	94086	Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal	Heilbad
Grömitz	23743	Grömitz	Grömitz	Ostseeheilbad
Grönenbach	87728	Bad Grönen-bach	Bad Grönenbach, Au, Brand-holz, in der Tarrast, Egg, Gmeinschwenden, Greit, Her-bisried, Hueb, Klevers, Kornh-ofen, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldegg b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippheilbad
Großenbrode	23775	Großenbrode	G	Ostseeheilbad
Grund	37539	Bad Grund	Bad Grund	Heilbad u. heilkli-matischer Kurort
H				
Haffkrug-Scharbeutz	23683	Haffkrug-Scharbeutz	Haffkrug	Ostseeheilbad
Haigerloch	72401	Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquel-len-Kurbetrieb

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Harzburg	38667	Bad Harzburg	K	(Sole-)Heilbad
Heilbrunn	83670	Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Mürnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindlschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	Heilbad u. heilklimatischer Kurort
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Ostseeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heiligenstadt	Heiligenstadt	(Sole-)Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Nordseeheilbad
Herbstein	36358	Herbstein	B	Heilquellen-Kurbetrieb
Heringsdorf	17424	Heringsdorf	G	Ostseeheilbad u. (Sole-)Heilbad
Herrenalb	76332	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad u. heilklimatischer Kurort
Hersfeld	36251	Bad Hersfeld	K	(Mineral-)Heilbad
Hille	32479	Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle u. Moor)
Hindelang	87541	Bad Hindelang	Bad Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippheilbad u. heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79856	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort u. Kneippkurort
Höchenschwand	79862	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	53557	Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höxter	37671	Höxter	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Hohwacht	24321	Hohwacht	G	Ostseeheilbad
Homburg	61348	Bad Homburg v. d. Höhe	K	Heilbad
Horn	32805	Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
I				
Iburg	49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippkurort
Isny	88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J				
Juist	26571	Juist	G	Nordseeheilbad
K				
Karlshafen	34385	Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117	Kassel	Wilhelmshöhe	Kneippheilbad u. (Thermal-Sole-) Heilbad
Kellenhusen	23746	Kellenhusen	Kellenhusen	Ostseeheilbad
Kissingen	97688	Bad Kissingen	G	Heilbad
Klosterlausnitz	07639	Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462	Königstein im Taunus	K	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzting	93444	Bad Kötzting	Liebenstein, Matzelsdorf, Wettzell, Arndorf, Gehstorf, Haus,	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) Traidersdorf und Weißenregen	Artbezeichnung
Kohlgrub	82433	Bad Kohlgrub	G	(Moor-)Heilbad
Kreuth	83708	Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
Kreuznach	55543	Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad
Krozingen	79189	Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	86381	Krumbach (Schwaben)	B - Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
L				
Laasphe	57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196	Bad Laer	G	(Sole-)Heilbad
Langensalza	99947	Bad Langen-salza	K	(Schwefel-Sole-) Heilbad
Langeoog	26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651	Bad Lausick	G	(Mineral-)Heilbad
Lauterberg	37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448	Bad Liebenstein	K	Heilbad
Liebenwerda	04924	Bad Lieben-werda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloidkur-betrieb
Liebenzell	75378	Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad u. heilkli-matischer Kurort
Lippstadt	59556	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356	Lobenstein	Lobenstein	(Moor-)Heilbad
Ludwigsburg	71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquel-lenkurbetrieb

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
M				
Malente	23714	Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort u. Kneipp-kurort
Marienberg	56470	Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, Zinnheim und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim, Marienberg sowie die Bahntrasse Erbach-Bad Marienberg)	Kneippheilbad
Marktschellen-berg	83487	Marktschellen-berg	G	Heilklimatischer Kurort
Masserberg	98666	Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97980	Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mölln	23879	Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	72116	Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquel-len-Kurbetrieb
Münder	31848	Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquel-len-Kurbetrieb
Münster/Stein	55583	Bad Münster am Stein-Ebernburg	Bad Münster am Stein	(Mineral-)Heilbad und heilklimati-scher Kurort
Münstereifel	53902	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Muskau	02953	Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbe-trieb
N				
Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Nenndorf	31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	(Moor- u. Mineral-)

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
				Heilbad
Neualbenreuth	95698	Neualbenreuth	B - Badehaus Maiersreuth Sybillenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Neubulach	75387	Neubulach	Neubulach	Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersiel	26427	Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626	Neukirchen	K	Kneippkurort
Neustadt/D	93333	Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
Neustadt/S	97616	Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a. d. Saale	Heilbad
Nidda	63667	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nonnweiler	66620	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	25946	Norddorf / Amrum	Norddorf	Nordseeheilbad
Norden	26506	Norddeich / Westermarsch II	Norden	Nordseeheilbad
Norderney	26548	Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845	Nordstrand	G	Nordseeheilbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
O				
Oberstaufen	87534	Oberstaufen	G - ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	(Schroth-)Heilbad u. heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistennoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang,	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) Schwand, Spielmannsau	Artbezeichnung
Oeynhausen	32545	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939	Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	63619	Bad Orb	G	Heilbad
Ottobeuren	87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P				
Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Nordseeheilbad
Petershagen	32469	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-Griesbach	77740	Bad Peterstal-Griesbach	G	Heilbad u. Kneipp-kurort
Porta Westfalica	32457	Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort
Preußisch Oldendorf	32361	Preußisch Oldendorf	Bad Holzhausen	Heilbad
Prien	83209	Prien a. Chiemsee	G ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart	Kneippkurort
Pyrmont	31812	Bad Pyrmont	K	(Moor- u. Mineral-) Heilbad
R				
Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486	Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenau	74906	Bad Rappenau	Bad Rappenau	(Sole-)Heilbad
Reichenhall	83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
Reichshof	51580	Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
				Kurort
Rippoldsau-Schapbach	77776	Bad Rip-poldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	(Moor- u. Mineral-) Heilbad
Rodach	96476	Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rothenfelde	49214	Bad Rothen-felde	G	(Sole-)Heilbad
Rottach-Egern	83700	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
S				
Saarow	15526	Bad Saarow	Bad Saarow	(Moor- u. Sole-) Heilbad
Sachsa	37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162	Bad Salzdet-furth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	(Moor- u. Sole-) Heilbad
Salzgitter	38259	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364	Bad Salzschlirf	G	(Mineral- u. Sole-) Heilbad
Salzuflen	32105	Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Heilbad u. Kneipp-kurort
Salzungen	36433	Bad Salzungen	Bad Salzungen	(Sole-)Heilbad
Sasbachwalden	77887	Sasbachwalden	G	Heilklimatischer Kurort u. Kneipp-kurort
Sassendorf	59505	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	(Sole-)Heilbad
Saulgau	88348	Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814	Bad Schandau	Bad Schandau	Kneippkurort
Scharbeutz	23683	Scharbeutz	Scharbeutz	Ostseeheilbad
Scheidegg	88175	Scheidegg	G	Kneippkurort u. heilklimatischer

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
				Kurort
Schieder	32816	Schieder-Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangenbad	65388	Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	53937	Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schlema	08301	Bad Schlema	G	Heilbad
Schluchsee	79859	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenbach	a) Fredeburg	Kneippkurort
			b) Grafschaft	Heilklimatischer Kurort
Schmiedeberg	06905	Bad Schmiede-berg	G	Heilbad
Schömberg	75328	Schömberg	Schömberg	Heilklimatischer Kurort u. Kneipp-kurort
Schönau	83471	Schönau a. Kö-nigsee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217	Schönberg	Holm	Heilbad
Schönborn	76669	Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim	Heilbad
			b) Langenbrücken	Ort mit Heilquel-lenkurbetrieb
Schönebeck-Salzelmen	39624	Schönebeck-Salzelmen	G	(Sole-)Heilbad
Schönwald	78141	Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427	Bad Schussen-ried	Bad Schussenried	(Moor-)Heilbad
Schwalbach	65307	Bad Schwal-bach	K	Heilbad
Schwangau	87645	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611	Bad Schwartau	Bad Schwartau	(Jodsole- u. Moor-) Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Segeberg	23795	Bad Segeberg	G	Heilbad
Siegsdorf	83313	Siegsdorf	B - Kurheim Bad Adelholzen	Heilquellen-Kurbetrieb
Sobernheim	55566	Bad Sobern-heim	Bad Sobernheim	Heilbad
Soden am Taunus	65812	Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628	Bad Soden-Salmünster	Bad Soden	(Mineral-)Heilbad
Soltau	29614	Soltau	Soltau	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Sooden-Allendorf	37242	Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	26474	Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Blasien	79837	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Nordseeheilbad u. Schwefelbad
Staffelstein	96226	Bad Staffelstein	G	Heilbad
Steben	95138	Bad Steben	G	Heilbad
Stützerbach	98714	Stützerbach	Stützerbach	Heilkurort
Stuttgart	70173	Stuttgart	a) Berg	Mineralbad
			b) Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellenkur-betrieb
Suderode	06507	Bad Suderode	G	(Calciumsole-) Heilbad
Sülze	18334	Bad Sülze	G	Peloidkurbetrieb
Sulza	99518	Bad Sulza	Bad Sulza	(Sole-)Heilbad
T				
Tabarz	99891	Tabarz	G	Kneippkurort
Tecklenburg	49545	Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Tegernsee	83684	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach-Zavelstein	75385	Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268	Templin	Templin	(Thermalsole-) Heilbad
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	G	Ort mit Heilquel-lenkurbetrieb
Thyrnau	94136	Thyrnau	B - Sanatorium Kellberg	Mineralquellenkur-betrieb
Timmendorfer Strand	23669	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Ostseeheilbad
Titisee-Neustadt	79822	Titisee-Neustadt	Titisee	Heilklimatischer Kurort
Todtmoos	79682	Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	83646	Bad Tölz	a) Gebiet der ehem. Stadt Bad Tölz	(Moor-)Heilbad u. heilklimatischer Kurort
			b) Gebiet der ehem. Gemeinde Oberfischbach	Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Ostseeheilbad
Treuchtlingen	91757	Treuchtlingen	B - Altmühltherme / Lamber-tusbad	Ort mit Heilquel-lenkurbetrieb
Triberg	78098	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
U				
Überkingen	73337	Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
V				
Vallendar	56179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Vilbel	61118	Bad Vilbel	K	Heilbad
Villingen-Schwenningen	78050	Villingen-Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle u. Moor)
W				
Waldbronn	76337	Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquel-lenkurbetrieb
Waldsee	88399	Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad u. Kneippkurort
Wangerland	26434	Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486	Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	34414	Warburg	Germete	Kurmittelbetrieb (Heilquelle)
Waren	17192	Waren / Müritz	Waren / Müritz	(Sole-)Heilbad
Warmbad	09429	Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heilquel-lenkurortbetrieb
Weiskirchen	66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	25996	Wenningstedt / Sylt	Wenningstedt	Nordseeheilbad
Westerland	25980	Westerland	Westerland	Nordseeheilbad
Wiesbaden	65189	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488	Wiesa	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquel-lenkurbetrieb
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildungen	34537	Bad Wildungen	K	Heilbad
Willingen	34508	Willingen (Up-land)	a) K	Heilklimatischer Kurort, Kneippkur-ort u. Heilbad
			b) Usseln	Heilklimatischer

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung Kurort
Wilsnack	19336	Bad Wilsnack	K	(Thermal- u. Moor-)Heilbad
Wimpfen	74206	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-)Heilbad
Windsheim	91438	Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimer Mühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955	Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün / Amrum	25946	Wittdün / Amrum	Wittdün	Nordseeheilbad
Wörishofen	86825	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wünnenberg	33181	Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-)Heilbad
Wyk a. F.	25938	Wyk a. F.	Wyk	Nordseeheilbad
Z				
Zingst	18374	Ostseebad Zingst	G	Ostseeheilbad
Zwesten	34596	Bad Zwesten	K	Heilbad u. Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Zwischenahn	26160	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	(Moor-)Heilbad

*) B = Einzelkurbetrieb
G = Gesamtes Gemeindegebiet
K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

2. Register der Heilbäder und Kurorte (Ortsteile),
die wegen Zugehörigkeit zu einer größeren Einheit an anderer Stelle aufgeführt sind

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
A	
Abbach-Schloßberg	Abbach
Achmühl	Heilbrunn
Adelholzen	Siegsdorf
Aichmühle	Füssing
Ainsen	Füssing
Alschbach	Blieskastel
Altastenberg	Winterberg
Anatswald	Oberstdorf
An den Heilquellen	Freiburg
Angering	Füssing
Au	Abbach
Au	Grönenbach
Aunham	Birnbach
B	
Balg	Baden-Baden
Baumberg	Heilbrunn
Bayerisch Gmain	Reichenhall
Bensersiel	Esens
Bernwies	Heilbrunn
Berg	Stuttgart
Birgsau	Oberstdorf
Blenhorst	Balge
Bockswiese	Goslar

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing
Bregnitz	Königsfeld
Bruchhausen	Höxter
Bruck	Hindelang
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbronn
C	
Cannstatt	Stuttgart
D	
Detfurth	Salzdetfurth
Dietersberg	Oberstdorf
Dobra	Liebenwerda
Dürnöd	Füssing
E	
Ebene	Oberstdorf
Eckarts	Brückenau
Eckenhagen	Reichshof
Egg	Grönenbach
Egglfing a. Inn	Füssing
Einödsbach	Oberstdorf
Eisenbartling	Endorf
Eitlöd	Füssing
Eldern	Ottobeuren
Elkeringhausen	Winterberg
Erbach	Wimpfen
F	
Faistenoy	Oberstdorf

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Faulenbach	Füssen
Faulenfürst	Schluchsee
Feldberg	Feldberger Seenlandschaft
Fischbach	Schluchsee
Fleckinger Mühle	Wimpfen
Flickenöd	Füssing
Frankenhammer	Berneck
Fredeburg	Schmallenberg
G	
Gailenberg	Hindelang
Gemünd	Schleiden
Germete	Warburg
Gerstruben	Oberstdorf
Glashütte	Schieder
Gmeinschwenden	Grönenbach
Gögging	Füssing
Gögging	Neustadt a. d. Donau
Gottenried	Oberstdorf
Graben	Heilbrunn
Greit	Grönenbach
Gremsmühlen	Malente
Grenier	Königsfeld
Griesbach	Peterstal-Griesbach
Groß	Hindelang
Gruben	Oberstdorf
Gundsbach	Oberstdorf
H	
Hahnenklee	Goslar

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Hartenthal	Wörishofen
Harthausen	Aibling
Hausberge	Porta Westfalica
Heiligendamm	Doberan
Herbisried	Grönenbach
Hermannsborn	Driburg
Hiddesen	Detmold
Hinterstallau	Heilbrunn
Hinterstein	Hindelang
Höhenhöfe	Wimpfen
Hofham	Endorf
Hohegeiß	Braunlage
Hoheneck	Ludwigsburg
Holm	Schönberg
Holzhäuser	Füssing
Holzhaus	Füssing
Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Hopfen am See	Füssen
Hopfen am Berg	Petershagen
Horumersiel	Wangerland
Hub	Füssing
Hub	Heilbrunn
Hueb	Grönenberg
I	
Imnau	Haigerloch
In der Tarrast	Grönenbach
Irching	Füssing
J	

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Jauchen	Oberstdorf
Jordanbad	Biberach
K	
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kibling	Reichenhall
Kiensee	Heilbrunn
Kleinwindsheimer Mühle	Windsheim
Klevers	Grönenbach
Kornhofen	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf
Kosilenzien	Liebenwerda
Kreuzbühl	Grönenbach
Krummsee	Malente
Kurf	Endorf
Kutschenrangen	Berneck
L	
Langau	Heilbrunn
Langenbach	Marienberg
Langenbrücken	Schönborn
Lautzkirchen	Blieskastel
Lichtental	Baden-Baden
Liebenstein	Hindelang
Linden	Heilbrunn
M	
Maasdorf	Liebenwerda
Manneberg	Grönenberg
Meinberg	Horn

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Mettnau	Radolfzell
Mingolsheim	Schönberg
Mitterreuthen	Füssing
Monheimsallee	Aachen
Mürnsee	Heilbrunn
N	
Neutrauchburg	Isny
Niederholz	Grönenbach
Niendorf	Timmendorfer Strand
O	
Oberbuchen	Heilbrunn
Oberdorf	Hindelang
Oberenzenau	Heilbrunn
Oberes Hart	Wörishofen
Oberfischbach	Tölz
Obergammenried	Wörishofen
Oberjoch	Hindelang
Obermühl	Heilbrunn
Oberreuthen	Füssing
Obersteinbach	Heilbrunn
Obertal	Baiersbronn
Ölmühle	Grönenbach
Oos	Baden-Baden
Ostfeld	Heilbrunn
Ostrau	Schandau
P	
Pichl	Füssing
Pimsöd	Füssing

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Poinzaun	Füssing
R	
Rachental	Endorf
Ramsau	Heilbrunn
Randringhausen	Bünde
Raupolz	Grönenbach
Rechberg	Grönenbach
Reckenberg	Hindelang
Reichenbach	Waldbronn
Reindlschmiede	Heilbrunn
Reute	Oberstdorf
Riedenburg	Füssing
Riedle	Hindelang
Ringang	Oberstdorf
Rödlasberg	Berneck
Röthardt	Aalen
Rotenfels	Gaggenau
Rothenstein	Grönenbach
Rothenuffeln	Hille
S	
Safferstetten	Füssing
Saig	Lenzkirch
Salzhausen	Nidda
Salzig	Boppard
Sand	Emstal
Schieferöd	Füssing
Schillig	Wangerland
Schöchlöd	Füssing

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Schönau	Heilbrunn
Schöneschach	Wörishofen
Schwand	Oberstdorf
Schwarzenberg-Schönmünzach	Baiersbronn
Schwenden	Grönenbach
Sebastiansweiler	Mössingen
Seebruch	Vlotho
Seefeld	Grönenbach
Senkelteich	Vlotho
Sohl	Elster
Spielmannsau	Oberstdorf
Steinach	Waldsee
Steinreuth	Füssing
Ströbing	Endorf
T	
Thalau	Füssing
Thalham	Füssing
Thierham	Füssing
Thürham	Aibling
Timmdorf	Malente
Tönisstein	Andernach
Tönisstein	Burgbrohl
U	
Unterbuchen	Heilbrunn
Unterenzenau	Heilbrunn
Unteres Hart	Wörishofen
Untergammenried	Wörishofen
Unterjoch	Hindelang

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Untersteinbach	Heilbrunn
Unterreuthen	Füssing
Usseln	Willingen
V	
Valdorf-West	Vlotho
Voglherd	Heilbrunn
Voglöd	Füssing
Vorderhindelang	Hindelang
W	
Waldegg b. Grönenbach	Grönenbach
Waldliesborn	Lippstadt
Walkmühle	Windsheim
Waren / Müritz	Waren
Warmbad	Wolkenstein
Warmeleithen	Berneck
Weghof	Griesbach
Weichs	Abbach
Weidach	Füssing
Weiherweber	Heilbrunn
Westernkotten	Erwitte
Wies	Füssing
Wiesweber	Heilbrunn
Wildstein	Traben-Trarbach
Wilhelmshöhe	Kassel
Wörnern	Heilbrunn
Würding	Füssing
Z	
Zeitlofs	Brückenau

Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Zeischa	Liebenwerda
Zell	Aibling
Ziegelberg	Grönenbach
Ziegelstadel	Grönenbach
Zieglöd	Füssing
Zinnheim	Marienberg
Zwicklarn	Füssing

3. Heilbäder- und Kurorteverzeichnis EU-Ausland

Frankreich

Aix-les-Bains
Amélie-les-Bains
Cambo-les-Bains
La Roche-Posay

Italien

Abano Terme
Galzignano
Ischia
Montegrotto

Österreich

Bad Gastein
Bad Hall in Tirol
Bad Hofgastein
Bad Schönau
Bad Traunstein
Oberlaa

Polen

Bad Flinsberg /Swieradow-Zdroj

Rumänien

Bad Felix / Baile Felix

Slowakei

Piestany

Turcianske Teplice

Tschechien

Bad Belohrad / Lazne Belohrad

Bad Joachimsthal / Jachymov

Bad Luhatschowitz / Luhecovice

Bad Teplitz / Lazne Teplice v Cechach

Franzensbad / Frantiskovy Lazne

Freiwaldau / Lazne Jesenik

Johannisbad / Janske Lazne

Karlsbad / Karlovy Vary

Konstantinsbad / Konstantinovy Lazne

Marienbad / Marianske Lazne

Ungarn

Bad Heviz

Bad Zalakaros

Bük

Hajduszoboszlo

Komarom

Sarvar

4. Heilbäder- und Kurorteverzeichnis Nicht-EU-Ausland

Orte am Toten Meer

Ein Boqeq

Sweimeh