Diese nichtamtliche Lesefassung enthält die Vorgriffsregelung zur Änderung der Anlage 3 zu § 22 BVO (für ab dem 1. März 2022 entstandene Aufwendungen)

Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz
(BVO)

vom 22. Juni 2011 (GVBl. S. 199), zuletzt geändert durch die Sechste Landesverordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz vom 2. November 2021 (GVBl. S. 577)

Aufgrund des § 66 Abs. 6 des Landesbeamtengesetzes vom 20. Oktober 2010, zuletzt geändert durch Gesetz vom 30. September 2021 (GVBl. S. 549), BS 2030-1-50, wird im Einvernehmen mit dem Ministerium des Innern und für Sport verordnet:

Inhaltsverzeichnis

TEIL 1 ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

§ 1 Anwendungsbereich, Zweckbestimmung
§ 2 Rechtsnatur der Beihilfen
§ 3 Beihilfeberechtigte Personen
§ 4 Berücksichtigungsfähige Angehörige
§ 5 Beihilfen nach dem Tod der beihilfeberechtigten Person
§ 6 Konkurrenzen
§ 7 Öffentlicher Dienst
§ 8 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
§ 9 Nachrang des Beihilfeanspruchs
§ 10 Sonderbestimmungen für Mitglieder von Krankenkassen im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB V

TEIL 2 AUFWENDUNGEN IN KRANKHEITSFÄLLEN

§ 11 Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische und heilpraktische Leistungen
§ 12 Zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen sowie zahntechnische Leistungen
§ 13 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
§ 14 Implantologische Leistungen
§ 15 Wartezeiten
§ 16 Kieferorthopädische Leistungen
§ 16 a Neuropsychologische Therapie
§ 17 Gemeinsame Vorschriften über psychotherapeutische Leistungen
§ 18 Psychosomatische Grundversorgung
§ 19 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
§ 20 Verhaltenstherapie
§ 20 a Systemische Therapie
§ 21 Arznei- und Verbandmittel sowie Medizinprodukte
§ 22 Heilbehandlungen
§ 23 Komplextherapien
§ 24 Stationäre Krankenhausleistungen von zugelassenen Krankenhäusern
§ 25 Wahlleistungen neben allgemeinen stationären Krankenhausleistungen
§ 26 Stationäre Krankenhausleistungen von Krankenhäusern ohne Zulassung
§ 27 Häusliche Krankenpflege
§ 28 Palliativversorgung
§ 29 Familien- und Haushaltshilfe
§ 30 Fahrtkosten
§ 31 Erste Hilfe und Entseuchung
§ 31 a Kommunikationshilfen
§ 32 Unterkunftskosten bei auswärtiger Behandlung
§ 33 Organ-, Gewebe- und Blutstammzellenspende
§ 34 Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

TEIL 3 AUFWENDUNGEN IN PFLEGEFÄLLEN

§ 35 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
§ 35 a Pflegeberatung
§ 36 Häusliche Pflege
§ 37 Teilstationäre Pflege
§ 38 Kurzzeitpflege
§ 39 Vollstationäre Pflege
§ 39 a Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen
§ 39 b Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
§ 40 Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
§ 41 Einrichtungen der Behindertenhilfe
§ 42 Leistungen zur Entlastung der Pflegenden sowie zur Förderung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Personen
§ 42 a Angebote zur Unterstützung im Alltag

TEIL 4 AUFWENDUNGEN FÜR MAßNAHMEN ZUR GESUNDHEITSVORSORGE

§ 43 Früherkennung und Vorsorge

§ 44 Impfungen

TEIL 5 AUFWENDUNGEN FÜR SANATORIUMSBEHANDLUNGEN, ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNGEN UND HEILKUREN
§ 45 Sanatoriumsbehandlung
§ 46 Anschlussheilbehandlung
§ 47 Heilkur
§ 48 Fahrtkosten aus Anlass von Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren
§ 48 a Ambulante Nachsorgemaßnahmen

TEIL 6 AUFWENDUNGEN BEI SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND KÜNSTLICHER BEFRUCHTUNG
§ 49 Schwangerschaft und Geburt
§ 50 Künstliche Befruchtung

TEIL 7 AUFWENDUNGEN BEI EMPFÄNGNISREGELUNG, SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN UND STERILISATIONEN
§ 51 Empfängnisregelung
§ 52 Schwangerschaftsabbruch
§ 53 Sterilisation

TEIL 8 AUFWENDUNGEN IN TODESFÄLLEN
§ 54 Todesfälle

TEIL 9 AUFWENDUNGEN IM AUSLAND
§ 55 Behandlung im Ausland
§ 56 Sanatoriumsbehandlung, Anschlussheilbehandlung und Heilkur im Ausland

TEIL 10 LEISTUNGSUMFANG UND VERFAHREN
§ 57 Bemessung der Beihilfen
§ 58 Abweichender Bemessungssatz
§ 59 Begrenzung der Beihilfen
§ 60 Kostendämpfungspauschale
§ 61 Ausnahmen von der Kostendämpfungspauschale
§ 62 Verfahren
§ 63 Auszahlung der Beihilfe, Direktabrechnung und Abschlagszahlungen
§ 64 Antragsfrist
§ 65 Verwaltungsvorschriften

TEIL 11 ÜBERGANGS- UND SCHLUSSBESTIMMUNGEN
§ 66 Übergangsbestimmungen
§ 67 Inkrafttreten

ANLAGE 1 (ZU § 8 ABS. 7)
Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

ANLAGE 2 (ZU DEN §§ 17 BIS 20)
Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

ANLAGE 3 (ZU § 22)
Beihilfefähigkeit und Angemessenheit von Heilbehandlungen

ANLAGE 4 (ZU § 34)
Beihilfefähigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

ANLAGE 5 (ZU § 11 ABS. 1 SATZ 1 NR. 3)

Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für heilpraktische Leistungen

ANLAGE 6 (ZU § 43 ABS. 3)
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung

ANLAGE 7 (ZU § 47 ABS. 3)
Heilkurorteverzeichnis

ANLAGE 8 (ZU § 21 ABS. 1 NR. 3)
Beihilfefähige Medizinprodukte

Teil 1
Allgemeine Bestimmungen

§ 1
Anwendungsbereich, Zweckbestimmung

(1) Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in den in § 66 des Landesbeamtengesetzes (LBG) vom 20. Oktober 2010 (GVBl. S. 319, BS 2030-1) vorgesehenen Fällen. Die Beihilfen ergänzen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

(2) Beihilfen werden nach Maßgabe dieser Verordnung zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen als Vomhundertsatz oder als Pauschale gewährt.

§ 2
Rechtsnatur der Beihilfen

Auf die Beihilfen besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch ist vererblich. Er kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden. Abweichend von Satz 3 ist die Pfändung durch Gläubiger bezüglich des für ihre Forderung zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrages einer Beihilfe zulässig.

§ 3
Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind die in § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 5 LBG genannten Personen, wenn und solange diese Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten.

(2) Abweichend von Absatz 1 besteht Beihilfeberechtigung auch, wenn Bezüge

1. wegen Elternzeit,
2. wegen Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften oder

3. während eines Urlaubs, der die Dauer von 30 Kalendertagen nicht überschreitet, nicht gezahlt werden.

(3) Im Falle des Todes einer beihilfeberechtigten Person gilt § 5.

(4) Beihilfeberechtigt sind nicht:

1. Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte,
2. Beamtinnen und Beamte, die auf Zeit für weniger als ein Jahr beschäftigt werden; dies gilt nicht für Bedienstete, die auch ohne eine Beschäftigung im öffentlichen Dienst beihilfeberechtigt sind oder die bereits länger als ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst stehen,
3. Personen, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen, und
4. Personen, die Übergangsgeld nach § 60 oder § 61 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes (LBeamtVG), einen Unterhaltsbeitrag aufgrund disziplinarrechtlicher Regelungen oder Gnadenunterhaltsbeiträge empfangen.

§ 4
Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von beihilfeberechtigten Personen sind nach § 66 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 LBG berücksichtigungsfähig. Werden die Einkommensgrenzen des § 66 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 LBG im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, sind Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die Höhe der Einkünfte nach § 66 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 LBG ist auf Verlangen der Festsetzungsstelle nachzuweisen.

(2) Kinder von beihilfeberechtigten Personen sind nach § 66 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 LBG berücksichtigungsfähig. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, für die der Anspruch auf den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag nur entfällt, weil das Kindergeld oder der Kinderfreibetrag nach Abschluss einer erstmaligen Berufsausbildung oder eines Erststudiums wegen des Umfangs der Erwerbstätigkeit in der weite-

ren Ausbildung (§ 32 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Einkommensteuergesetzes – EStG) nicht gewährt wird; dies gilt bis zum Ablauf des Monats, für den ohne Beachtung des maßgebenden Umfangs der Erwerbstätigkeit der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gezahlt würde, längstens bis zum Ablauf des Monats, in dem das entsprechende Kind das in § 32 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 und 2 EStG genannte Lebensalter vollendet hat, gegebenenfalls verlängert um Zeiträume nach § 32 Abs. 5 EStG.

(3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sowie Geschwister der beihilfeberechtigten Person oder ihrer Ehegattin, ihres Ehegatten, ihrer Lebenspartnerin oder ihres Lebenspartners sind nicht berücksichtigungsfähig.

§ 5
Beihilfen nach dem Tod der beihilfeberechtigten Person

Stirbt die beihilfeberechtigte Person, erhält die Beihilfen zu den bis zum Tod entstandenen Aufwendungen die Erbin, der Erbe oder die Erbengemeinschaft.

§ 6
Konkurrenzen

(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt
1. eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs sowie
2. die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger

aus.

(2) Die Beihilfeberechtigung aufgrund eines neuen Versorgungsanspruchs schließt die Beihilfeberechtigung aufgrund eines älteren Versorgungsanspruchs aus; bei gleichzeitigem Beginn zweier Versorgungsansprüche schließt die Beihilfeberechtigung aus dem jüngeren die aus dem älteren Dienstverhältnis aus. Die Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs aus einem eigenen Dienstverhältnis schließt die Beihilfeberechtigung aufgrund eines Anspruchs als Witwe oder hinterbliebene Lebenspartnerin oder Witwer oder hinterbliebener Lebenspartner aus.

(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 als Angehörige oder Angehöriger

vor. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung ist der bei Teilzeitbeschäftigten zu quotelnde Beihilfeanspruch.

(4) Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 gelten entsprechend für berücksichtigungsfähige Angehörige, die bei Zuwendungsempfängern tätig sind, die zu mehr als 50 v. H. aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilfenrecht des Bundes oder eines Landes anwenden.

(5) Ein Kind, das bei mehreren beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig ist, ist bei der Person zu berücksichtigen, die den kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlages nach dem Landesbesoldungsgesetz oder entsprechenden bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen erhält. Erhält keine beihilfeberechtigte Person den Familienzuschlag nach Satz 1, ist das Kind bei der Person zu berücksichtigen, die dem Familienzuschlag vergleichbare Vergütungsbestandteile erhält, im Übrigen bei der Person, die das Kindergeld bezieht.

(6) Die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4 Abs. 1 schließt die nach § 4 Abs. 2 aus.

§ 7
Öffentlicher Dienst

Öffentlicher Dienst im Sinne dieser Verordnung ist die hauptberufliche Tätigkeit im Dienste des Bundes, eines Landes, einer Gemeinde, eines Gemeindeverbandes oder anderer Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts oder der Verbände von solchen, ausgenommen die Tätigkeit bei öffentlich-rechtlichen Religionsgemeinschaften und ihren Verbänden.

§ 8
Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, wenn sie medizinisch notwendig und der Höhe nach angemessen sind und ihre Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

(2) Ob Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und medizinisch notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung kann eine Beihilfe nicht gewährt werden. Abweichend von Satz 1 ist bei zahnärztlicher Behandlung die Angabe der Diagnose nur erforderlich bei

1. funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen (§ 13) und
2. implantologischen Leistungen in den Fällen des § 14 Abs. 1.

(3) Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich nach dem Gebührenrahmen

1. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),
2. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und
3. der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP).

Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOÄ oder § 2 Abs. 1 GOZ erbracht werden, sind grundsätzlich nur nach den Vorgaben des Satzes 2 beihilfefähig.

(4) Das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium kann mit Personen oder Einrichtungen sowie deren Zusammenschlüsse, die beihilfefähige Leistungen im Sinne dieser Verordnung erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Herstellern von Arznei- und Hilfsmitteln, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüsse Vereinbarungen über Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlichen Krankenfürsorge liegt. Dabei können auch Preisnachlässe und feste Preise vereinbart werden. Vereinbarungen, die andere Beihilfeträger des Bundes und der Länder sowie gesetzliche oder private Krankenkassen oder deren Zusammenschlüsse mit Leistungserbringern im

Interesse einer wirtschaftlichen Leistungserbringung geschlossen haben, kann das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium beitreten. Werden von solchen Vereinbarungen erfasste Leistungen für die beihilfeberechtigten Personen und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erbracht, beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen insoweit nach den Vergütungsregelungen, die mit den Vereinbarungen getroffen sind. Vereinbarungen im Sinne des Satzes 3, denen das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium nicht beigetreten ist, können der Gewährung von Beihilfen zugrunde gelegt werden, wenn dadurch Kosten eingespart werden. Vereinbarungen, mit denen Rückzahlungen von Teilen der Leistungsentgelte unmittelbar an den Dienstherrn vereinbart werden, sind für die Angemessenheit der Aufwendungen unbeachtlich.

(5) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung nach § 3 Abs. 1 oder Abs. 2 besteht und Angehörige nach § 4 berücksichtigungsfähig sind. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(6) Nicht beihilfefähig sind

1. Aufwendungen, die bereits aufgrund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 6 Abs. 3 Satz 1) beihilfefähig sind,
2. Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ erbracht werden,
3. Aufwendungen für den Besuch schulischer oder vorschulischer Einrichtungen, hierzu zählen auch Werkstätten für behinderte Menschen,
4. Aufwendungen für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende sowie heilpädagogische Maßnahmen,
5. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Eigenanteile,
6. Aufwendungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings und
7. Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, für die sie einen Anspruch auf Heilfürsorge haben; § 9 Abs. 1 bleibt unberührt.

(7) Aufwendungen für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

1. der Anlage 1 Nr. 1 gelten als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt und sind nicht beihilfefähig (Ausschluss) und
2. der Anlage 1 Nr. 2 sind nur unter den jeweils dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig (Teilausschluss).

§ 9
Nachrang des Beihilfeanspruchs

(1) In Fällen, in denen einer Person aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses Heilfürsorge, Krankenhilfe, eine Geldleistung oder Kostenerstattung zusteht, sind Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung nur insoweit beihilfefähig, als sie über die zustehenden Leistungen hinausgehen. Abweichend von Satz 1 gilt dies in den Fällen der Heilfürsorge nur, wenn für die beihilfefähigen Aufwendungen keine Leistungen nach bundes- oder landesrechtlichen Heilfürsorgebestimmungen zustehen.

(2) Absatz 1 gilt nicht für
1. Aufwendungen, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 72 Abs. 1 LBG zum Übergang des Schadensersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt,
2. nach § 10 Abs. 2, 4 und 5 des Bundesversorgungsgesetzes zustehende Leistungen und
3. Ansprüche, die der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person gegen eine in die häusliche Gemeinschaft aufgenommene Angehörige oder einen in die häusliche Gemeinschaft aufgenommenen Angehörigen zustehen.

(3) Ist die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person Mitglied einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB V, sind die beihilfefähigen Aufwendungen um die hierauf entfallenden Leistungen der Krankenkasse zu kürzen. Abweichend von Satz 1 sind Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen stets um den höchstmöglichen Festzuschuss der gesetzlichen Krankenkasse (§ 55 Abs. 1 SGB V) zu kürzen.

(4) Aufwendungen für medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter oder Väter (§ 43 Abs. 6) Sanatoriumsbehandlungen (§ 45), Anschlussheilbehandlungen (§ 46) oder

Heilkuren (§ 47) in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Rentenversicherung versicherter Personen, an deren Beiträgen der Arbeitgeber beteiligt ist, können nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn

1. der Träger der Rentenversicherung die Durchführung eines Heil- oder Kurverfahrens zuvor abgelehnt hat und
2. die Krankenkasse eine Kostenbeteiligung abgelehnt oder einen Zuschuss schriftlich bewilligt hat.

Im Übrigen finden die § 43 Abs. 6 und die §§ 45 bis 47 Anwendung.

§ 10
Sonderbestimmungen für Mitglieder von Krankenkassen im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB V

(1) Personen, die Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung und aus demselben Beschäftigungsverhältnis sowohl beihilfeberechtigt als auch pflichtversichert sind, sind für sich und ihre nach § 4 berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die nach § 10 SGB V versichert oder in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, ausschließlich auf die ihnen zustehenden Leistungen der Krankenkassen angewiesen. Als zustehende Leistungen gelten auch die gesetzlich vorgesehene Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und die Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch. In den Fällen, in denen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen nur ein Zuschuss geleistet wird, sind die geltend gemachten Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig.

(2) Aufwendungen, die dadurch entstanden sind, dass Personen nach Absatz 1 Satz 1

1. die zustehenden Leistungen der Krankenkassen nicht in Anspruch nehmen,
2. eine Versorgung wählen, die über die zustehenden Leistungen hinausgeht, oder
3. anstelle der zustehenden Leistungen eine Kostenerstattung im Sinne des § 13 Abs. 1 SGB V gewährt wird,

sind nicht beihilfefähig. Dies gilt auch für den Verzicht auf kassenärztliche Versorgung bei Behandlung durch eine Heilpraktikerin oder einen Heilpraktiker.

(3) Bei einer Versorgung einer Person nach Absatz 1 Satz 1 mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen, sind die Aufwendungen bis zur Höhe des auf 100 v. H. erhöhten Festzuschusses (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V) beihilfefähig; die §§ 12 und 14 finden insoweit keine Anwendung.

Teil 2
Aufwendungen in Krankheitsfällen

§ 11
Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische und heilpraktische Leistungen

(1) Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. ärztliche Leistungen,
2. zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach den §§ 12 bis 16,
3. Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern nach Maßgabe der Anlage 5 und
4. ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte nach den §§ 17 bis 20.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Verordnung erbracht werden.

(2) Aufwendungen für

1. ärztliche und zahnärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit der beihilfeberechtigten Personen; dies gilt entsprechend für ärztliche und zahnärztliche Bescheinigungen nach § 31 der Urlaubsverordnung zur Vorlage beim Dienstherrn,
2. Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung, mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne,
3. die telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) von beihilfeberechtigten Personen oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit chronischer Herzinsuffizienz

sind beihilfefähig.

(3) Legasthenie ist keine Erkrankung im Sinne dieser Verordnung.

§ 12
Zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen sowie zahntechnische Leistungen

(1) Aufwendungen für zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind grundsätzlich beihilfefähig; die Absätze 2 und 3 sowie die §§ 13 bis 16 schränken die Beihilfefähigkeit bestimmter zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen ein.

(2) Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nr. 2130 bis 2320 und Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ) sind zu 60 v. H. beihilfefähig. Diese sind durch eine dem § 10 Abs. 2 Nr. 5 GOZ entsprechende Rechnung der Zahnärztin, des Zahnarztes oder des Dentallabors nachzuweisen.

(3) Zahntechnische Leistungen nach Absatz 2 sind nur handwerklich gefertigte Werkstücke einschließlich der hierfür erforderlichen Materialien und Legierungen, der zur Erbringung der Leistung notwendigen Arbeitsgängen sowie der unumgänglichen Nebenkosten. Hierzu gehören nicht Praxiskosten, die mit den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte abgegolten sind oder nach diesem Gebührenverzeichnis gesondert berechnet werden können (§ 4 Abs. 3 GOZ).

§ 13
Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind nur beihilfefähig, wenn nachweislich mindestens eine der folgenden Indikationen vorliegt:

1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien, craniomandibuläre Dysfunktion, myofasciales Schmerzsyndrom),

2. Zahnfleischerkrankungen (Parodontopathien), im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung; diese liegt vor, wenn nach der Erhebung des Paradontalstatus (Abschnitt E Nr. 4000 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte) Behandlungen nach Abschnitt E Nr. 4070 bis 4150 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte durchgeführt werden,
3. umfangreiche Gebisssanierung; diese liegt vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,
4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen, einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen,
5. Behandlung mit Aufbissbehelfen mit adjustierter Oberfläche nach Abschnitt H Nr. 7010 oder Nr. 7020 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte.

§ 14
Implantologische Leistungen

(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte), einschließlich der vorbereitenden und ergänzenden Maßnahmen, sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen (weniger als acht Zähne je Kiefer),
2. große Kieferdefekte infolge von Kieferbruch oder Kieferresektion,
3. angeborene Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-Kiefer-Gaumenspalte),
4. dauerhaft bestehende extreme, irreversible, nicht medikamenteninduzierte Xerostomie (Mundtrockenheit), insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
5. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken), wenn nach neurologischem Attest eine absolute Kontraindikation für (auch implantatgestützten) herausnehmbaren Zahnersatz besteht,
6. implantatgetragener Zahnersatz im atrophischen zahnlosen Oberkiefer und

7. implantatgestützter Zahnersatz im atrophischen zahnlosen Unterkiefer,

wenn auf andere Weise die Kaufähigkeit nicht hergestellt werden kann. In den Fällen des Satzes 1 Nr. 6 sind Aufwendungen für mehr als sechs Implantate und in den Fällen des Satzes 1 Nr. 7 sind Aufwendungen für mehr als vier Implantate von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen; hierbei sind vorhandene Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gezahlt wurden, mitzurechnen.

(2) Liegt eine Indikation nach Absatz 1 nicht vor, sind Aufwendungen für implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte), einschließlich der vorbereitenden und ergänzenden Maßnahmen, für mehr als zwei Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gezahlt wurden, von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

(3) Unabhängig von den Absätzen 1 und 2 sind Suprakonstruktionen auf Implantaten im Rahmen des § 12 Abs. 2 und 3 beihilfefähig.

§ 15
Wartezeiten

(1) Aufwendungen nach § 12 Abs. 2 und 3 sowie in diesem Zusammenhang erbrachte zahnärztliche Leistungen und nach den §§ 13 und 14 sind nur beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte Person bei Beginn der Behandlung mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt ist. Eine Beschäftigung gilt auch dann als ununterbrochen, wenn ein Beamtenverhältnis auf Widerruf durch die Ablegung einer Prüfung geendet hat und die Antragstellerin oder der Antragsteller innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten nach dem Ausscheiden wieder in den öffentlichen Dienst eintritt.

(2) Die Beschränkungen des Absatzes 1 gelten nicht, wenn

1. die Leistungen auf einem Unfall beruhen,
2. die beihilfeberechtigte Person zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist oder

3. die beihilfeberechtigte Person ohne ihre Tätigkeit im öffentlichen Dienst bei einer anderen beihilfeberechtigten Person nach § 4 oder entsprechenden bundes- oder landesrechtlichen oder sonstigen Vorschriften berücksichtigungsfähig wäre.

§ 16
Kieferorthopädische Leistungen

(1) Aufwendungen für eine kieferorthopädische Behandlung oder für die Beseitigung von Kiefermissbildungen sind beihilfefähig, wenn

1. nach einer zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Bescheinigung die Behandlung zur Herstellung der Kaufähigkeit oder zur Verhütung einer Krankheit notwendig ist, und
2. der Festsetzungsstelle ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird.

(2) Aufwendungen für Materialkosten und Laborkosten, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach Satz 2 der Allgemeinen Bestimmung zu Abschnitt G des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden, sind nicht beihilfefähig.

§ 16 a
Neuropsychologische Therapie

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

1. einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie,
2. einer Fachärztin oder einem Facharzt für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie,
3. einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder
4. einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

zur Behandlung einer akut erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnorganische Störung), insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, durchgeführt werden. Satz 1 gilt auch bei Behandlung durch

1. eine ärztliche Psychotherapeutin oder einen ärztlichen Psychotherapeuten,
2. eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten oder
3. eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,

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

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen anlässlich der Behandlung von

1. ausschließlich angeborenen Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (ADS oder ADHS), oder Intelligenzminderung,
2. Erkrankungen des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimertyp, oder
3. schädigenden Ereignissen oder Gehirnerkrankungen mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, die länger als fünf Jahre zurückliegen.

(3) Aufwendungen für neuropsychologische Behandlungen sind im folgenden Umfang je Krankheitsfall beihilfefähig:

1. bis zu fünf probatorischen Sitzungen,
2. Einzelbehandlung, einschließlich gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen,
   a) bis zu 80 Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten oder
   b) bis zu 160 Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten
3. Gruppenbehandlung, bei Kindern und Jugendlichen einschließlich gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen,
   a) bis zu 40 Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten oder
   b) bis zu 80 Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten.

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

§ 17

Gemeinsame Vorschriften über psychotherapeutische Leistungen

(1) Aufwendungen für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 18), tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 19), Verhaltenstherapien (§ 20) und Systemischen Therapie (§ 20 a) sind nur beihilfefähig, bei

1. affektiven Störungen (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie),
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen),
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nicht organischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen sowie
9. verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

Eine Psychotherapie kann neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung einer Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

1. psychische 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. seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
3. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe sowie
4. schizophrene und affektive psychotische Störungen.

Die Leistungen müssen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach Anlage 2 Abschnitt 2 bis 5 erbracht werden. Eine Sitzung der tie-

fenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie oder Verhaltenstherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(2) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von seelischen Krankheiten nach Absatz 1 dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biografischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie bis zu acht probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Das Gutachten nach Satz 1 Nr. 3 ist bei einer Gutachterin oder einem Gutachter einzuholen, die oder der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen bestellt worden ist. Von dem Anerkennungsverfahren nach Satz 1 Nr. 3 ist abzusehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten ergeben.

(3) Aufwendungen für akute psychotherapeutische Einzelbehandlungen, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen, sind nach Maßgabe von Satz 2 bis zu zwölf Sitzungen beihilfefähig, wenn ein akuter Behandlungsbedarf vorliegt. Die Zahl der durchgeführten akuten Behandlungen wird auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 19 bis 20 a angerechnet. Ein akuter Behandlungsbedarf im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention zur Bewältigung einer seelischen Krisensituation oder zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik erforderlich ist.

(4) Für die psychosomatische Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 1 Nr. 2 und 3 nicht erfüllt sein. Aufwendungen für Maßnahmen nach

Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.

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

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

(7) Aufwendungen für Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) sind nur bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit posttraumatischen Belastungsstörungen als Behandlungsmethode und nur im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie beihilfefähig. Die Behandlung muss von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach Anlage 2 Abschnitt 6 durchgeführt werden.

(8) Vor Behandlungen durch Therapeutinnen oder Therapeuten nach Anlage 2 Abschnitte 2 bis 5 muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung muss eine Ärztin oder ein Arzt vornehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich bestätigen.

(9) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 18 bis 20 a und
2. die in Anlage 2 Abschnitt 1aufgeführten Behandlungsverfahren.

§ 18
Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung, zu der Beihilfe gewährt wird, umfasst
1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte oder

2. übende und suggestive Interventionen nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

(2) Aufwendungen sind je Krankheitsfall beihilfefähig für

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

Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 dürfen in derselben Sitzung nicht mit denen nach Satz 1 Nr. 2 und 3 kombiniert werden. Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen der Ärztin oder des Arztes beihilfefähig.

§ 19
Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

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

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

Behandlungsabschnitt	**Einzelbehandlung**	**Gruppenbehandlung**
Stufe 1	60 Sitzungen	60 Sitzungen
Stufe 2	weitere 40 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

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

Behandlungsabschnitt	**Einzelbehandlung**	**Gruppenbehandlung**

Stufe 1	160 Sitzungen	80 Sitzungen
Stufe 2	weitere 140 Sitzungen	weitere 70 Sitzungen

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

Behandlungsabschnitt	**Einzelbehandlung**	**Gruppenbehandlung**
Stufe 1	70 Sitzungen	60 Sitzungen
Stufe 2	weitere 80 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen

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

Behandlungsabschnitt	**Einzelbehandlung**	**Gruppenbehandlung**
Stufe 1	90 Sitzungen	60 Sitzungen
Stufe 2	weitere 90 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen der einzelnen Behandlungsabschnitte ist, dass jeweils vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt und die Behandlung durch die Festsetzungsstelle im Vorfeld anerkannt wird. Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung nach Satz 1 richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend durchgeführten Behandlung. Dabei werden zwei in einer Gruppenbehandlung erbrachte Sitzungen bei einer überwiegend erbrachten Einzelbehandlung als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. Die in einer Einzelbehandlung erbrachte Sitzung bei einer überwiegend erbrachten Gruppenbehandlung wird als zwei Sitzungen der Gruppenbehandlung gewertet.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor dem Beginn des 21. Lebensjahres begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig.

(3) In medizinisch besonders begründeten Ausnahmefällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten belegte notwendige Behandlung auch für eine über die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 zugelassene Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkannt werden. Hierüber entscheidet im unmittelbaren Landesdienst die

Festsetzungsstelle im Einvernehmen mit dem für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministerium, im Übrigen die oberste Dienstbehörde.

(4) Aufwendungen für Sitzungen, in die aufgrund einer durch Gutachten belegten medizinischen Notwendigkeit Bezugspersonen einbezogen werden, sind bei Einzelbehandlung bis zu einem Viertel der bewilligten Zahl von Sitzungen zusätzlich beihilfefähig, wenn die zu therapierende Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Hat die zu therapierende Person das 21. Lebensjahr vollendet, werden die Sitzungen, in die Bezugspersonen einbezogen werden, in voller Höhe auf die bewilligte Zahl der Sitzungen angerechnet. Satz 2 gilt nicht für die Behandlung von Personen mit einer geistigen Behinderung mit einer Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM). Aufwendungen für die Einbeziehung der Bezugsperson oder Bezugspersonen ohne eine in denselben Zeitabschnitt fallende, parallel laufende Behandlung der Patientin oder des Patienten sind nicht beihilfefähig.

§ 20
Verhaltenstherapie

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

Behandlungsabschnitt	**Einzelbehandlung**	**Gruppenbehandlung**
Stufe 1	60 Sitzungen	60 Sitzungen
Stufe 2	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

§ 19 Abs. 1 Satz 2 bis 5 und Absatz 4 gelten entsprechend.

(2) Von dem Anerkennungsverfahren nach § 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten nach Anlage 2 Nr. 2 bis 4 vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründe-

ten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen.

§ 20 a
Systemische Therapie

Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind je Krankheitsfall für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in folgendem Umfang, auch im Mehrpersonensetting, beihilfefähig:

Behandlungsabschnitt	**Einzelbehandlung**	**Gruppenbehandlung**
Stufe 1	36 Sitzungen	36 Sitzungen
Stufe 2	weitere 12 Sitzungen	weitere 12 Sitzungen

§ 19 Abs. 1 Satz 2 bis 5 gelten entsprechend.

§ 21
Arznei- und Verbandmittel sowie Medizinprodukte

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für die aus Anlass einer Krankheit im Rahmen einer Behandlung nach § 11 Abs. 1 Satz 1 von einer Ärztin, einem Arzt, einer Zahnärztin, einem Zahnarzt, einer Heilpraktikerin, einem Heilpraktiker verbrauchten oder nach Art und Umfang vor der Beschaffung schriftlich verordneten

1. registrierten oder zugelassenen Arzneimittel nach § 2 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes (AMG) in der Fassung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394) in der jeweils geltenden Fassung, die im oder am menschlichen Körper angewendet oder einem Menschen verabreicht werden können,
2. Zubereitungen, die mindestens einen arzneilich wirksamen Bestandteil nach § 4 Abs. 19 AMG enthalten,
3. Medizinprodukte nach Anlage 8 und
4. Verbandmittel.

(2) Abweichend von Absatz 1 sind auch die Aufwendungen beihilfefähig für verordnete Arzneimittel zur

1. Vorbeugung gegen Rachitis und Karies für Personen bis zum vollendeten dritten Lebensjahr und
2. Präexpositionsprophylaxe bei Personen mit substantiellem HIV-Infektionsrisiko, die das 16. Lebensjahr vollendet haben.

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Lebensmittel und Lebensmittelzusatzstoffe nach § 2 Abs. 2 und 3 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches (LFGB in der Fassung vom 3. Juni 2013 – BGBl. I S. 1426 – in der jeweils geltenden Fassung),
2. Nahrungsergänzungsmittel (§ 1 der Nahrungsergänzungsmittelverordnung in der Fassung vom 24. Mai 2004 – BGBl. I S. 1011 – in der jeweils geltenden Fassung),
3. diätetische Lebensmittel (§ 1 Abs. 1 der Diätverordnung in der Fassung vom 28. April 2005 – BGBl. I S. 1161 – in der jeweils geltenden Fassung); abweichend davon sind Aufwendungen für bilanzierte Diäten (§ 1 Abs. 4 a der Diätverordnung) beihilfefähig,
   a) wenn diese aufgrund einer ärztlichen Verordnung notwendig sind bei:
      aa) Ahornsirupkrankheit,
      bb) AIDS-assoziierten Diarrhöen,
      cc) angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel,
      dd) angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
      ee) Colitis ulcerosa,
      ff) Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
      gg) erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße,
      hh) Kurzdarmsyndrom,
      ii) Morbus Crohn,
      jj) Mukoviszidose, bei starkem Untergewicht,
      kk) Nahrungsmittelallergie,
      ll) Niereninsuffizienz,

mm) Phenylketonurie,

nn) postoperativer Nachsorge oder

oo) Tumortherapien (auch nach der Behandlung),

b) als Elementardiäten für Personen bis zum vollendeten dritten Lebensjahr bei

aa) Kuhmilcheiweißallergie oder

bb) Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden,

4. kosmetische Mittel nach § 2 Abs. 5 LFGB,
5. Mittel, die überwiegend der Behandlung der sexuellen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits oder zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen, es sei denn, dass im Einzelfall nicht die vorgenannten Zwecke, sondern die Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung im Vordergrund steht, die eine Krankheit ist, und

   a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassene Arzneimittel gibt oder

   b) die anderen zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,
6. Mittel zur Behandlung von Reisekrankheiten, ausgenommen zur Anwendung bei anderen Erkrankungen, sowie
7. Mittel, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der verordneten Person beschafft werden.

§ 22
Heilbehandlungen

(1) Aufwendungen für zuvor von einer Ärztin oder einem Arzt, einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt verordnete Heilbehandlungen und die dabei verbrauchten Stoffe sind nach Maßgabe der Anlage 3 beihilfefähig; für die Leistungen nach den Nummern 3, 46, 49 und 65 der Anlage 3 ist eine Verordnung nicht erforderlich.

(2) Die Aufwendungen für Heilbehandlungen im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von kranken oder behinderten Menschen dienen, sind nur unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

1. die Behandlung muss durch eine in Anlage 3 genannte Person durchgeführt werden,
2. Art und Umfang der durchgeführten und nachgewiesenen Heilbehandlung sind bis zu den in Anlage 3 genannten Höchstbeträgen beihilfefähig, ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilbehandlung oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig, und
3. wird bei einer teilstationären oder stationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 EUR beihilfefähig.

Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von kranken oder behinderten Menschen dienen, sind insbesondere Frühfördereinrichtungen, Ganztagsschulen, Behindertenwerkstätten.

(3) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten teilstationären oder stationären Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von kranken oder behinderten Menschen dient, sind bis zur Höhe von 5,00 EUR täglich beihilfefähig, es sei denn, die §§ 39 und 41 sind anzuwenden. Satz 1 gilt auch für Platzfreihaltegebühren bei stationären Leistungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 3. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 23
Komplextherapien

(1) Werden Leistungen nach den §§ 11 und 22 in Form von ambulanten Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind abweichend von § 8 Abs. 3 und § 22 Abs. 1 Satz 1 die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern aufgrund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen festgelegt sind, beihilfefähig. Eine Komplextherapie setzt die berufsgruppenübergreifende Behandlung eines Krankheitsbildes durch ein Team voraus, dem auch Ärztinnen oder Ärzte, Zahnärztinnen oder Zahnärzte, Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen der Anlage 3 angehören müssen.

(2) Aufwendungen für ambulante ärztliche und ärztlich veranlasste medizinische Leistungen in sozialpädiatrischen Zentren sind bis zur Höhe der Vergütung, die aufgrund einer Vereinbarung des Verbands der Privaten Krankenversicherung, eines entsprechenden Landesverbandes, eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung vereinbart sind, beihilfefähig.

§ 24

Stationäre Krankenhausleistungen von zugelassenen Krankenhäusern

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen von zugelassenen Krankenhäusern (§ 108 SGB V), die nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vergütet werden, für

1. vor- und nachstationäre Behandlungen (§ 1 Abs. 3 BPflV, § 1 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG) und
2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPflV, § 2 Abs. 2 KHEntgG).

(2) Neben den Leistungen nach Absatz 1 sind Aufwendungen für gesondert berechnete

1. wahlärztliche Leistungen (§ 16 Satz 2 BPflV, § 17 KHEntgG) und
2. Unterkunft (§ 16 Satz 2 BPflV, § 17 KHEntgG)
   a) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers oder
   b) 50 v. H. der Kosten für ein Einbettzimmer, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei oder mehr Betten umfassen und als gesondert berechnete Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten werden,

   abzüglich eines Betrages von 12,00 EUR täglich,

unter den Voraussetzungen des § 25 beihilfefähig.

§ 25

Wahlleistungen neben allgemeinen stationären Krankenhausleistungen

(1) Anspruch auf Beihilfen für Aufwendungen für Wahlleistungen nach § 24 Abs. 2 besteht für beihilfeberechtigte Personen, die gegenüber der Festsetzungsstelle innerhalb der Ausschlussfristen nach Satz 3 erklären, dass sie für sich und ihre be-

rücksichtigungsfähigen Angehörigen Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen ab Beginn der Ausschlussfrist in Anspruch nehmen wollen. Die Ausschlussfrist beginnt mit dem Tag

1. der Begründung oder Umwandlung des Beamtenverhältnisses,
2. der Entstehung des Anspruchs auf Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld oder
3. der Abordnung oder Versetzung zu einem rheinland-pfälzischen Dienstherrn.

Die Ausschlussfrist beträgt in den Fällen des Satzes 2 Nr. 1 und 3 drei und in den Fällen des Satzes 2 Nr. 2 sechs Monate; die beihilfeberechtigten Personen sind auf die Ausschlussfristen hinzuweisen. In den Fällen der Umwandlung des Beamtenverhältnisses nach Satz 2 Nr. 1 ohne Dienstherrenwechsel ist ein erneuter Hinweis nach Satz 3 Halbsatz 2 entbehrlich.

(2) Der Anspruch nach Absatz 1 besteht - auch bei teilzeitbeschäftigten beihilfeberechtigten Personen - nur gegen Zahlung eines Betrages von 26,00 EUR monatlich. Die Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 beinhaltet das Einverständnis, dass der Betrag monatlich von den Bezügen einbehalten wird. Werden Bezüge nicht für einen vollen Kalendermonat gezahlt, ist der Betrag nach Satz 1 entsprechend der Kürzung der Bezüge zu mindern. Die Erklärung nach Absatz 1 Satz 1 kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zum ersten eines Kalendermonats widerrufen werden. Ist eine Einbehaltung des Betrages von den Bezügen nicht möglich, wird er zum 15. eines Monats fällig. Kommt in den Fällen des Satzes 5 die beihilfeberechtigte Person der Zahlungspflicht über einen Zeitraum von drei Monaten nicht nach, gilt dies als Widerruf im Sinne des Satzes 4; der Anspruch nach Absatz 1 entfällt in diesen Fällen mit dem Beginn des Zahlungsverzuges.

(3) Die Zahlungspflicht nach Absatz 2 Satz 1 ruht

1. während der Zeit einer Beurlaubung ohne Beihilfeanspruch und
2. in den Fällen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 für die Dauer des Ausschlusses der auf einem Versorgungsanspruch beruhenden Beihilfeberechtigung.

(4) Aufwendungen nach § 24 Abs. 2 sind ferner nur beihilfefähig, wenn die nach § 16 Satz 2 BPflV oder § 17 KHEntgG vorgeschriebene Wahlleistungsvereinbarung vor Erbringung der Wahlleistung schriftlich abgeschlossen wurde. Auf Verlangen der Festsetzungsstelle ist die Wahlleistungsvereinbarung dieser vorzulegen.

§ 26

Stationäre Krankenhausleistungen von Krankenhäusern ohne Zulassung

(1) Aufwendungen für Leistungen von Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen, aber nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, sind wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, die allgemeinen Krankenhausleistungen bis zu dem Betrag, der sich aus folgenden Elementen zusammensetzt:
   a) Fallpauschalenentgelt;
      dies ist das Produkt des einheitlichen Bundesbasisfallwertes gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG multipliziert mit der maßgeblichen Bewertungsrelation gemäß
      aa) Teil a des Fallpauschalen-Kataloges nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG oder
      bb) Teil b des Fallpauschalen-Kataloges nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG, sofern das Krankenhaus vergleichbar einer Belegklinik geführt wird,
      unter Ansatz der tatsächlichen Verweildauer,
   b) Pflegeentgelt;
      dies ist das Produkt des in § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG festgelegten Betrages multipliziert mit der maßgeblichen Bewertungsrelation des Pflegeerlöskataloges gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2a KHEntgG unter Ansatz der tatsächlichen Verweildauer,
   c) Zusatzentgelt;
      für solche Leistungen, die im Katalog ergänzender Zusatzentgelte gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG enthalten sind, bis zu der bundeseinheitlich vereinbarten Höhe und für solche, die krankenhausindividuell zu bewerten sind bis zu 600,00 EUR für jedes Zusatzentgelt, und
2. bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden, bis zu dem Betrag, der sich aus folgenden Elementen zusammensetzt:
   a) tagesbezogenes Entgelt;
      dies ist das Produkt der ausgewiesenen maßgeblichen Bewertungsrelation der Vergütungsklasse nach Anlage 1a, Anlage 2a oder Anlage 5 des nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 BPflV vereinbarten Kataloges multipliziert mit einem pauschalen Basisentgeltwert in Höhe von 300,00 EUR und der Anzahl der Berechnungstage,

b) Zusatzentgelt;
für solche Leistungen, die im Katalog ergänzender Zusatzentgelte gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 2 BPflV enthalten sind, bis zu der bundeseinheitlich vereinbarten Höhe und für solche, die krankenhausindividuell zu bewerten sind bis zu 600,00 EUR für jedes Zusatzentgelt.
a)

(2) Neben den Leistungen nach Absatz 1 sind Aufwendungen für gesondert berechnete

1. Leistungen, die denen des § 24 Abs. 2 Nr. 1 entsprechen und
2. Unterkunft bis zur Höhe von 1,5 v. H. des nach § 10 Abs. 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertes, abzüglich eines Betrages von 12,00 EUR täglich,

unter den Voraussetzungen des § 25 beihilfefähig.

(3) Aufwendungen zur Notfallbehandlung sind beihilfefähig, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht worden ist; die Absätze 1 und 2 finden insoweit keine Anwendung. Eine Notfallversorgung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn diese unverzüglich und ohne jeglichen Aufschub erforderlich ist, da sonst das Leben der versorgten Person bedroht ist. Zur Notfallversorgung gehört nicht eine nach Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktion sich anschließende Weiterbehandlung.

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

§ 27
Häusliche Krankenpflege

(1) Aufwendungen für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige

1. vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wobei die Grundpflege überwiegen muss) und
2. Behandlungspflege

sind beihilfefähig; aus der Bescheinigung müssen sich Art und Umfang der erforderlichen Maßnahmen ergeben. Bei einer Pflege durch Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen, Lebenspartner, Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegertöchter, Schwiegersöhne, Schwägerinnen, Schwäger, Schwiegereltern und Geschwister der beihilfeberechtigten Person oder einer nach § 4 berücksichtigungsfähigen Person sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

1. Fahrtkosten nach § 30 und
2. eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben oder eine Erwerbstätigkeit um mindestens die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit einer vollbeschäftigten Person eingeschränkt wird; eine an die Ehegattin oder den Ehegatten, die Lebenspartnerin oder den Lebenspartner oder die Eltern der pflegebedürftigen Person gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.

Aufwendungen nach den Sätzen 1 und 2 sind insgesamt bis zur Höhe der durchschnittlichen monatlichen Kosten einer Berufspflegekraft beihilfefähig; die Sätze macht das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium bekannt. Erfolgt die Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.

(2) 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 vor, sind Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen oder in anderen geeigneten Ein-

richtungen entsprechend § 38 Abs. 1 beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege ärztlich bescheinigt worden ist. Ist die Einrichtung, in der die Kurzzeitpflege durchgeführt wird, zugleich der ständige Wohnsitz der gepflegten Person, sind Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten nicht beihilfefähig.

§ 28
Palliativversorgung

(1) Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig; § 8 Abs. 4 und § 23 Abs. 1 Satz 1 gelten entsprechend.

(2) Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Palliativversorgung in einem Hospiz, in denen palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden, sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung unter entsprechender Anwendung des § 24 Abs. 1 beihilfefähig.

§ 29
Familien- und Haushaltshilfe

(1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind pro Stunde bis zur Höhe des von der Bundesregierung nach § 11 des Mindestlohngesetzes in der Fassung vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1348) in der jeweils geltenden Fassung verordneten allgemeinen gesetzlichen Mindestlohns, höchstens für acht Stunden täglich, beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass

1. die den Haushalt führende Person den Haushalt
   a) wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 24, 26 und 27 Abs. 2, §§ 28 und 43 Abs. 6, §§ 45 bis 47 und 49 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4, § 56) oder
   b) als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung die Begleitung wegen des Alters des Kindes und der einer stationären Langzeittherapie erfordernden Geschwulsterkrankung oder vergleichbaren schweren Erkrankung medizinisch notwendig ist,

   nicht weiterführen kann,

2. diese Person, ausgenommen Alleinerziehende, nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist; eine Erwerbstätigkeit ist geringfügig, wenn die regelmäßige Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit einer vollbeschäftigten Person beträgt,
3. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und
4. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

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

1. im Anschluss an eine außerhäusliche Unterbringung nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 Buchst. a oder
2. wenn die Weiterführung des Haushalts wegen schwerer Krankheit, akuter Verschlimmerung einer Krankheit, nach einer ambulanten Operation oder einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht möglich ist und keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Verbleiben Personen im Sinne von Absatz 1 Satz 2 Nr. 3 im Haushalt, sind die Aufwendungen nach Satz 1 für bis zu 26 Wochen beihilfefähig.

(3) Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen, die pflegebedürftig sind oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in einem Heim, in einem fremden Haushalt oder anderweitig untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Die Aufwendungen für eine Unterbringung im Haushalt einer in § 27 Abs. 1 Satz 2 genannten Person sind mit Ausnahme der Fahrtkosten (§ 30) nicht beihilfefähig. § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 gilt entsprechend.

§ 30
Fahrtkosten

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für vor Fahrtantritt von einer Ärztin oder einem Arzt, einer Zahnärztin oder einem Zahnarzt schriftlich verordnete Fahrten

1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen, einschließlich einer vor- und nachstationären Behandlung; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist,
2. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis, sofern in diesem Zusammenhang Leistungen nach Abschnitt D des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte erbracht werden, einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
3. mit einem Krankentransportfahrzeug, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtung des Krankentransportwagens erforderlich ist,
4. zu ambulanten Behandlungen einer Grunderkrankung, die eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum bedarf und diese Behandlung oder der zu diesem Behandlungsverlauf führende Krankheitsverlauf die behandelte Person so beeinträchtigt, dass eine Beförderung unerlässlich ist.

Satz 1 Nr. 1 gilt entsprechend bei verordneten Fahrten durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Behandlung stehen.

(2) Ohne Verordnung sind Aufwendungen für

1. Rettungsfahrten und -flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
2. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie,
3. regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines Kindes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und der einer stationären Langzeittherapie erfordernden Geschwulsterkrankung oder vergleichbaren schweren Erkrankung medizinisch notwendig ist, und

4. Fahrten nach Absatz 1 Nr. 1 bis 3 sowie Fahrten zu ambulanten Behandlungen von beihilfeberechtigten Personen oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“ (erhebliche Gehbehinderung), „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegen oder die Pflegegrade 3, 4 oder 5 nachweisen oder deren Mobilität vergleichbar beeinträchtigt ist

beihilfefähig.

(3) Die Fahrtkosten sind angemessen

1. bei Rettungsfahrten und -flügen und Krankentransportfahrten bis zu den nach dem jeweiligen Landesrecht berechneten Beträgen,
2. bei Benutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel bis zur Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse,
3. bei Benutzung eines privaten Personenkraftwagens bis zu dem in § 6 Abs. 1 Satz 1 des Landesreisekostengesetzes genannten Betrag; bei gemeinsamer Fahrt einer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person mit weiteren beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen mit einem Personenkraftwagen sind die Fahrtkosten insgesamt nur einmal beihilfefähig, und
4. bei Benutzung eines Taxis bis zur Höhe der nach der jeweiligen Taxiordnung berechneten Taxe.

(4) Nicht beihilfefähig sind

1. die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
2. die Kosten für die Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen,
3. die Kosten für Beförderung anderer Personen als der erkrankten Person, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig,
4. die Kosten für andere als in Absatz 2 Nr. 3 genannte Besuchsfahrten, und
5. die Kosten für die Gepäckbeförderung.

§ 31
Erste Hilfe und Entseuchung

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die Erste Hilfe sowie
2. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.

§ 31 a
Kommunikationshilfen

Aufwendungen für geeignete Kommunikationshilfen sind beihilfefähig, wenn

1. die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person gehörlos, hochgradig schwerhörig, ertaubt oder sprachbehindert ist und
2. im Einzelfall der Informationsfluss zwischen leistungserbringender Person und beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Person nur so gewährleistet werden kann.

Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe einer Vergütung in entsprechender Anwendung des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes vom 5. Mai 2004 (BGBl. I S. 718, 776) in der jeweils geltenden Fassung.

§ 32
Unterkunftskosten bei auswärtiger Behandlung

(1) Aufwendungen für Unterkunft sind bis zum Höchstbetrag von 26,00 EUR täglich beihilfefähig, wenn ein anderer Ort für eine ambulante Behandlung, Untersuchung oder dergleichen aufgesucht werden muss. Ist die Begleitung durch eine andere Person notwendig, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26,00 EUR täglich beihilfefähig.

(2) Absatz 1 gilt auch in Fällen einer stationären Behandlung, wenn die Begleitperson außerhalb der Krankenanstalt oder des Sanatoriums untergebracht war und die Kosten der Unterbringung nicht Bestandteil des allgemeinen Pflegesatzes sind. Satz 1 gilt nicht bei kurähnlichen Maßnahmen.

§ 33
Organ-, Gewebe- und Blutstammzellenspende

(1) Sind beihilfeberechtigte Personen oder berücksichtigungsfähige Angehörige Empfängerinnen oder Empfänger von Organen oder Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen, sind beihilfefähig

1. Aufwendungen der Spenderin oder des Spenders im Rahmen des § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und der §§ 21, 22, 24 bis 30, 45, 46 und 48 sowie der von der Spenderin oder dem Spender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen; darüber hinaus ist auch das von der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber der Spenderin oder des Spenders fortgezahlte Entgelt beihilfefähig; abweichend von § 62 Abs. 4 Satz 1 wird die Beihilfe hierzu auf Antrag der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers unmittelbar an diese oder diesen gezahlt; die Halbsätze 1 und 2 gelten auch für Personen, die als Spenderin oder Spender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen; nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Behandlungen von Folgeerkrankungen der Spenderin oder des Spenders,
2. bei postmortaler Organ- und Gewebespende die Kosten der nach § 11 Abs. 1 des Transplantationsgesetzes (TPG) errichteten Koordinierungsstelle in Höhe der von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 2 TPG für gesetzlich versicherte Organempfängerinnen und Organempfänger vereinbarten Entgelte, die als Organisations- sowie Flugkostenpauschale in Rechnung gestellt werden.

(2) Aufwendungen für die Anmeldung und Registrierung von beihilfeberechtigten Personen oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei Transplantationszentren oder dem Zentralen Knochenmarkspender-Register für die Suche nach geeigneten Spenderinnen und Spendern sind beihilfefähig.

§ 34
Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

(1) Die Aufwendungen für die Anschaffung oder Miete der in der Anlage 4 Abschnitt I aufgeführten vor der Beschaffung ärztlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbst-

behandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke, einschließlich der Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände, sind beihilfefähig. Mieten für diese Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt. Die Beihilfefähigkeit der in Anlage 4 Abschnitt II aufgeführten Gegenstände ist ausgeschlossen.

(2) Brillen und Kontaktlinsen sind Hilfsmittel nach Absatz 1 Satz 1; die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen hierfür richtet sich nach den Maßgaben der Anlage 4 Abschnitt III.

(3) Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Gegenstandes im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind in der bisher verordneten Ausführung auch ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit der Anschaffung erfolgt.

(4) Aufwendungen für Reparaturen der Gegenstände im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Gegenstände im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind beihilfefähig, soweit sie im Kalenderjahr 100,00 EUR übersteigen. Absatz 3 gilt entsprechend. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sowie für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.

(6) Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512,00 EUR beihilfefähig, wenn ein krankhaft entstellender Haarausfall, eine erhebliche Verunstaltung 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.

(7) Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen von Gegenständen im Sinne des Absatzes 1 Satz 1, die weder in der Anlage 4 aufgeführt noch den dort aufgeführten Gegenständen vergleichbar und nicht der allgemeinen Lebenshaltung zuzuordnen sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde, im unmittelbaren Landesdienst das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium.

Teil 3
Aufwendungen in Pflegefällen

§ 35
Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Die Gewährung von Beihilfen anlässlich dauernder Pflegebedürftigkeit richtet sich nach den folgenden Absätzen 2 bis 5 sowie den §§ 35 a bis 42 a.

(2) Beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige sind pflegebedürftig, wenn sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Erforderlich ist, dass sie die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

(3) Die Aufwendungen nach den §§ 36 bis 42 a sind nur beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte Person oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige pflegebedürftig und einem Pflegegrad zugeordnet ist. Die Aufwendungen sind beihilfefähig bei Zuordnung in

1. den Pflegegrad 1 nach Maßgabe des § 36 Abs. 7, 9 und 10, der §§ 39 a, 39 b, 40 und 42 und in den Fällen des § 39 in Höhe von 125,00 EUR monatlich, und
2. in die Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 nach Maßgabe der §§ 36 bis 42 a.

(4) Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen der §§ 36 bis 42 a eine Beihilfe in wertmäßig gleicher Höhe gewährt; die §§ 9, 57 und 58 sind hierbei nicht anzuwenden. In den Fällen des Absatzes 3 Satz 2 Nr. 2 sind über

diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen im Rahmen des § 36 Abs. 2 und 8 und der §§ 37, 38, 39 und 41 beihilfefähig.

(5) Soweit Personen nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind oder der Leistungsanspruch ruht, sind als Leistung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung 50 v. H. der jeweiligen Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch fiktiv zu berücksichtigen.

§ 35 a
Pflegeberatung

Die Festsetzungsstelle beteiligt sich für beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige an den Kosten der Träger einer Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI, wenn Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung

1. bezogen werden oder
2. beantragt worden sind und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

Aufwendungen nach Satz 1 sind außerdem nur beihilfefähig, wenn das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium hierzu eine Vereinbarung im Sinne des § 8 Abs. 4 abgeschlossen hat oder einer entsprechenden Vereinbarung beigetreten ist.

§ 36
Häusliche Pflege

(1) Aufwendungen der häuslichen Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Abs. 4 Satz 2 und 3 SGB XI) sind entsprechend des Pflegegrades beihilfefähig bis zu monatlich

für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2	724,00 EUR,
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3	1 363,00 EUR,
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4	1 693,00 EUR,
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5	2 095,00 EUR.

(2) Entstehen in den Fällen des Absatzes 1 aufgrund besonderen Pflegebedarfs höhere Aufwendungen, sind die Aufwendungen insgesamt

für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 bis 25 v. H.,
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 bis 50 v. H.,
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 bis 75 v. H. und
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 bis 100 v. H.
der durchschnittlichen monatlichen Kosten einer Berufspflegekraft im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 3 angemessen. Die Aufwendungen nach Satz 1 sind um folgenden Eigenanteil zu kürzen:

bei einer beihilfeberechtigten Person	mit Bezügen bis 2500,00 EUR	mit Bezügen von mehr als 2500,00 EUR bis 5000,00 EUR	mit Bezügen von mehr als 5000,00 EUR
ohne Angehörige	10 v. H.	11 v. H.	12 v. H.
mit einer oder einem Angehörigen	8 v. H.	9 v. H.	10 v. H.
mit zwei oder drei Angehörigen	6 v. H.	7 v. H.	8 v. H.
mit mehr als drei Angehörigen	4 v. H.	5 v. H.	6 v. H.

der um 1000,00 EUR verminderten Bezüge. Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Eigenanteil entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen.

(3) Angehörige im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

1. die in § 4 Abs. 1 genannten Personen und
2. Kinder, die nach § 4 Abs. 2 berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind.

(4) Bezüge im Sinne des Absatzes 2 Satz 2 sind

1. bei Pflege einer beihilfeberechtigten Person oder eines berücksichtigungsfähigen Kindes, die Bruttodienst- oder -versorgungsbezüge (ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag und veränderliche Bezügebestandteile) sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters-

oder Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person; § 39 Abs. 5 Satz 4 bis 7 gilt entsprechend, sowie

2. bei Pflege einer in § 4 Abs. 1 genannten Person,
   die Bezüge nach Nummer 1 zuzüglich der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- oder Hinterbliebenenversorgung der gepflegten Person.

(5) Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen (selbst beschaffte Pflegehilfen) wird anstelle einer Beihilfe nach Absatz 1 eine monatliche Pauschalbeihilfe gewährt. Diese beträgt entsprechend des Pflegegrades

für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2	316,00 EUR,
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3	545,00 EUR,
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4	728,00 EUR,
für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5	901,00 EUR.

Wird die Pflege nach den Sätzen 1 und 2 nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, ist die Pauschale, ausgenommen in den ersten vier Wochen einer stationären Krankenhausbehandlung, einer vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung, einer häuslichen Krankenpflege nach § 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, einer Sanatoriumsbehandlung, einer stationären Anschlussheilbehandlung oder des Monats, in dem die pflegebedürftige Person verstorben ist, entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe wird während einer Verhinderungspflege bis zu sechs Wochen und einer Kurzzeitpflege bis zu acht Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen.

(6) Wird die Pflege teilweise durch geeignete Pflegekräfte (Absatz 1) und durch andere geeignete Personen (Absatz 5) erbracht, wird eine Beihilfe nach den Absätzen 1 bis 5 anteilig gewährt.

(7) Neben den Leistungen nach den Absätzen 1 und 5 sind Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Abs. 3 SGB XI beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung entsprechende anteilige Leistungen erbringt; der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Abs. 3 SGB XI.

(8) Ist eine andere geeignete Person nach Absatz 5 wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für Ersatzpflege bis zu 2 418,00 EUR im Kalenderjahr beihilfefähig. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit dieser in häuslicher Gemeinschaft leben, sind die Aufwendungen im Kalenderjahr bis zum 1,5fachen Betrag der jeweiligen Pauschalbeihilfe nach Absatz 5 beihilfefähig. Beihilfefähig sind auch nachgewiesene notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind; die Aufwendungen nach Satz 2 und 3 sind insgesamt bis zu 2 418,00 EUR beihilfefähig. Wird die Pflege durch die in Satz 2 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, findet Satz 1 Anwendung.

(9) Neben Leistungen nach den Absätzen 1, 5 und 6 und der §§ 42 und 42 a wird pflegebedürftigen Personen in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzlich eine monatliche Pauschalbeihilfe in Höhe von 214,00 EUR gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung entsprechende anteilige Leistungen erbringt. Neben der Pauschalbeihilfe nach Satz 1 können Aufwendungen nach § 37 nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung entsprechende anteilige Leistungen erbringt. Eine aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehende Leistung ist anzurechnen.

(10) Zu den Aufwendungen der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen werden Beihilfen gewährt, wenn nachgewiesen wird, dass die private oder soziale Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person hierzu Zuschüsse nach § 45 e SGB XI gezahlt hat. Bei privater Pflegeversicherung sind die Aufwendungen beihilfefähig, aus denen die prozentuale Leistung der Pflegeversicherung berechnet wird; bei sozialer Pflegeversicherung gilt § 35 Abs. 4.

§ 37
Teilstationäre Pflege

Aufwendungen für teilstationäre Pflege sind neben den Leistungen nach § 36 Abs. 1 bis 8 beihilfefähig. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförde-

rung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Pflegeeinrichtung und zurück; Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

§ 38
Kurzzeitpflege

(1) Kann häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht teilstationäre Pflege nicht aus, sind Aufwendungen für Kurzzeitpflege einschließlich der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung in einer von der sozialen Pflegeversicherung zugelassenen Pflegeeinrichtung beihilfefähig.

(2) Abweichend von Absatz 1 sind Aufwendungen für Kurzzeitpflege einschließlich der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, die in Sanatoriumseinrichtungen oder Einrichtungen für stationäre Anschlussheilbehandlungen erbracht werden, beihilfefähig, wenn die Pflegeperson einer stationären Behandlung in diesen Rehabilitationseinrichtungen bedarf und eine gleichzeitige Unterbringung der pflegebedürftigen Person erforderlich ist.

(3) Ist bei zu Hause gepflegten pflegebedürftigen Personen die Pflege in einer von der sozialen Pflegeversicherung zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich oder zumutbar, sind die Aufwendungen für Kurzzeitpflege einschließlich der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung auch in einer Einrichtung im Sinne des § 41 oder einer sonstigen geeigneten Einrichtung beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für Investitionskosten sind nicht beihilfefähig.

§ 39
Vollstationäre Pflege

(1) Aufwendungen einer vollstationären Pflege sind nach Maßgabe der folgenden Absätze beihilfefähig.

(2) Bei Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) ist der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht kommende Pflegesatz beihilfefähig. Verbleiben unter Berücksichtigung der Beihilfe- und Pflegeversicherungsleistungen ungedeckte pflegebedingte Aufwendungen, werden diese als ergänzende Beihilfe gezahlt.

(3) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten und Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI sind nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht für Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten, die folgende Eigenanteile übersteigen:

1. bei beihilfeberechtigten Personen mit
   a) einem Angehörigen 40 v. H. oder
   b) mehreren Angehörigen 35 v. H.
   der um 510,00 EUR, beim Bezug von Versorgungsbezügen um 360,00 EUR, verminderten Einnahmen und
2. bei alleinstehenden beihilfeberechtigten Personen oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege der beihilfeberechtigten Person und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 v. H. der Einnahmen.

§ 36 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend. Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

(4) § 36 Abs. 3 gilt entsprechend.

(5) Einnahmen im Sinne des Absatzes 3 sind die Dienst- und Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften sowie der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person.

Bei der vollstationären Pflege einer in § 4 Abs. 1 genannten Person sind Einnahmen die Einnahmen nach Satz 1 zuzüglich des Zahlbetrags der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der zu pflegenden Person. Bei der vollstationären Pflege einer in § 4 Abs. 2 genannten Person sind Einnahmen die Einnahmen nach Satz 1 zuzüglich der Dienst- und Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften, des Zahlbetrags der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung sowie des laufenden Erwerbseinkommens einer in § 4 Abs. 1 genannten Person. Dienstbezüge sind die in § 3 des Landesbesoldungsgesetzes oder entsprechenden bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen genannten laufenden Bruttobezüge. Versorgungsbezüge sind die in § 3 Abs. 1 LBeamtVG oder entsprechenden bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen genannten laufenden Bruttobezüge; Unfallausgleich nach § 44 LBeamtVG oder entsprechenden bundes- oder landesgesetzlichen Bestimmungen bleibt unberührt. Der Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt. Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) gehören nicht zu den Einnahmen.

(6) Bei Pflege in Pflegeeinrichtungen, welche die Voraussetzungen des § 71 Abs. 2 SGB XI erfüllen, aber nicht nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassen sind, sind höchstens die niedrigsten vergleichbaren Kosten einer zugelassenen Einrichtung am Ort der Unterbringung oder seiner nächsten Umgebung beihilfefähig; die Absätze 2 bis 5 gelten entsprechend.

§ 39 a
Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen

Leistungen, die in den Fällen nach § 39 nach Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen zu einer Rückstufung der pflegebedürftigen Person in einen niedrigeren Pflegegrad oder zu der Feststellung führen, dass die Person nicht mehr pflegebedürftig ist, sind in Höhe von 2 952,00 EUR beihilfefähig; die Beihilfe wird unmittelbar an die Pflegeeinrichtung gezahlt. Die Beihilfe ist zurückzuzahlen, wenn

die Person innerhalb von sechs Monaten nach der Rückstufung in einen höheren Pflegegrad eingestuft wird oder wieder pflegebedürftig wird.

§ 39 b
Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

Aufwendungen für Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung im Sinne des § 84 Abs. 8 in Verbindung mit § 43 b SGB XI sind beihilfefähig.

§ 40
Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(1) Neben den Aufwendungen nach den §§ 36 bis 39 b, 42 und 42 a sind auch die notwendigen Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen beihilfefähig. Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel sind bis zu 40,00 EUR monatlich beihilfefähig.

(2) Aufwendungen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person sind bis zu 4 000,00 EUR je Maßnahme beihilfefähig. Satz 1 gilt entsprechend, wenn mehrere pflegebedürftige Personen in einer gemeinsamen Wohnung leben. In den Fällen des Satzes 2 ist der Gesamtbetrag der Förderung aus Beihilfe und Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung auf 16 000,00 EUR je Maßnahme begrenzt; bei mehr als vier Pflegebedürftigen reduziert sich der beihilfefähige Betrag je Maßnahme der Anzahl entsprechend anteilig.

§ 41
Einrichtungen der Behindertenhilfe

(1) Aufwendungen für eine Betreuung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung im Vordergrund des Einrichtungszweckes stehen (§ 71 Abs. 4 SGB XI), sind bis zu 266,00 EUR monatlich beihilfefähig; eine Beihilfe

nach § 39 ist daneben ausgeschlossen. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig.

(2) Beschäftigung und Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen sind keine Pflegeleistungen im Sinne des § 35; Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für behinderte Menschen sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen, die zur Erfüllung der Schulpflicht – insbesondere für Fahrtkosten für den Besuch einer Förderschule – entstehen, sind nicht beihilfefähig.

§ 42
Leistungen zur Entlastung der Pflegenden sowie zur Förderung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Personen

Bei pflegebedürftigen Personen in häuslicher Pflege sind Aufwendungen für Leistungen zur Entlastung der Pflegenden sowie zur Förderung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Personen (§ 45 b SGB XI) im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der

1. häuslichen Pflege nach § 36 Abs. 1, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch keine Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
2. teilstationären Pflege (§ 37),
3. Kurzzeitpflege (§ 38),
4. nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45 a SGB XI)

insgesamt bis zu 125,00 EUR monatlich beihilfefähig. Wird der monatliche Höchstbetrag nicht ausgeschöpft, ist der nicht verbrauchte Anteil in den folgenden Monaten des Kalenderjahres beihilfefähig. Im Kalenderjahr nicht ausgeschöpfte monatliche Höchstbeträge werden in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen. Neben dem Betrag nach Satz 1 ist auch der Zuschlag nach § 141 Abs. 2 Satz 2 SGB XI monatlich beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung entsprechende anteilige Leistungen erbringt.

§ 42 a
Angebote zur Unterstützung im Alltag

Aufwendungen pflegebedürftiger Personen in häuslicher Pflege für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag sind im Kalendermonat bis zu 40 v. H. des für den jeweiligen Pflegegrad maßgebenden beihilfefähigen Höchstbetrags nach § 36 Abs. 1 beihilfefähig, soweit dieser noch nicht ausgeschöpft ist. Die Aufwendungen nach Satz 1 gelten im Rahmen der anteiligen Beihilfengewährung nach § 36 Abs. 6 als Leistungen im Sinne von § 36 Abs. 1.

Teil 4
Aufwendungen für Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge

§ 43
Früherkennung und Vorsorge

(1) Aufwendungen für Leistungen zur ärztlichen und zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind nach den folgenden Absätzen beihilfefähig.

(2) Leistungen zur ärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig bei

1. Kindern
   a) bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres für ärztliche Untersuchungen und
   b) zwischen dem vollendeten siebten und vor Vollendung des neunten Lebensjahres und zwischen dem vollendeten neunten und vor Vollendung des elften Lebensjahres für jeweils eine ärztliche Untersuchung

   zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
2. Jugendlichen
   a) zwischen dem vollendeten 13. und vor Vollendung des 14. Lebensjahres, wobei die Untersuchung auch zwölf Monate vor oder nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze), und
   b) zwischen dem vollendeten 16. und vor Vollendung des 18. Lebensjahres

für jeweils eine ärztliche Jugendgesundheitsuntersuchung,

3. Personen von der Vollendung des 18. Lebensjahres an für Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen und
4. Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an jedes zweite Jahr für eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

Für Leistungen nach Satz 1 Nr. 1 Buchst. a, Nr. 2 Buchst. a und Nr. 3 und 4 sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den §§ 25 und 26 SGB V entsprechend anzuwenden. Aufwendungen für andere ärztliche Untersuchungen, die durchgeführt werden, ohne dass Krankheitssymptome vorliegen, sind nicht beihilfefähig. Ärztlich durchgeführte Untersuchungen zum Ausschluss einer HIV-Infektion sind beihilfefähig.

(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 nach Maßgabe der Anlage 6 beihilfefähig.

(4) Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig

1. bei Kindern, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, die Aufwendungen für zahnärztliche Maßnahmen zur Früherkennung und Verhütung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten; Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend und
2. nach Abschnitt B des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte.

(5) Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für die Teilnahme von beihilfeberechtigten Personen oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen an bis zu zwei Gesundheits- oder Präventionskursen zu den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum beihilfefähig; dies gilt nicht für Personen im Sinne von § 10 Abs. 1 Satz 1. Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn der Kurs von einer gesetzlichen Krankenkasse als förderfähig anerkannt worden ist oder wenn der Kurs von einer oder einem Angehörigen der Heilfachberufe nach Anlage 3 durchgeführt wird. Aufwendungen für Anmeldegebühren und Mitgliedsbeiträge sind nicht beihilfefähig. Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in

dem der Kurs beendet wurde. Je Kurs beträgt die Beihilfe vor Anwendung des § 59 höchstens 75,00 EUR.

(6) Aufwendungen für medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter oder Väter, auch in Form von Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahmen, in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen sind nach Maßgabe des § 45 beihilfefähig, wenn

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

§ 44
Impfungen

Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig, wenn sie aufgrund der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut notwendig sind; dies gilt nicht für Impfungen, die aus Anlass einer privaten Reise außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union oder die schul-, ausbildungs-, studien- oder berufsbedingt erforderlich geworden sind. Abweichend von Satz 1 Halbsatz 1 sind Aufwendungen für FSME-Schutzimpfungen und Grippeschutzimpfungen beihilfefähig.

Teil 5
Aufwendungen für Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren

§ 45
Sanatoriumsbehandlung

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen

1. nach den §§ 11, 21, 22, 29, 31 und 32 Abs. 2 und § 34,
2. für Unterkunft und Verpflegung im Sanatorium für höchstens 30 Tage, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
3. für den ärztlichen Schlussbericht,
4. für Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson, und
5. für Fahrtkosten nach § 48.

Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 2 bis 5 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, dass die Sanatoriumsbehandlung dringend notwendig ist und nicht durch stationäre Behandlung in einer anderen Krankenanstalt oder durch eine Heilkur mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar ist, und
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit erlischt, wenn die Behandlung nicht innerhalb von vier Monaten nach der Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides begonnen wird. Abweichend von Satz 2 Nr. 2 ist eine nachträgliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit ausreichend, wenn wegen einer notwendigen sofortigen Einlieferung der oder des Kranken zur stationären Behandlung in ein Sanatorium über einen vorher gestellten Antrag noch nicht entschieden ist oder der Antrag noch nicht gestellt werden konnte und dies unverzüglich nachgeholt wird.

(2) Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind bis zur Höhe des niedrigsten Satzes für ein Einbettzimmer des Sanatoriums beihilfefähig. Bei gleichzeitiger Behandlung einer beihilfeberechtigten Person und von berücksichtigungsfähigen Personen in demselben Sanatorium sind bei einer gemeinsamen Unterbringung in einem Zwei- oder Mehrbettzimmer die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Satzes für ein Zwei- oder Mehrbettzimmer, höchstens jedoch bis zum

entsprechenden Mehrfachen des niedrigsten Satzes für ein Einbettzimmer beihilfefähig. Für Begleitpersonen von

1. schwerbehinderten Menschen, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist (Merkzeichen B), oder
2. Kindern, die aufgrund des Alters und ihrer eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung eine Begleitung zur stationären Nachsorge benötigen,

sind bei einer Unterbringung im Sanatorium die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 v. H. des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig.

(3) Berechnet das Sanatorium die Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 bis 3 für voll- und teilstationäre Behandlungen mit Tagespauschalen oder einer umfassenden Behandlungspauschale, gelten § 8 Abs. 4 und § 23 Abs. 1 Satz 1 entsprechend.

(4) Sanatorium im Sinne dieser Vorschrift ist ein Krankenhaus, das unter ärztlicher Leitung besondere Therapien durchführt und in der die dafür erforderlichen Einrichtungen und das dafür erforderliche Pflegepersonal vorhanden sind.

§ 46
Anschlussheilbehandlung

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt 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) § 45 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 47
Heilkur

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen

1. nach den §§ 11, 21 und 22,
2. für den Schlussbericht der Kurärztin oder des Kurarztes,
3. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,
4. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens 23 Tage in Höhe von 16,00 EUR täglich, für Begleitpersonen von schwerbehinderten Menschen, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist (Merkzeichen B), in Höhe von 12,50 EUR täglich; An- und Abreisetag gelten zusammen als ein Kurtag, sowie
5. für Fahrtkosten nach § 48.

Beihilfen für Nachkuren werden nicht gewährt. Werden die Aufwendungen nach Satz 1 Nr. 1, 2 und 4 pauschal in Rechnung gestellt, gilt § 23 Abs. 1 Satz 1 entsprechend.

(2) Aufwendungen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 bis 5 sind nur beihilfefähig für Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 LBG mit Bezügen und wenn

1. sich aus dem von der Festsetzungsstelle eingeholten amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten ergibt, dass eine solche Heilkur als Heilmaßnahme zur Verhütung einer vorzeitigen Dienstunfähigkeit unaufschiebbar und unbedingt notwendig ist,
2. eine andere Behandlungsweise am Wohnort oder in nächster Umgebung nicht zum gleichen Erfolg führen würde und
3. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Abweichend von Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 können bis zu 30 Kalendertage einschließlich der Reisetage als beihilfefähig anerkannt werden, wenn sich aus dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten ergibt, dass eine längere Kurdauer aus gesundheitlichen Gründen zwingend erforderlich ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit erlischt, wenn die Behandlung nicht innerhalb von vier Monaten nach der Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides begonnen wird.

(3) Heilkur im Sinne dieser Vorschrift ist eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem in der Anlage 7 genannten Kurorte durchgeführt wird; die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein. Die Voraussetzun-

gen nach Satz 1 liegen nicht vor, wenn die beihilfeberechtigte Person während der Maßnahme in einem Zelt, Wohnwagen oder Wohnmobil wohnt.

(4) Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Heilkur ist nicht zulässig,

1. wenn die beihilfeberechtigte Person in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist; eine Beschäftigung gilt als nicht unterbrochen während
   a) einer in § 3 Abs. 2 Nr. 3 genannten Beurlaubung,
   b) einer Elternzeit nach § 19 a der Urlaubsverordnung,
   c) einer Beurlaubung nach § 76 Abs. 1 in Verbindung mit § 75 Abs. 4 Satz 1 LBG oder nach § 76 a Abs. 1 bis 3 LBG sowie
   d) einer Zeit, in der die beihilfeberechtigte Person ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, dass der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient;

   die Zeit der Tätigkeit bei Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage sowie im Dienst kommunaler Spitzenverbände steht der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich; dies gilt auch für die Zeit der Tätigkeit bei Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 v. H. aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden,
2. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits
   a) eine Sanatoriumsbehandlung, Heilkur oder Maßnahme nach § 43 Abs. 6, zu deren Kosten eine Beihilfe gezahlt worden ist,
   b) ein von einem Träger der Sozialversicherung verordnetes Heilverfahren oder eine von diesem Träger bezuschusste Kur oder
   c) ein Kur- oder Heilverfahren nach dem Bundesversorgungsgesetz

   durchgeführt wurde; im unmittelbaren Landesdienst kann das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium, im Übrigen die oberste Dienstbehörde, bei schweren chronischen Leiden oder nach einer schweren einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung von der Einhaltung der Frist absehen, wenn nach dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten aus zwingenden Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,
3. nach Kündigung des Dienstverhältnisses oder nach Stellung des Antrages auf Entlassung,

4. wenn die beihilfeberechtigte Person innerhalb der auf die Beendigung der Heilkur folgenden zwölf Kalendermonate in den Ruhestand tritt, es sei denn, dass die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,
5. wenn die beihilfeberechtigte Person innerhalb der auf die Beendigung der Heilkur folgenden zwölf Kalendermonate in die Freistellungsphase der Altersteilzeit tritt,
6. solange die beihilfeberechtigte Person aus straf- oder disziplinarrechtlichen Gründen vorläufig des Dienstes enthoben ist,
7. wenn die Versetzung in den Ruhestand oder die Entlassung unmittelbar bevorsteht oder
8. wenn der beihilfeberechtigten Person aufgrund besonderer Vorschriften wegen des Leidens, aufgrund dessen sie die Heilkur beantragt hat, ein Anspruch auf Heilfürsorge zusteht.

§ 48
Fahrtkosten aus Anlass von Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren

Aufwendungen für An- und Abreise anlässlich einer Maßnahme nach den §§ 45 bis 47 sind

1. bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen nach § 30 Abs. 3 Nr. 1 und
2. in allen übrigen Fällen unabhängig vom tatsächlich genutzten Beförderungsmittelnach § 30 Abs. 3 Nr. 3 insgesamt bis zu einem Höchstbetrag von 200,00 Euro

beihilfefähig; § 30 Abs. 4 Nr. 2 bis 5 gilt entsprechend. Daneben sind auch Fahrten nach § 30 Abs. 2 Nr. 3 beihilfefähig.

§ 48 a
Ambulante Nachsorgemaßnahmen

Aufwendungen für eine aus medizinischen Gründen im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Maßnahme nach § 45 erforderliche ambulante Nachsorgemaßnahme für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind bis zu der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarten Vergütungshöhe beihilfefähig, wenn sie wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig sind, um

den stationären Aufenthalt zu verkürzen oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Teil 6
Aufwendungen bei Schwangerschaft, Geburt und künstlicher Befruchtung

§ 49
Schwangerschaft und Geburt

(1) Aus Anlass einer Geburt sind die in den §§ 11, 21, 22, 24, 26 und 31 genannten Aufwendungen beihilfefähig. Daneben sind beihilfefähig Aufwendungen für

1. die Schwangerschaftsüberwachung,
2. die ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik nach Anlage 3 zu § 22,
3. Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der jeweiligen landesrechtlichen Gebührenordnung,
4. von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen im Sinne des § 134 a SGB V,
5. häusliche Krankenpflege nach Maßgabe des § 27 Abs. 1 und Familien- und Haushaltshilfe nach Maßgabe des § 29 und entsprechend bei ärztlich verordneter Bettruhe; bei ambulanten Geburten und Geburten in der häuslichen Umgebung beginnt der Zeitraum von 28 Tagen (§ 29 Abs. 2) mit dem Tag der Geburt,
6. die durch die Niederkunft unmittelbar veranlassten Fahrten; § 30 gilt entsprechend und
7. Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung.

(2) Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 150,00 EUR gewährt. Dies gilt auch, wenn die beihilfeberechtigte Person ein Kind vor Vollendung seines zweiten Lebensjahres annimmt oder es mit dem Ziel der Annahme an Kindes statt in Pflege nimmt und für dieses Kind bisher keine Beihilfe zu den Kosten einer Säuglings- und Kleinkinderausstattung gewährt worden ist.

§ 50
Künstliche Befruchtung

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, wenn

1. diese nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
2. nach ärztlicher Feststellung eine hinreichende Aussicht besteht, eine Schwangerschaft herbeizuführen,
3. die Personen, die die Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen des Ehepaares verwendet werden,
5. sich das Ehepaar vor Durchführung der Maßnahmen von einer Ärztin oder einem Arzt, die oder der die Maßnahmen nicht selbst durchführt, hat beraten und unterrichten lassen, und
6. die Ehefrau das 25. aber noch nicht das 40. Lebensjahr und der Ehemann das 25. aber noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet haben.

(2) Im Falle einer

1. In-Vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer oder Transfer der Gameten sind vier Behandlungen und
2. Insemination sind fünf Behandlungen, bei entsprechender positiver ärztlicher Prognose weitere drei Behandlungen

beihilfefähig; darüber hinausgehende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.

(3) Neben Aufwendungen nach den §§ 11, 21, 24 bis 26, 29 und 30 sind auch die Aufwendungen für die Gewinnung, die Aufbereitung, die Tiefkühlung und die Lagerung von Ei- oder Samenzellen und Embryonen beihilfefähig, wenn diese im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Absatz 1 stehen oder unmittelbar durch eine Krankheit bedingt sind.

(4) Aufwendungen nach den Absätzen 1 bis 3 sind der Person zuzuordnen, bei der die Leistung durchgeführt wird; Aufwendungen für extrakorporale Maßnahmen sind der Frau zuzuordnen.

Teil 7
Aufwendungen bei Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbrüchen und Sterilisationen

§ 51
Empfängnisregelung

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher ärztlicher Untersuchungen und
2. die ärztlich verordneten empfängnisregelnden Mittel sowie deren Applikation.

(2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen nach den §§ 11 und 21.

§ 52
Schwangerschaftsabbruch

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs, und
2. die Durchführung eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs.

(2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen nach den §§ 11, 21, 24 bis 26, 29, 30 und 34.

§ 53

Sterilisation

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen einer nicht rechtswidrigen Sterilisation und
2. die Durchführung einer nicht rechtswidrigen Sterilisation.

(2) § 52 Abs. 2 gilt entsprechend.

Teil 8
Aufwendungen in Todesfällen

§ 54

Todesfälle

(1) Die Kosten der Überführung der Leiche einer beihilfeberechtigten Person vom Sterbeort an den Ort der Beisetzung sind bis zur Höhe der Kosten der Überführung an den Ort der Hauptwohnung (§ 22 des Bundesmeldegesetzes vom 3. Mai 2013 – BGBl. I S. 1084 – in der jeweils geltenden Fassung) beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte Person während einer Dienstreise, einer Abordnung oder von einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes der Hauptwohnung verstirbt.

(2) Nach dem Tod einer den Haushalt allein führenden beihilfeberechtigten oder nach § 4 berücksichtigungsfähigen Person sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe in entsprechender Anwendung des § 29 bis zu sechs Monate beihilfefähig, wenn

1. mindestens eine pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Person oder ein berücksichtigungsfähiges Kind unter 15 Jahren im Haushalt verbleibt und
2. der Haushalt nicht durch eine in Nummer 1 genannte Person weitergeführt werden kann.

In Ausnahmefällen sind die Aufwendungen mit Zustimmung des für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministeriums bis zu einem Jahr beihilfefähig.

Teil 9
Aufwendungen im Ausland

§ 55
Behandlung im Ausland

(1) Die im Ausland entstehenden Aufwendungen nach den §§ 11 bis 42 a und 49 bis 53 sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einem Verbleiben am inländischen Wohnort oder am letzten früheren inländischen Dienstort der beihilfeberechtigten Person oder am diesen Orten nächstgelegenen geeigneten inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären.

(2) Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten, die im Inland entstanden wären, unter Beachtung der Höchstbeträge und Begrenzungen dieser Rechtsverordnung beihilfefähig, wenn

1. sie innerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union entstanden sind und nach den §§ 11 bis 22, 24 bis 42 a und 49 bis 53 beihilfefähig sind,
2. sie 1000,00 EUR nicht übersteigen,
3. bei in der Nähe der deutschen Grenze (30 km) wohnenden oder sich aufhaltenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss,
4. zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss; § 26 Abs. 3 Satz 2 und 3 gilt entsprechend,
5. die beihilfeberechtigte Person ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland hat; dies gilt auch für die im Haushalt lebenden Angehörigen (§ 4 Abs. 1 und 2),
6. sie bei einer Dienstreise einer beihilfeberechtigten Person entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können, oder
7. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt hat; die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union zwingend notwendig ist; die Anerkennung

der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit kurähnlichen Maßnahmen entstehen, ist ausgeschlossen.

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die nach deutschem Recht verboten sind.

§ 56

Sanatoriumsbehandlung, Anschlussheilbehandlung und Heilkur im Ausland

(1) Aufwendungen aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen nach den §§ 45 bis 47 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland sind beihilfefähig, wenn

1. bei Maßnahmen innerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union
   a) bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurorteverzeichnis-Ausland, welches das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium bekannt macht, aufgeführt ist und die Voraussetzungen des § 47 erfüllt sind sowie
   b) bei stationärer Sanatoriumsbehandlung von der beihilfeberechtigten Person nachgewiesen wird, dass die ausländische Einrichtung die Voraussetzungen des § 45 Abs. 4 erfüllt, und
2. bei Maßnahmen außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union
   a) die Voraussetzungen der Nummer 1 vorliegen,
   b) durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union zwingend notwendig ist, und
   c) die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt hat.

Fahrtkosten im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Satz 1 Nr. 1 sind nach § 48 und im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Satz 1 Nr. 2 nach § 30 beihilfefähig.

(2) Abweichend von Absatz 1 sind Aufwendungen für eine ambulante Behandlung am Toten Meer wegen Erkrankungen an Neurodermitis oder Psoriasis für beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige im Umfang des § 47 beihilfefähig, wenn

1. die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind,

2. durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht notwendig ist,
3. die Behandlung in einem der in der Anlage 7 Teil B Nr. 2 genannten Orte durchgeführt wird und
4. die Festsetzungsstelle die Behandlung vorher anerkannt hat.

Aufwendungen für Fahrtkosten einschließlich der Flugkosten für An- und Abreise sind nach § 30 beihilfefähig. Werden die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Unterkunft, Verpflegung, Flug und Transfer insgesamt pauschal in Rechnung gestellt, gilt § 23 Abs. 1 Satz 1 entsprechend.“

Teil 10
Leistungsumfang und Verfahren

§ 57
Bemessung der Beihilfen

(1) Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für

1. beihilfeberechtigte Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 LBG 50 v. H.,
2. beihilfeberechtigte Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 LBG 70 v. H.,
3. beihilfeberechtigte Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 LBG und berücksichtigungsfähige Angehörige nach § 4 Abs. 2 80 v. H. und
4. berücksichtigungsfähige Angehörige nach § 4 Abs. 1 70 v. H.

Sind zwei oder mehr Kinder nach § 4 Abs. 2 berücksichtigungsfähig, so beträgt der Bemessungssatz für Personen nach Nummer 1 70 v. H.; bei mehreren beihilfeberechtigten Personen gilt dies nur für diejenige, die den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag bezieht. Satz 2 Halbsatz 2 ist nur anzuwenden, wenn einer beihilfeberechtigten Person nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 v. H. zusteht. Beihilfeberechtigte Personen, denen vor der Elternzeit der nach Satz 2 erhöhte Bemessungssatz zustand, erhalten diesen während der Elternzeit weiter; in diesen Fällen ist eine Erhöhung des Bemessungssatzes nach Satz 2 für den anderen Elternteil ausgeschlossen. Maßgebend ist der Bemessungssatz im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

(2) In den Fällen des § 5 sind die Bemessungssätze anzuwenden, die bei eigener Antragstellung der verstorbenen Person Anwendung gefunden hätten.

(3) Für die Anwendung des Absatzes 1 gelten die Aufwendungen

1. einer Begleitperson als Aufwendungen der begleiteten Person,
2. einer Bezugsperson als Aufwendungen der behandelten Person,
3. nach § 29 als Aufwendungen der außerhäuslich untergebrachten Person,
4. für Fahrtkosten bei gemeinsamer Fahrt mehrerer beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Personen mit einem Personenkraftwagen als Aufwendungen der ältesten behandlungsbedürftigen Person,
5. nach § 49 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 bis 6 als Aufwendungen der Mutter und
6. nach § 54 Abs. 2 als Aufwendungen der ältesten verbleibenden Person.

§ 58
Abweichender Bemessungssatz

(1) Bei Mitgliedern einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB V, die den Krankenkassenbeitrag in voller Höhe selbst tragen und auf die § 9 Abs. 3 Anwendung findet, erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 v. H., wenn sie gegen ihre Krankenkasse der Höhe nach gleiche Leistungsansprüche wie Pflichtversicherte haben. Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen nach § 49 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 und § 54 sowie für Aufwendungen, die nicht zum Teil von der Krankenkasse getragen worden sind. Der Krankenkassenbeitrag gilt auch dann als in voller Höhe selbst getragen, wenn ein Rentenversicherungsträger zugunsten der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person einen Zuschuss zum Krankenkassenbeitrag von insgesamt nicht mehr als 41,00 EUR monatlich zahlt.

(2) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder für bestimmte Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 v. H., jedoch höchstens auf 90 v. H. Satz 1 gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen des § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr.

1 bis 4 SGB V erfüllt. Satz 1 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach den §§ 35 bis 42 a.

(3) Für beihilfefähige Aufwendungen von Personen, die Mitglied in der privaten Krankenversicherung sind und nach Maßgabe des § 257 SGB V einen Zuschuss zu ihren Versicherungsbeiträgen erhalten, ermäßigt sich der Bemessungssatz um 20 v. H. Satz 1 findet entsprechende Anwendung für Personen, die freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB V sind und einen Zuschuss nach § 257 SGB V zum Krankenkassenbeitrag erhalten und die Krankenkasse nachweislich keine Leistungen zu den Aufwendungen gewährt. Die Sätze 1 und 2 finden bei beihilfefähigen Aufwendungen nach den §§ 45 bis 47 und 54 keine Anwendung. § 9 Abs. 3 bleibt unberührt.

(4) Die Festsetzungsstelle kann, ausgenommen in den Fällen der §§ 35 bis 42 a, mit Zustimmung des für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministeriums den Bemessungssatz erhöhen, wenn dies zur Beseitigung einer unverschuldeten Notlage erforderlich ist.

(5) Für beihilfeberechtigte Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 LBG und ihre nach § 4 Abs. 1 berücksichtigungsfähigen Angehörigen beträgt der Bemessungssatz auf Antrag 80 v. H., wenn

1. das monatliche Gesamteinkommen bei Nichtverheirateten 1680,00 EUR und bei Verheirateten oder Lebenspartnerinnnen oder Lebenspartnern 1940,00 EUR nicht übersteigt und
2. der monatliche Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 v. H. des Gesamteinkommens übersteigt.

Über den Antrag entscheidet die Festsetzungsstelle mit Wirkung für die Zukunft durch Bescheid; die Erhöhung des Bemessungssatzes setzt eine Anpassung des Versicherungsschutzes voraus; diese ist nachzuweisen. Der nach Satz 1 erhöhte Bemessungssatz wird auf Dauer gewährt. Maßgebendes Gesamteinkommen ist das durchschnittliche Monatseinkommen der zurückliegenden zwölf Monate aus Bruttoversorgungsbezügen, Sonderzahlung, Renten, Kapitalerträgen und sonstigen laufende Einnahmen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen nach § 4 Abs. 1; Grundrenten nach dem Bundesversorgungsge-

setz, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI bleiben unberücksichtigt.

(6) In den Fällen des § 54 Abs. 1 beträgt der Bemessungssatz 100 v. H.

§ 59
Begrenzung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, einer Sachkostenversicherung für Hilfsmittel, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 11 bis 56 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe zu gewähren ist. Die Aufwendungen nach den §§ 35 bis 42 a, 47 und § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. a und Abs. 2 werden jeweils getrennt, die übrigen Aufwendungen zusammen abgerechnet. Dabei ist der Summe der mit dem Antrag geltend gemachten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen die Gesamtsumme der hierauf entfallenden Leistungen gegenüberzustellen. Hierbei werden Beihilfen nach § 36 Abs. 5 und 9 und § 49 Abs. 2 sowie Leistungen aus einer Krankentagegeld-, Pflegetagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung nicht berücksichtigt.

(2) Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet.

§ 60
Kostendämpfungspauschale

(1) Die nach Anwendung des § 59 verbleibende Beihilfe wird um die Kostendämpfungspauschale nach § 66 Abs. 4 LBG gekürzt. Die Beihilfe ist auch dann um die Kostendämpfungspauschale in voller Höhe zu mindern, wenn das Beschäftigungsverhältnis im Laufe des Kalenderjahres begründet wird oder endet. Wurde die Beihilfe für das Kalenderjahr bereits um eine dieser Vorschrift vergleichbare Kostendämpfungspauschale vom vorigen Dienstherrn gekürzt, ist diese zu berücksichtigen.

(2) Die Höhe der Kostendämpfungspauschale richtet sich nach den bei der erstmaligen Antragstellung im Kalenderjahr maßgebenden Verhältnissen. Enthält dieser Antrag auch Aufwendungen aus den Vorjahren, in denen keine Beihilfe beantragt wurde, sind auch insoweit die Verhältnisse bei der Antragstellung maßgebend.

(3) Die Kostendämpfungspauschale nach den Absätzen 1 und 2 vermindert sich um 40,00 EUR für jedes berücksichtigungsfähige Kind oder jedes Kind, das nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist.

(4) Die Beträge nach Absatz 1 werden in den Fällen von
1. Teilzeitbeschäftigung im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit und
2. begrenzter Dienstfähigkeit im Verhältnis der gezahlten Bezüge zu den Dienstbezügen bei Vollbeschäftigung

vermindert.

(5) Die Beträge bemessen sich für nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 LBG beihilfeberechtigte Personen nach § 66 Abs. 4 Satz 2 LBG. Für die Zuteilung zu den Stufen nach § 66 Abs. 4 Satz 1 LBG ist die Besoldungsgruppe maßgebend, nach der die Versorgungsbezüge berechnet sind. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für beihilfeberechtigte Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 LBG, deren Versorgungsbezügen ein Grundgehalt (Gehalt) nach einer früheren Besoldungsgruppe, eine Grundvergütung oder ein Lohn zugrunde liegt oder deren Versorgungsbezüge in festen Beträgen festgesetzt sind.

§ 61
Ausnahmen von der Kostendämpfungspauschale

(1) Die Kostendämpfungspauschale entfällt

1. bei Personen, die Anwärterbezüge erhalten,
2. bei beihilfeberechtigten Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 LBG in dem Kalenderjahr, in dem der Anspruch entsteht,
3. bei beihilfeberechtigten Personen nach § 66 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 LBG,
4. bei beihilfeberechtigten Personen, die Mitglied einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB V sind, und
5. bei beihilfeberechtigten Personen, die den nach § 60 Abs. 2 maßgebenden Antrag während der Elternzeit stellen und zu diesem Zeitpunkt nicht nach § 75 Abs. 1 LBG beschäftigt sind.

(2) § 60 gilt nicht für Beihilfen, die zu Aufwendungen

1. in den Fällen des § 9 Abs. 2 Nr. 1,
2. nach § 33 Abs. 1 Nr. 1 Halbsatz 2,
3. bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§§ 35 bis 42 a),
4. nach den §§ 43 und 44 und
5. für die Schwangerschaftsüberwachung und die ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik (§ 49 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 2) sowie für im Zusammenhang mit der Schwangerschaft verordnete Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen (§ 21)

gezahlt werden. Ausgenommen von der Kostendämpfungspauschale sind außerdem Pauschalbeihilfen nach § 36 Abs. 5 und 9 und § 49 Abs. 2.

§ 62
Verfahren

(1) Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit von Aufwendungen nach § 8 entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann sich zur Prüfung der Notwendigkeit und Angemessenheit der geltend gemachten Aufwendungen Dritter bedienen. Dafür entstehende Kosten trägt die Festsetzungsstelle. Die Festsetzungsstelle hat die mit der Prüfung beauftragten Dritten sorgfältig auszuwählen und in schriftlicher Form zur Verschwiegenheit zu verpflichten. Zudem hat sie in geeigneter Weise auf die Einhal-

tung der Verschwiegenheitspflicht hinzuwirken. Die Zusammenarbeit ist unverzüglich zu beenden, wenn die Einhaltung der Verschwiegenheit durch den Dritten nicht gewährleistet ist. Mit Ausnahme der Prüfung gemäß § 66 Abs. 5 Satz 2 Nr. 4 LBG ist vor der Weitergabe persönlicher Daten an Dritte das Einverständnis der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person einzuholen.

(2) In den Fällen der §§ 35 bis 42 a entscheidet die Festsetzungsstelle über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit, der Zuordnung in einen Pflegegrad und der Art und dem notwendigen Umfang der Pflege Stellung nimmt. Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist aufgrund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(3) In den Fällen des § 45 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, § 47 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 und Abs. 4 Nr. 2, § 48 Satz 3 Nr. 2, § 55 Abs. 2 Nr. 7, § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchst. b, § 62 Abs. 2 Satz 3 und der Anlage 1 holt die Festsetzungsstelle ein amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten ein. Die Ergebnisse der Untersuchung sind der beauftragenden Festsetzungsstelle mitzuteilen.

(4) Beihilfen werden auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der beihilfeberechtigten Personen gewährt. Hierfür sind im unmittelbaren Landesdienst die von der Festsetzungsstelle, im Übrigen die von der obersten Dienstbehörde bestimmten Formblätter zu verwenden; dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 93 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch. Eine elektronische Antragstellung und elektronische Übermittlung der Belege ist nur möglich, wenn die Festsetzungsstelle dies zulässt; eine Antragstellung durch Telefax ist nicht zulässig. Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen; Kopien oder Zweitschriften sind grundsätzlich ausreichend. Auf Verlangen der Festsetzungsstelle sind Originalbelege vorzulegen. Die Festsetzungsstelle kann mit Einwilligung der beihilfeberechtigten Person oder der berücksichtigungsfähigen Person bei dem Urheber des Beleges Auskunft über die Echtheit einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen.

(5) Die Belege über Aufwendungen im Ausland müssen grundsätzlich den im Inland geltenden Anforderungen entsprechen. Für Belege, die nicht in einer Amtssprache eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union abgefasst sind, ist eine Übersetzung beizufügen, die bei Aufwendungen von mehr als 500,00 EUR beglaubigt sein muss; die Kosten hierfür sind nicht beihilfefähig. Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage des Eingangs des Beihilfeantrags bei der Festsetzungsstelle geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.

(6) Über die beantragte Beihilfe wird von der Festsetzungsstelle durch schriftlichen oder elektronischen Bescheid (Beihilfebescheid) entschieden. Der Beihilfebescheid kann vollständig durch automatisierte Einrichtungen erlassen werden, sofern kein Anlass besteht, den Einzelfall durch Amtsträger zu bearbeiten. In den Fällen einer elektronischen Antragstellung werden den unmittelbaren Landesbeamtinnen und Landesbeamten die Bescheide ausschließlich zum Datenabruf durch Datenfernübertragung bereitgestellt. Für den Abruf hat sich die abrufberechtigte Person zu authentifizieren. Im Falle einer elektronischen Bescheidung gilt der Verwaltungsakt am dritten Tag, nachdem die elektronische Benachrichtigung über die Bereitstellung des Verwaltungsakts zum Abruf an die abrufberechtigte Person abgesendet wurde, als bekannt gegeben. Bei elektronischer Antragstellung und Bescheidung ist, unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der Technik, sicherzustellen, dass die Vertraulichkeit und Integrität personenbezogener Daten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträger gewahrt wird. Im Falle der elektronischen Speicherung der Belege durch die Festsetzungsstelle erfolgt keine Rücksendung der Belege. Diese sind unverzüglich, spätestens jedoch nach drei Monaten nach Eingang bei der Festsetzungsstelle, zu vernichten.

(7) Die Gewährung von einmaligen Unterstützungen zu beihilfefähigen Aufwendungen ist unzulässig.

(8) Ist eine nach diesen Bestimmungen erforderliche vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, so kann eine Beihilfe nur gewährt werden, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und festgestellt wird, dass die sachlichen Voraussetzungen

für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit vorgelegen haben. Dies gilt nicht für die Fälle der §§ 45, 47 und 55 Abs. 2 Nr. 7 und des § 56.

(9) Für unmittelbare Landesbeamtinnen und Landesbeamte ist die Direktabrechnung zwischen Festsetzungsstelle und zugelassenen Krankenhäusern über Beihilfe für stationäre Krankenhausleistungen zulässig, wenn das Land eine Rahmenvereinbarung über die Direktabrechnung abgeschlossen hat oder einer entsprechenden Rahmenvereinbarung des Bundes beigetreten ist. Dies gilt für mittelbare Landesbeamtinnen und Landesbeamte von Dienstherrn nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 und 3 LBG und deren Festsetzungsstellen entsprechend, wenn der Dienstherr einer der vorgenannten Rahmenvereinbarungen beigetreten ist. Die Direktabrechnung setzt einen Antrag der beihilfeberechtigten Person auf Beihilfe mit Direktabrechnung voraus. Sie ermächtigt damit die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an das Krankenhaus zu zahlen. Der Beihilfebescheid ist der beihilfeberechtigten Person bekanntzugeben. Ersatzansprüche gegen das Krankhaus infolge unrichtiger Abrechnung werden nach vorangegangener Direktabrechnung gemäß § 72 Abs. 2 LBG übergeleitet. Bei elektronischer Direktabrechnung ist, unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der Technik, sicherzustellen, dass die Vertraulichkeit und Integrität personenbezogener Daten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträger gewahrt wird und die Authentizität der an der Übermittlung beteiligten Stellen jederzeit überprüft und festgestellt werden kann.

§ 63

Auszahlung der Beihilfe, Direktabrechnung und Abschlagszahlungen

(1) Die Auszahlung der Beihilfe an unmittelbare Landesbeamtinnen und Landesbeamte erfolgt auf das Bezügekonto oder, wenn ein solches nicht vorhanden ist, auf ein von der beihilfeberechtigten Person benanntes Konto. Nach dem Tod der beihilfeberechtigten Person kann Beihilfe für Aufwendungen bis zum Tod mit befreiender Wirkung auch auf das Konto nach Satz 1 gezahlt werden.

(2) Die Festsetzungsstelle kann die Beihilfe – gegebenenfalls im Rahmen eines elektronischen Datenaustauschverfahrens – direkt an einen Leistungserbringer oder

von diesem beauftragten Rechnungssteller zahlen (Direktabrechnung). Die Direktabrechnung

1. ohne elektronischen Datenaustausch ist nur zulässig bei stationären Krankenhausleistungen von zugelassenen Krankenhäusern, wenn das Land für die unmittelbaren Landesbeamtinnen und Landesbeamten eine Rahmenvereinbarung über die Direktabrechnung abgeschlossen hat oder einer entsprechenden Rahmenvereinbarung des Bundes beigetreten ist; dies gilt für mittelbare Landesbeamtinnen und Landesbeamte von Dienstherrn nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 und 3 LBG und deren Festsetzungsstellen entsprechend, wenn der Dienstherr einer der vorgenannten Rahmenvereinbarungen beigetreten ist;
2. mit elektronischem Datenaustausch ist nur zulässig, wenn unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der Technik sichergestellt ist, dass die Vertraulichkeit und Integrität personenbezogener Daten bei der elektronischen Übertragung oder während ihres Transports oder ihrer Speicherung auf Datenträger gewahrt wird und die Authentizität der an der Übermittlung beteiligten Stellen jederzeit überprüft und festgestellt werden kann und die Festsetzungsstelle den Datenaustausch und die Direktabrechnung zulässt.

Voraussetzung für die Direktabrechnung – gegebenenfalls im Rahmen eines elektronischen Datenaustauschverfahrens – ist, dass

1. die beihilfeberechtigte Person die Direktabrechnung beantragt,
2. die beihilfeberechtigte Person in die unmittelbare Zahlung der Beihilfe von der Festsetzungsstelle an den Leistungserbringer oder dessen Rechnungssteller einwilligt,
3. die behandelte beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person den Leistungserbringer oder den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle, soweit dies zur Prüfung des Zahlungsanspruches erforderlich ist, im Einzelfall von der ärztlichen Schweigepflicht entbindet und
4. die beihilfeberechtigte Person sich bereit erklärt, dass die Festsetzungsstelle abrechnungsrelevante Fragen unmittelbar mit dem Leistungserbringer oder dessen Rechnungssteller klärt sowie
5. im Falle eines Datenaustausches die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person in die Datenverarbeitung einwilligt.

Auch bei einer Direktabrechnung ist der beihilfeberechtigten Person der Beihilfebescheid bekanntzugeben. Ersatzansprüche gegen Leistungserbringer oder den Rech-

nungssteller infolge unrichtiger Abrechnung werden nach vorangegangener Direktabrechnung gemäß § 72 Abs. 2 LBG übergeleitet.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 kann die Festsetzungsstelle die Beihilfe in den Fällen des § 2 Satz 4 und des § 93 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder auf Antrag der beihilfeberechtigten Personen in begründeten Ausnahmefällen auch an Dritte, die keine Leistungserbringer oder Rechnungssteller sein müssen, auszahlen.

(4) Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag auf eine zu erwartende Beihilfe angemessene Abschlagszahlungen leisten. Sind Beihilfen nach § 36 Abs. 5 und 9 oder § 39 zu gewähren, sind für die Dauer von jeweils sechs Monaten Abschläge zu zahlen.

§ 64
Antragsfrist

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen erlischt, wenn der Anspruch nicht innerhalb von zwei Jahren nach der Entstehung der Aufwendungen bei der zuständigen Festsetzungsstelle geltend gemacht wird, jedoch nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach der ersten Ausstellung einer Rechnung. Für den Beginn der Frist ist

1. bei Aufwendungen nach § 33 Abs. 1 Nr. 1 für das von der Spenderin oder dem Spender nachgewiesene ausgefallene Arbeitseinkommen und des von der Arbeitgeberin oder dem Arbeitgeber der Spenderin oder des Spenders fortgezahlten Entgeltes, der letzte Tag des Jahres, in dem die Transplantation oder gegebenenfalls der Versuch einer Transplantation erfolgte,
2. bei Beihilfen nach § 36 Abs. 5 Satz 1 und Abs. 9 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde,
3. bei Aufwendungen nach § 47 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 der Tag nach Beendigung der Heilkur und
4. bei Beihilfen nach § 49 Abs. 2 der Tag der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt

maßgebend. Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem ersten Tag des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

§ 65
Verwaltungsvorschriften

Die zur Durchführung dieser Verordnung erforderlichen Verwaltungsvorschriften erlässt das für das finanzielle öffentliche Dienstrecht zuständige Ministerium im Einvernehmen mit dem für das allgemeine öffentliche Dienstrecht zuständigen Ministerium.

Teil 11
Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 66
Übergangsbestimmungen

(1) Artikel 2 Abs. 3 der Zwölften Landesverordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung vom 1. März 1993 (GVBl. S. 145) und Artikel 2 Abs. 3 der Dreizehnten Landesverordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung vom 23. Juni 1997 (GVBl. S. 190) sind weiter anzuwenden.

(2) Anspruch auf Beihilfen nach § 25 haben beihilfeberechtigte Personen, die

1. vor dem 1. August 2011 nach dem bisherigen § 5 a Abs. 2 der Beihilfenverordnung (§ 67 Abs. 2 Nr. 1) wirksam erklärt haben, oder
2. bis zum Ablauf des 30. Juni 2012 gegenüber der Festsetzungsstelle erklären,

dass sie für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen in Anspruch nehmen wollen. § 25 Abs. 1 Satz 3 findet in den Fällen der Nummer 2 keine Anwendung.

(3) Auf beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, für die ein Rentenversicherungsträger einen eigenen Beitrag zur Krankenversicherung der Rentner von insgesamt nicht mehr als 41,00 EUR monatlich zahlt und infolgedessen der Bemessungssatz nach § 58 Abs. 1 Satz 3 in der bis zum 30. September 2018 geltenden Fassung erhöht wurde, ist § 58 Abs. 1 Satz 3 in der bis zum 30. September 2018 geltenden Fassung bis zur erstmaligen Überschreitung des Grenzbetrags weiter anzuwenden.

§ 67
Inkrafttreten

(1) Die Verordnung tritt am 1. August 2011 in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten außer Kraft:

1. die Beihilfenverordnung in der Fassung vom 1. August 2006 (GVBl. S. 303, 362), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 15. September 2009 (GVBl. S. 333), BS 2030-1-50, mit Ausnahme ihres § 1 Abs. 9 und ihres § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2, die mit Ablauf des 31. Dezember 2016 außer Kraft treten,
2. die Verwaltungsvorschrift „Psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung“ vom 17. Januar 2002 (MinBl. S. 271; 2007 S. 668),
3. die Verwaltungsvorschrift „Beihilfefähigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Körperersatzstücke“ vom 28. November 2006 (MinBl. S. 274),
4. die Verwaltungsvorschrift „Beihilfefähigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen für Heilbehandlungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 8 der Beihilfenverordnung“ vom 26. September 2001 (MinBl. S. 428, 439; 2006 S. 176), geändert durch Verwaltungsvorschrift vom 31. Januar 2004 (MinBl. S. 130, 165), und
5. die Verwaltungsvorschrift „Ausschluss wissenschaftlich nicht allgemein anerkannter Behandlungsmethoden von der Beihilfefähigkeit“ vom 31. Januar 2004 (MinBl. S. 130, 165; 2009 S. 290), geändert durch Verwaltungsvorschrift vom 13. Mai 2008 (MinBl. S. 184).

Anlage 1

(zu § 8 Abs. 7)

Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

1. Völliger Ausschluss

Die Aufwendungen für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen:

A

- Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (z. B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- Atlastherapie nach Arlen
- Autohomologe Immuntherapien (z. B. ACTI-Cell-Therapie)
- Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
- Ayurvedische Behandlungen, z. B. nach Maharishi

B

- Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr
- Biophotonen-Therapie
- Bioresonatorentests
- Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- Bogomoletz-Serum
- Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Prof. Barraquer
- Bruchheilung ohne Operation

C

- Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- Computergestützte mechanische Distraktionsverfahren zur nichtoperativen segmentalen Distraktion an der Wirbelsäule
- Computergestütztes Gesichtfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung
- Cytotoxologische Lebensmitteltests

D

- DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung)

E

- Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
- Elektro-Neural-Diagnostik
- Epidurale Wirbelsäulen-Kathetertechnik nach Professor Racz

F

- Frischzellentherapie

G

- Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (z. B. Bioresonanztherapie, Decoderdermografie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik -BFD-, Mora-Therapie)
- Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität

H

- Heileurythmie
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung
- Hornhautimplantation, refraktiv zur Korrektur der Presbyopie

I

- Immuno-augmentative Therapie (IAT)
- Immunseren (Serocytol-Präparate)
- Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nicht ionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (z. B. Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne)

K

- Kinesiologische Behandlung
- Kirlian-Fotografie
- Kombinierte Serumtherapie (z. B. Wiedemann-Kur)
- Konduktive Förderung nach Petö, sofern nicht als pädagogische Maßnahme bereits von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie
- Laser-Behandlung von Nagelmykose

M

- Modifizierte Eigenblutbehandlung (z. B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin, Orthokin-Therapie) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen der Patientin oder des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z. B. Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)

N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

- Photodynamische Lasertherapie in der Parodontologie
- Psycotron-Therapie
- Pulsierende Signaltherapie (PST)
- Pyramidenenergiebestrahlung

R

- Regeneresen-Therapie
- Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
- Rolfing-Behandlung

S

- Schwingfeld-Therapie
- Sipari-Therapie

T

- Thermoregulationsdiagnostik
- Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophie
- Trockenzellentherapie

V

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z

- Zellmilieu-Therapie

2. Teilweiser Ausschluss

Die Aufwendungen für folgende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind nur unter den genannten Voraussetzungen beihilfefähig:

- **Chelat-Therapie**

  Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei schwerwiegender Schwermetallvergiftung, Morbus Wilson (Kupferspeicherkrankheit) und Siderosen (Eisenspeicherkrankheit). Aufwendungen für alternative Schwermetallausleitungen gehören nicht zur Behandlung von Schwermetallvergiftungen.

- **Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)**

  Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, diabetischem Fußsyndrom (ab Wagner Stadium II), peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.

- **Hyperthermie-Behandlung**

  Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Geschwulstbehandlung.

- **Klimakammerbehandlungen**

  Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle aufgrund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- **Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur**

  Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z. B. Aludrin.

- **Magnetfeldtherapie**

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

- **Ozontherapie**

  Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusserkrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

- **Stoßwellentherapie**

  –**Fokussierte Extracorporale Stoßwellentherapie (f-ESWT)**

  Die Aufwendungen sind im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich nur beihilfefähig bei Behandlung der Tendinosis calcarea, der Pseudarthrose, der therapieresistenten Achillessehnenentzündung (therapierefraktäre Achillodynie), der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis oder der Fasziitis plantaris. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der f-ESWT sind Gebühren nach der Nummer 1800 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

  –**Radiale Stoßwellentherapie (r-ESWT)**

  Die Aufwendungen sind im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich nur beihilfefähig bei Behandlung der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der r-ESWT sind Gebühren nach der Nummer 302 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

- **Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)**

  Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird Anlage 3 lfd. Nr. 4 bis 6 zugeordnet.

- **Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten**

  Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebserkrankungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

- **Visus verbessernde Maßnahmen**

  a) Austausch natürlicher Linsen

  Bei einem Austausch der natürlichen Augenlinse zur Behandlung einer Katarakterkrankung sind die Aufwendungen für die künstliche Linse nur bis zu 300,00 EUR pro Auge beihilfefähig. Abweichend hiervon sind bei einem Austausch der natürlichen Augenlinse zur reinen Verbesserung des Visus die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn eine Verbesserung des Visus durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher oder sonstiger fachärztlicher Feststellung objektiv nicht möglich ist.

  b) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung

  Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher oder sonstiger fachärztlicher Feststellung objektiv nicht möglich ist.

  c) Implantation einer additiven Linse, auch Add-on-Intraokularlinse

  Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation unerlässlich ist und auf keinem anderen Weg eine Verbesserung des Visus erreicht werden kann.

  d) Implantation einer phaken Intraokularlinse

  Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation unerlässlich ist und auf keinem anderen Weg eine Verbesserung des Visus erreicht werden kann.

  Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Behandlungen nach Buchstabe a Satz 2 und den Buchstaben b bis d ist die schriftliche Anerkennung der Festsetzungsstelle vor Aufnahme der Behandlung.

Anlage 2

(zu den §§ 17 bis 20)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

Abschnitt 1

Psychotherapeutische Leistungen

1. Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für:
   - Familientherapie,
   - Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs,
   - Gesprächspsychotherapie (z. B. nach Rogers),
   - Gestalttherapie,
   - Körperbezogene Therapie,
   - Konzentrative Bewegungstherapie,
   - Logotherapie,
   - Musiktherapie,
   - Heileurhythmie,
   - Psychodrama,
   - Respiratorisches Biofeedback,
   - Transaktionsanalyse.
2. Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 17 bis 20 a gehören:
   - Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind,
   - Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Familien-, Lebens-, Paar- und Sexualberatung,
   - heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie
   - 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 von einer Fachärztin oder einem Facharzt für
   - Allgemeinmedizin,

- Augenheilkunde,
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Innere Medizin,
- Kinder- und Jugendmedizin,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Neurologie,
- Phoniatrie und Pädaudiologie,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- Urologie

durchgeführt wird.

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

   durchgeführt wird und diese Person über Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung der entsprechenden Interventionen verfügt.

Abschnitt 3

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person folgende fachliche Befähigung haben:
   - Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
   - Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
   - Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
   - Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychotherapie – fachgebunden –“ oder „Psychoanalyse“.

   Personen mit folgender fachlicher Befähigung
   - Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
   - Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder
   - Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie
   - Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychotherapie – fachgebunden –“

   können nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte) erbringen.

2. Wird die Behandlung von einer nicht-ärztlich tätigen Therapeutin oder einem nicht-ärztlich tätigen Therapeuten durchgeführt, muss diese Person folgende Befähigung haben:
   a) bei Behandlung von Erwachsenen:
      - Psychotherapeutin oder Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren oder

- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und

b) bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen:

- Psychotherapeutin oder Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

Kinder in diesem Sinne sind Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben; Jugendliche sind Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ausnahmsweise auch dann zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolgs bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann. Grundsätzlich gelten Personen ab 18 Jahren als Erwachsene.

Abschnitt 4
Verhaltenstherapie

1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person folgende fachliche Befähigung haben:
   - Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
   - Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
   - Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
   - Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychotherapie – fachgebunden –“ oder „Psychoanalyse“.

   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. Wird die Behandlung von einer nicht-ärztlich tätigen Therapeutin oder einem nicht-ärztlich tätigen Therapeuten durchgeführt, muss diese Person folgende Befähigung haben:
   a) bei Behandlung von Erwachsenen:
      - Psychotherapeutin oder Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren oder
      - Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und
   b) bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen:
      - Psychotherapeutin oder Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
      - Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder
      - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.

   Abschnitt 3 Nr. 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

Abschnitt 5
Systemische Therapie

1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person folgende fachliche Befähigung haben:
   - Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
   - Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
   - Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie

   mit erfolgreicher Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie.

2. Wird die Behandlung von einer nicht-ärztlich tätigen Therapeutin oder einem nicht-ärztlich tätigen Therapeuten durchgeführt, muss diese Person folgende Befähigung haben:

- Psychotherapeutin oder Psychotherapeut mit einer Weiterbildung in diesem Verfahren,
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren oder
- Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder Abschnitt 4 und einer Zusatzqualifikation für dieses Verfahren.

Abschnitt 6

Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

Leistungen der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach Abschnitt 3 Nr. 1 und 2 Satz 1 Buchst. a, Abschnitt 4 Nr. 1 und 2 Satz 1 Buchst. a sowie Abschnitt 5 mit entsprechenden Kenntnissen und Erfahrungen in diesem Verfahren durchgeführt wird.

Abschnitt 7

Formblätter

Für die Durchführung des Voranerkennungsverfahrens nach § 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 sind die nachfolgenden Formblätter zu verwenden:

Formblatt 1

Absenderangabe der Festsetzungsstelle

(Anschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person)

Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (BVO);
hier: Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen

Anlagen
- Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulante Psychotherapie -Formblatt 2- (2-fach)
- Schweigepflichtentbindung -Formblatt 3- (2-fach)
- Bescheinigung der Therapeutin/des Therapeuten -Formblatt 4- (2-fach)
- Bericht an die Gutachterin/den Gutachter -Formblatt 5- (2-fach)
- Konsiliarbericht -Formblatt 6- (2-fach)

<Anrede>

als Anlage übersende ich die von Ihnen erbetenen Antragsunterlagen auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung. Die Beihilfefähigkeit der Behandlungskosten kann ich jedoch erst anerkennen, nachdem mir ein Gutachten vorliegt, welches Notwendigkeit, Art und Umfang der beabsichtigten Therapie bestätigt.

Für die Bearbeitung Ihres Antrages und die Einleitung des Gutachterverfahrens bitte ich Folgendes zu veranlassen beziehungsweise zu beachten:

1. Das Formblatt 2 (Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Psychotherapie) ist von Ihnen und das Formblatt 3 (Schweigepflichtentbindung) ist von der Patientin/dem Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter jeweils 2-fach auszufüllen.

2. Das Formblatt 4 in 2-facher Ausfertigung und das Formblatt 5 (Bericht für die Gutachterin/den Gutachter) ist von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Therapeutin/dem behandelnden Therapeuten (nachfolgend Therapeutin oder Therapeut genannt) auszufüllen. Der Konsiliarbericht (Formblatt 6) ist, soweit erforderlich, auch auszufüllen. Jeweils eine Ausfertigung der Formblätter 4 und 5 und ggf. das Formblatt 6 sind von der Therapeutin/dem

Therapeuten in einen verschlossenen Umschlag zu geben. Auf dem verschlossenen Umschlag ist mein o. g. Aktenzeichen aufzuführen.

Die Formblätter 4, 5 und ggf. 6 dürfen sich nur 1-fach in dem verschlossenen Umschlag befinden, da der verschlossene Umschlag ungeöffnet an die Gutachterin/den Gutachter weitergeleitet wird.

3. Jeweils eine Ausfertigung des Formblatts 2 (Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Psychotherapie), des Formblatts 3 (Schweigepflichtentbindung) und des Formblatts 4 sowie der verschlossene Umschlag sind an die Beihilfefestsetzungsstelle zu übersenden.

Nach Eingang der erbetenen Unterlagen werde ich die Erstellung des Gutachtens veranlassen.

<Schlussformel>

Formblatt 2

Absenderangabe der beihilfeberechtigten Person:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	Postleitzahl Wohnort	
Personalnummer	Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)	

(Anschrift der Festsetzungsstelle)

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Psychotherapie

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie für folgende Person:

☐ beihilfeberechtigte Person

☐ berücksichtigungsfähige Angehörige/berücksichtigungsfähiger Angehöriger.

Name	Vorname	Geburtsdatum

Ort, Datum	Unterschrift der beihilfeberechtigten Person

Formblatt 3

Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)

Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige	Frau/Herrn

der Fachgutachterin/dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde sie/ihn von der Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin/der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten oder der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters

Formblatt 4

Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)

I. Bescheinigung der Therapeutin oder des Therapeuten (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?
Angabe der Diagnose: _____

2. Liegt zusätzlich eine geistige Behinderung mit einer Diagnose nach F70-F79 (ICD-10-GM) vor?
- □ Nein
- □ Ja; Angabe der Diagnose _____

3. Welcher Art ist die Psychotherapie?
- □ Erstbehandlung □ Verlängerung oder Folgebehandlung

- □ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- □ Analytische Psychotherapie
- □ Verhaltenstherapie
- □ Systemische Therapie

- □ für Erwachsene □ für Kinder und Jugendliche

4. Wurde bereits früher eine Psychotherapie durchgeführt?
- □ Nein
- □ Ja; von_____ bis _____ mit folgender Anzahl an Sitzungen _____

5. Welche Anwendungsform ist geplant und mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?
- □ ausschließlich Einzelbehandlung mit _____ Einzelsitzungen
- □ ausschließlich Gruppenbehandlung mit _____ Gruppensitzungen
- □ Kombinationsbehandlung mit
  - □ überwiegend Einzelbehandlung
    mit _____ Einzelsitzungen und _____ Gruppensitzungen
  - □ überwiegend Gruppenbehandlung
    mit _____ Einzelsitzungen und _____ Gruppensitzungen
  - □ die Kombinationsbehandlung wird durch zwei Therapeuten durchgeführt
    (In diesen Fällen muss jeweils jede Therapeutin/jeder Therapeut dieses Formblatt ausfüllen.)

6. Werden Bezugspersonen in die Sitzungen einbezogen?
- □ Nein
- □ Ja; Anzahl der Sitzungen _____

7. Gebührenziffer(n) und Gebührenhöhe?
Gebührenziffer(n): _____
Gebührenhöhe je Sitzung: _____

II. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie (Zutreffendes bitte ankreuzen!)

1. Ärztinnen und Ärzte

□ Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
□ Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
□ Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

□ Ärztin/Arzt mit folgender Zusatzbezeichnung:
□ Psychotherapie
verliehen: □ **vor** dem 1. April 1984
□ **nach** dem 1. April 1984
□ Psychotherapie – fachgebunden –
□ Psychoanalyse

□ Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
□ Schwerpunkt Verhaltenstherapie
□ Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie

Eine Berechtigung zur Behandlung
□ in Gruppen
□ von Kindern und Jugendlichen
liegt vor.

2. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten

□ Psychotherapeutin/Psychotherapeut
□ Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
□ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut

mit Weiterbildung beziehungsweise vertiefter Ausbildung für folgendes anerkanntes Behandlungsverfahren
□ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
□ Analytische Psychotherapie
□ Verhaltenstherapie
□ Systemische Therapie

bei □ Erwachsenen, bei □ Kindern und Jugendlichen, in □ Gruppen.

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Therapeutin/des Therapeuten

Formblatt 5

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als VERTRAULICHE ARZTSACHE gekennzeichneten Umschlag der Beihilfefestsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Gutachterin/den Gutachter zu übersenden.
Absender Name und Anschrift der Therapeutin/des Therapeuten

Bericht an die Gutachterin/den Gutachter zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Angaben über die Patientin/den Patienten

Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)			Familienstand
Geburtsdatum	Geschlecht	Beruf	

II. Angaben über die Behandlung

Art der vorgesehenen Therapie
Datum des Therapiebeginns
Angaben zur Behandlung (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl und Behandlungsfrequenz seit Therapiebeginn
Angaben zur voraussichtlich noch erforderlichen Behandlung (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl und Behandlungsfrequenz

III. Bericht der Therapeutin/des Therapeuten zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie
Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.
Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:

1. **Spontanangaben** der Patientin/des Patienten zu ihrem/seinem Beschwerdebild, dem bisherigen Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. von wem veranlasst? Therapieziele der Patientin/des Patienten (bei Kindern und Jugendlichen auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer/psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlussbericht beifügen.

2. **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung/Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stimmungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. Bei Kindern und Jugendlichen auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts.
Psychopathologischer Befund (z. B. Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).

3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung oder mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) in der jeweils geltenden Fassung bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?

4. **Biografische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin/des Patienten in ihrer/seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit

Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei Kindern und Jugendlichen auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, soweit sie die Psychodynamik plausibel macht.

5. **Psychodynamik der neurotischen Erkrankung:** Wie haben sich Biografie, Persönlichkeitsstruktur, Entwicklung intrapsychischer unbewusster Verarbeitungsweisen und spezifische Belastungscharakteristik einer auslösenden Situation so zu einer pathogenen Psychodynamik verdichtet, dass die zur Behandlung kommende psychische oder psychisch bedingte Störung hieraus resultiert? Auch wenn die zur Behandlung anstehenden Störungen chronischer Ausdruck einer neurotischen Entwicklung sind, ist darzulegen, welche Faktoren jetzt psychodynamisch relevant zur Dysfunktionalität oder Dekompensation geführt haben.
   Bei Kindern und Jugendlichen: Die aktuelle, neurotische Konfliktsituation muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und interpersonellem Aspekt. Bei strukturellen Ich-Defekten auch deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf die o. g. Konflikte. Ggf. Schilderung krankheitsrelevanter, familiärer dynamischer Faktoren.

6. **Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:** Ableitung der Diagnose auf symptomatischer und/oder struktureller Ebene aus der Psychodynamik, inklusive differentialdiagnostischer Erwägungen.

7. **Behandlungsplan,** indikative Begründung für die beantragte Behandlungsform unter Berücksichtigung der Definitionen von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie und der Darlegung realisierbar erscheinender Behandlungszielsetzung. Die Sonderformen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wie niederfrequente Therapie sind, bezogen auf die Therapiezielsetzungen, besonders zu begründen. Spezielle Indikation für Gruppentherapie. Es muss in jedem Fall ein Zusammenhang nachvollziehbar dargestellt werden zwischen der Art der zur Behandlung kommenden Erkrankung, der Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und dem Therapieziel, das unter Berücksichtigung der jeweils begrenzten Behandlungsvolumina als erreichbar angesehen wird.

8. **Prognostische Einschätzung,** bezogen auf die Therapiezielsetzungen mit Begründung durch Beurteilung des Problembewusstseins der behandelten Person und ihrer Verlässlichkeit, ihrer partiellen Lebensbewältigung, sowie ihrer Fähigkeit oder Tendenz zur Regression, ihrer Flexibilität und ihren Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei Kindern und Jugendlichen auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten der behandelten Person, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. Evtl. Ergänzungen zum Erstbericht, zur Diagnose und Differential-Diagnostik.

2. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs, insbesondere der Bearbeitung der individuellen, unbewussten pathogenen Psychodynamik, Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und des Arbeitsbündnisses. Bei Kindern und Jugendlichen auch beispielhafte Spielsequenzen und Art der Einbeziehung der Therapeutin/des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit der behandelten Person, ihre Regressionsfähigkeit oder -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. Bei Kindern und Jugendlichen Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.

3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme der Patientin/des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten der behandelten Person, ihre Störungen in der Gruppe zu bearbeiten.

4. Änderungen des Therapieplans mit Begründung.

5. Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf mit Begründung des wahrscheinlich noch notwendigen Behandlungsvolumens und der Behandlungsfrequenz unter Bezug auf die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin/des Patienten und Berücksichtigung evtl. krankheitsfixierender Umstände.

IV. Bericht der Therapeutin/des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Klagen der Patientin/des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten, ggf. auch Bericht der Angehörigen/Bezugspersonen der Patientin/des Patienten. (Warum kommt die Patientin/der Patient zu eben diesem Zeitpunkt?)

2. **Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin/des Patienten und Krankheitsanamnese:**
   a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.
   b) Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.
   c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.
   d) Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist. Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant/stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.

   Bei Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen sind möglichst auch für die Verhaltensanalyse relevante Angaben zur lerngeschichtlichen Entwicklung der Bezugspersonen zu machen.

3. **Psychischer Befund:** (Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)
   a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.
   b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
   c) Psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der anamnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).

4. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin/einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung oder mit einer Approbation nach § 12 des Psychotherapeutengesetzes in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1604) in der jeweils geltenden Fassung bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?

5. **Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltensexzessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.
Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik.
Beschreibung von Verhaltensaktiva und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik der Patientin/des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.

6. **Diagnose:** Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.

7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.

8. **Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen, auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander, mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Bei Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen: Soll bei einer begleitenden Behandlung der Bezugspersonen vom Regelverhältnis 1:4 abgewichen werden, muss dies begründet werden. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. **Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1, 2, 3 und 5 des Erstberichtes:** Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen der Patientin/des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose oder Differentialdiagnose.

2. **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, ggf. neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit der Patientin/des Patienten und ggf. der Bezugspersonen.

3. **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und ggf. Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen der Patientin/des Patienten.

Ort, Datum	Unterschrift und Stempel der Therapeutin/des Therapeuten

Formblatt 6

Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie

(Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.)

auf Veranlassung von Name der Therapeutin/des Therapeuten

Patient Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)

□ Aufgrund ärztlicher Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung.

□ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich.

Art der Maßnahme:
Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):
Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:
Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:
Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stationär/ambulant (z. B. laufende Medikation):
Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:
Befunde, die eine psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erforderlich machen, liegen vor:

□ Psychiatrische beziehungsweise kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist
□ erfolgt. □ veranlasst.

Folgende ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig:
Folgende ärztliche Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst:

Ausstellungsdatum	Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Formblatt 7

Absenderangabe der Festsetzungsstelle

(Anschrift der Gutachterin/des Gutachters)

Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (BVO);
hier: Psychotherapie-Gutachten

Anlagen:
- Formblätter 4, 5 und 6 (Bescheinigung und Bericht der Therapeutin/des Therapeuten in einem verschlossenen Umschlag)
- 1 Freiumschlag
- 3 Formulare (Formblätter 8.1, 8.2 und 8.3) zur Erstellung des Gutachtens

<Anrede>

ich bitte um gutachterliche Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung

Pseudonymisierungscode:

Der Bericht und die Bescheinigung der behandelnden Ärztin/Therapeutin oder des behandelnden Arztes/Therapeuten sind in einem verschlossenen Umschlag beigefügt.

Bei Folge- oder Verlängerungsgutachten:

□ Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt	Gutachten vom:	Anzahl der Sitzungen
Name der Gutachterin/des Gutachters		

Eine Schweigepflichtentbindung, mit der die Patientin/der Patient die Ärztin/den Arzt oder die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeutin oder Therapeut genannt) ermächtigt, der Fachgutachterin/dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und sie/ihn von der Schweigepflicht der Therapeutin/des Therapeuten entbindet und sich damit einverstanden erklärt, dass die Fachgutachterin/der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist, liegt der Festsetzungsstelle vor.

Wenn Sie trotz des pseudonymisierten Antragsverfahrens meinen, die Patientin/den Patienten zu kennen oder sich gegenüber der Therapeutin/dem Therapeuten befangen fühlen, lehnen Sie den Auftrag bitte ab.

Bitte senden Sie mir unter Verwendung der beiliegenden Formulare

- Ihr Gutachten (Formblatt 8.1),
- die Ausfertigung Ihres Gutachtens für die Therapeutin/den Therapeuten (Formblatt 8.2) in einem als vertrauliche Gutachtersache gekennzeichneten verschlossenen Umschlag

nebst einer Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 50,00 EUR ggf. zuzüglich Umsatzsteuer, beziehungsweise des Zweitgutachtens in Höhe von 85,00 EUR, ggf. zuzüglich Umsatzsteuer, in dem beigefügten Freiumschlag zu.

<Schlussformel>

Formblatt 8.1

Name und Anschrift der Gutachterin/des Gutachters	Datum

Anschrift der Festsetzungsstelle

Ausfertigung für die Festsetzungsstelle

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen

Psychotherapie-Gutachten für

Pseudonymisierungscode:

Therapieform:			
□ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	□ Analytische Psychotherapie	□ Verhaltenstherapie	□ Systemische Therapie

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?				
	bei ausschließlicher		bei Kombinationsbehandlung mit überwiegend	
	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Für die Patientin/den Patienten				
Für die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen				

Begründung der Gutachterin/des Gutachters nur für die Therapeutin/den Therapeuten:

[redacted]

Kurzbegründung der Gutachterin/des Gutachters bei Fehlen der medizinischen Notwendigkeit der vorgesehenen Psychotherapie und/oder fehlender Behandlerqualifikation:

□ Es werden Störungen beschrieben, die nicht den in § 17 Abs. 1 BVO genannten Indikationen zuzuordnen sind.

□ Das Störungsmodell beziehungsweise die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines der in den §§ 19 bis 20 a BVO genannten Psychotherapieverfahren ist nicht hinreichend erkennbar.

□ Das vorgesehene Psychotherapieverfahren beziehungsweise der methodische Ansatz lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht in ausreichendem Maß erwarten oder gehört zu den Verfahren, deren Aufwendungen nach Abschnitt 1 der Anlage 2 zu den §§ 17 bis 20 a BVO nicht beihilfefähig sind.

□ Die Voraussetzungen bei der Patientin/dem Patienten oder ihre/seine Lebensumstände lassen für das beantragte Psychotherapieverfahren einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten.

□ Die in der Anlage 2 zu den §§ 17 bis 20 a BVO genannten Anforderungen für die Durchführung der jeweiligen Behandlung werden von der Therapeutin/dem Therapeuten nicht erfüllt.

ggf. Erläuterung

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters

Formblatt 8.2

Name und Anschrift der Gutachterin/des Gutachters	Datum

Anschrift Festsetzungsstelle

Ausfertigung für die Therapeutin/den Therapeuten
Diese Ausfertigung ist im verschlossenen Umschlag, deutlich als vertrauliche Gutachtersache gekennzeichnet, an die Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Therapeutin/den Therapeuten zu übersenden.

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen

Psychotherapie-Gutachten für

Pseudonymisierungscode:

Therapieform:			
□ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	□ Analytische Psychotherapie	□ Verhaltenstherapie	□ Systemische Therapie

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?				
	bei ausschließlicher		bei Kombinationsbehandlung mit überwiegend	
	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Für die Patientin/den Patienten				
Für die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen				

Begründung der Gutachterin/des Gutachters nur für die Therapeutin/den Therapeuten:

Kurzbegründung der Gutachterin/des Gutachters bei Fehlen der medizinischen Notwendigkeit der vorgesehenen Psychotherapie und/oder fehlender Behandlerqualifikation:

□ Es werden Störungen beschrieben, die nicht den in § 17 Abs. 1 BVO genannten Indikationen zuzuordnen sind.

□ Das Störungsmodell beziehungsweise die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines der in den §§ 19 bis 20 a BVO genannten Psychotherapieverfahren ist nicht hinreichend erkennbar.

□ Das vorgesehene Psychotherapieverfahren beziehungsweise der methodische Ansatz lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht in ausreichendem Maß erwarten oder gehört zu den Verfahren, deren Aufwendungen nach Abschnitt 1 der Anlage 2 zu den §§ 17 bis 20 a BVO nicht beihilfefähig sind.

□ Die Voraussetzungen bei der Patientin/dem Patienten oder ihre/seine Lebensumstände lassen für das beantragte Psychotherapieverfahren einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten.

□ Die in der Anlage 2 zu den §§ 17 bis 20 a BVO genannten Anforderungen für die Durchführung der jeweiligen Behandlung werden von der Therapeutin/dem Therapeuten nicht erfüllt.

ggf. Erläuterung

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters

Formblatt 8.3

Name und Anschrift der Gutachterin/des Gutachters	Datum

Anschrift Festsetzungsstelle

Ausfertigung für die Gutachterin/den Gutachter

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen

Psychotherapie-Gutachten für

Pseudonymisierungscode:

Therapieform:			
□ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	□ Analytische Psychotherapie	□ Verhaltenstherapie	□ Systemische Therapie

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig zugesagt werden?				
	bei ausschließlicher		bei Kombinationsbehandlung mit überwiegend	
	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Für die Patientin/den Patienten				
Für die begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen				
Begründung der Gutachterin/des Gutachters nur für die Therapeutin/den Therapeuten:				

Kurzbegründung der Gutachterin/des Gutachters bei Fehlen der medizinischen Notwendigkeit der vorgesehenen Psychotherapie und/oder fehlender Behandlerqualifikation:

□ Es werden Störungen beschrieben, die nicht den in § 17 Abs. 1 BVO genannten Indikationen zuzuordnen sind.

□ Das Störungsmodell beziehungsweise die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines der in den §§ 19 bis 20 a BVO genannten Psychotherapieverfahren ist nicht hinreichend erkennbar.

□ Das vorgesehene Psychotherapieverfahren beziehungsweise der methodische Ansatz lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht in ausreichendem Maß erwarten oder gehört zu den Verfahren, deren Aufwendungen nach Abschnitt 1 der Anlage 2 zu den §§ 17 bis 20 a BVO nicht beihilfefähig sind.

□ Die Voraussetzungen bei der Patientin/dem Patienten oder ihre/seine Lebensumstände lassen für das beantragte Psychotherapieverfahren einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten.

□ Die in der Anlage 2 zu den §§ 17 bis 20 a BVO genannten Anforderungen für die Durchführung der jeweiligen Behandlung werden von der Therapeutin/dem Therapeuten nicht erfüllt.

ggf. Erläuterung

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters

Formblatt 9

Absenderangabe der Festsetzungsstelle

(Anschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person)

Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (BVO);
hier: Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie
Ihr Antrag vom

<Anrede>

aufgrund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

□ Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
□ Analytischen Psychotherapie
□ Verhaltenstherapie
□ Systemischen Therapie

für _____ durch _____
(Name der Patientin/des Patienten) (Name der Therapeutin/des Therapeuten)

für eine

□ ausschließlich Einzelbehandlung bis zu – weiteren – _____ Sitzungen
□ ausschließlich Gruppenbehandlung bis zu – weiteren – _____ Sitzungen
□ Kombinationsbehandlung mit bis zu – weiteren – _____ Sitzungen mit
  □ überwiegend Einzelbehandlung
  □ überwiegend Gruppenbehandlung
□ begleitende Behandlung der Bezugsperson bis zu – weiteren – _____ Sitzungen

nach Maßgabe der Beihilfevorschriften als beihilfefähig anerkannt.

<Rechtsbehelfsbelehrung und Schlussformel>

Anlage 3

(zu § 22)

Beihilfefähigkeit und Angemessenheit von Heilbehandlungen

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) bis 28.02.2022[1]	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) ab 01.03.2022[2]
	Die Behandlungen nach den Nummern 1 bis 45 müssen von einer der folgenden Personen durchgeführt werden: - **einer Physiotherapeutin oder einem Physiotherapeuten,** - **einer Krankengymnastin oder einem Krankengymnasten,** - **einer Masseurin oder einem Masseur oder** - **einer Masseurin und medizinischen Bademeisterin oder einem Masseur und medizinischen Bademeister.**		
	Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung a) als Einzelinhalation b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	 8,80 4,80 7,50	 **10,10** 4,80 7,50
2	Radon-Inhalation a) im Stollen b) mittels Hauben	 14,90 18,20	 14,90 18,20
	Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50	16,50
3.1	Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	-	**55,00**
4	Krankengymnastik (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	25,70	25,70
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten	33,80	**38,30**
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert 45 Minuten	45,30	**47,80**
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	8,20	**10,80**
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,30	14,30
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert 60 Minuten	71,40	**72,30**
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	 31,20	 31,20

[1] Maßgebend für die Anwendung des jeweiligen Höchstbetrages ist der Tag des Entstehens der Aufwendungen.
[2] Maßgebend für die Anwendung des jeweiligen Höchstbetrages ist der Tag des Entstehens der Aufwendungen.

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) bis 28.02.2022[1]	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) ab 01.03.2022[2]
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	19,50	**19,70**
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	15,60	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert 30 Minuten	29,70	29,70
12	Chirogymnastik (Funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert 20 Minuten	19,00	19,00
13	Bewegungsübungen		
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	10,20	**11,20**
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert 20 Minuten	6,60	**6,90**
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad		
	a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	31,20	31,20
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	19,50	**19,60**
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 30 Minuten	15,60	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert 120 Minuten, je Behandlungstag Aufwendungen der EAP sind nur bei folgenden Indikationen beihilfefähig: a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei aa) frischem, nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik, bb) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik, cc) instabilen Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik oder dd) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb, b) Operation am Skelettsystem aa) posttraumatische Osteosynthesen oder bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen, c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit aa) Schulterprothesen, bb) Knieendoprothesen oder 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) schwerer Schultersteife (frozen shoulder), ddd) Impingement-Syndrom, eee) Schultergelenkluxation, fff) tendinosis calcarea oder ggg) periathritis humero-scapularis (PHS) oder cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss, dd) Behandlung von Knorpelschaden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips (sogenannte minced cartilage) und 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, Neu-	108,10	108,10

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) bis 28.02.2022[1]	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) ab 01.03.2022[2]
	rologie 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“.		
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen); Richtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Krankheitsfall Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den vorgenannten Therapieformen entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.	46,20	46,20
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl´sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert 20 Minuten	8,80	8,80
	Massagen		
18	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert 20 Minuten b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert 30 Minuten	 18,20 18,20	 18,20 **21,20**
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD) a) Teilbehandlung, Richtwert 30 Minuten b) Großbehandlung, Richtwert 45 Minuten c) Ganzbehandlung, Richtwert 60 Minuten d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	 25,70 38,50 58,30 12,40	 **29,30** **43,90** **58,50** **18,70**
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert 20 Minuten	30,50	30,50
	Palliative Care		
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert 60 Minuten	66,00	66,00
	Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
22	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60	13,60
23	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	 15,60	 15,60
	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 bb) Großpackung	 36,20 47,80	 36,20 47,80
24	Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung) a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	 10,20 20,30	 10,20 20,30
26	Heublumensack, Peloidkompresse	12,10	12,10
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10	6,10
28	Trockenpackung	4,10	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10	4,10

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) bis 28.02.2022[1]	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) ab 01.03.2022[2]
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	6,10 5,40	6,10 5,40
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (z. B. nach Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20 26,40	16,20 26,40
31	Wechselbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	 12,10 17,60	 12,10 17,60
32	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10	25,10
33	Naturmoorbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	 43,30 52,70	 43,30 52,70
34	Sandbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	 37,90 43,30	 37,90 43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad – einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30	43,30
36	Medizinische Bäder mit Zusatz a) Hand- oder Fußbad b) Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	 8,80 17,60 24,40 4,10	 8,80 17,60 24,40 4,10
37	Gashaltige Bäder a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter Nummer 36 Buchst. a bis c und Nummer 37 Buchst. b jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu **4,10** Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchst. d beihilfefähig.	 25,70 29,70 27,70 24,40 4,10	 25,70 29,70 27,70 24,40 4,10

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) bis 28.02.2022[1]	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) ab 01.03.2022[2]
	Kälte- und Wärmebehandlung		
38	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90	12,90
39	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert 20 Minuten	7,50	7,50
40	Ultraschall-Wärmetherapie	11,90	**12,00**
	Elektrotherapie		
41	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20	8,20
42	Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60	15,60
43	Iontophorese	8,20	8,20
44	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90	14,90
45	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00	29,00
	Die Behandlungen nach den Nummern 46 bis 48 müssen von einer der folgenden Personen durchgeführt werden: - **einer Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin oder einem Atem-, Sprech- und Stimmlehrer,** - **einer Logopädin oder einem Logopäden,** - **einer medizinischen Sprachheilpädagogin oder einem medizinischen Sprachheilpädagogen,** - **einer Sprachheilpädagogin oder einem Sprachheilpädagogen (Sprachbehindertenpädagogik),** - **einer staatlich anerkannten Sprachtherapeutin oder einem staatlich anerkannten Sprachtherapeuten,** - **einer klinischen Sprechwissenschaftlerin oder einem klinischem Sprechwissenschaftler,** - **einer klinischen Linguistin oder einem klinischen Linguisten,** - **einer Diplom-Patholinguistin oder einem Diplom-Patholinguisten,** - **einer Diplom-Sprechwissenschaftlerin oder einem Diplom-Sprechwissenschaftler,** - **einer Diplomlehrerin für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte oder einem Diplomlehrer für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte,** - **einer Diplomvorschulerzieherin für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte oder einem Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte oder** - **einer Diplomerzieherin für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte oder einem Diplomerzieher für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte.**		
	Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie		
46	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall, bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig	108,00	108,00
46.1	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert 30 Minuten, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig	-	**51,70**
46.2	Bericht an die verordnende Person	-	**5,80**
46.2	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	-	**103,40**
47	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, Aufwendungen für die Verlaufsdoku-		

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) bis 28.02.2022[1]	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) ab 01.03.2022[2]
	mentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig		
	a) Richtwert 30 Minuten	41,80	**46,00**
	b) Richtwert 45 Minuten	59,00	**63,20**
	c) Richtwert 60 Minuten	68,90	**80,50**
	d) Richtwert 90 Minuten	103,40	103,40
48	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, Aufwendungen für die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig, je Teilnehmerin oder Teilnehmer		
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert 45 Minuten	50,40	**56,90**
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert 45 Minuten	34,60	34,60
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert 90 Minuten	67,60	**103,40**
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert 90 Minuten	56,10	56,10
	Die Behandlungen nach den Nummern 49 bis 53 und gegebenenfalls zusätzlich erforderliche Behandlungen nach den Nummern 38 bis 40 müssen von einer der folgenden Personen durchgeführt werden: - **einer Ergotherapeutin oder einem Ergotherapeuten oder** - **einer Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten.**		
	Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80	41,80
50	Einzelbehandlung		
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten	41,80	41,80
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten	54,80	**55,60**
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 60 Minuten	72,30	72,30
	d) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal pro Behandlungsfall		
	aa) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten	40,70	**123,90**
	bb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 120 Minuten	54,40	**166,80**
	cc) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 120 Minuten	67,70	**139,20**
50.1	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)		
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	-	**32,80**
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	-	**44,50**
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 60 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	-	**55,10**

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) bis 28.02.2022[1]	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) ab 01.03.2022[2]
51	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen) a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	 16,00 20,60 37,90	 16,00 20,60 37,90
52	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten	46,20	46,20
52.1	Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert 120 Minuten, einmal pro Behandlungsfall	-	**139,20**
52.2	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, Richtwert 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	-	**36,00**
53	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen), Richtwert 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60	20,60
	Die Behandlungen nach den Nummern 54 bis 64 müssen von einer der folgenden Personen durchgeführt werden: - **einer Podologin oder einem Podologen oder** - **einer medizinischen Fußpflegerin oder einem medizinischen Fußpfleger.**		
	Podologie		
54	Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70	26,70
55	Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90	18,90
56	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10	25,10
57	Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90	18,90
58	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße	41,60	41,60
59	Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes	26,70	26,70
59.1	Podologische Befundung, je Behandlung	-	**3,00**
59.2	Podologische Behandlung (klein), Richtwert 35 Minuten	-	**30,70**
59.3	Podologische Behandlung (groß), Richtwert 50 Minuten	-	**44,00**
60	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrekturspange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60	194,60
61	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40	37,40
62	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell, einschließlich Applikation	64,80	64,80
63	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80	74,80
64	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40	37,40

Lfd. Nr.	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) bis 28.02.2022[1]	beihilfefähiger Höchstbetrag (in EUR) ab 01.03.2022[2]
	Die Behandlungen nach den Nummern 65 bis 67 müssen von einer der folgenden Personen durchgeführt werden: **- einer Diätassistentin oder einem Diätassistenten,** **- einer Oecotrophologin oder einem Oecotrophologen mit dem Abschluss** **a) Diplom (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung) oder** **b) Bachelor oder Master of Science oder** **- einer Ernährungswissenschaftlerin oder einem Ernährungswissenschaftler mit dem Abschluss** **a) Diplom oder** **b) Bachelor oder Master of Science.**		
	Ernährungstherapie		
65	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	66,00	**67,90**
65.1	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert 60 Minuten; Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – beihilfefähig	-	**55,50**
65.2	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei; Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – beihilfefähig.	-	**55,50**
66	Einzelbehandlung, Richtwert 30 Minuten je Einheit	33,00	**34,00**
67	Gruppenbehandlung, Richtwert 30 Minuten je Einheit	11,00	**23,80**
	Aufwendungen für in den Nummern 66 und 67 bezeichnete Behandlungen sind für insgesamt maximal 16 Einheiten innerhalb von 12 Monaten beihilfefähig.		
	Sonstiges		
68	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10	12,10
69	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		
70	Bei Besuchen mehrerer Patientinnen oder Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 68 und 69 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.		

Richtwert im Sinne des Leistungsverzeichnisses ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

Anlage 4

(zu § 34)

Beihilfefähigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

Abschnitt I

1 Beihilfefähig nach § 34 Abs. 1 Satz 1 sind die Aufwendungen für

Abduktionslagerungskeil,
Absauggerät (z. B. bei Kehlkopferkrankung),
Adaptionshilfen,
Alarmgerät für Epileptikerinnen und Epileptiker,
Anatomische Brillenfassung,
Anus-praeter-Versorgungsartikel,
Anzieh-/Ausziehhilfen,
Aquamat,
Armmanschette,
Armtragegurt/-tuch,
Arthrodesensitzkissen, -sitzkoffer, -stuhl,
Atemtherapiegerät,
Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung),
Auffahrrampe für Krankenfahrstuhl,
Aufrichteschlaufe,
Aufrichtstuhl (für eine im Stuhl integrierte Aufrichtfunktion bis zu 150,00 EUR),
Aufstehgestell,
Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten),
Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen,
Augenschielklappe, auch als Folie,

Badestrumpf,
Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritis),

Badewannenverkürzer,
Ballspritze,
Behinderten-Dreirad,
Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie,
Bettnässer-Weckgerät,
Beugebandage,
Billroth-Batist-Lätzchen,
Blasenfistelbandage,
Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb),
Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät),
Blindenstock/-langstock/-taststock,
Blutlanzette,
Blutzuckermessgerät,
Bracelet,
Bruchband,

Clavicula-Bandage,
Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen),
Computerspezialausstattung für Behinderte
Spezialhard- und –software bis zu 3500,00 EUR,
ggf. zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5400,00 EUR,

Decubitus-Schutzmittel (z. B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße),
Defibrillatorweste,
Delta-Gehrad,
Drehscheibe, Umsetzhilfen,
Duschsitz/-stuhl,

Einlagen, individuell gefertigte,
Einmal-Schutzhose bei Querschnittsgelähmten,
Ekzem-Manschette,
Elektromobil bis zu 2.500,00 EUR,

Elektro-Stimulationsgerät,
Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten,
Epitrain-Bandage,
Ernährungssonde,

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peronaeus-Prothese),
Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner),
Fingerling,
Fingerschiene,
Fixationshilfen,
(Mini) Fonator,
Fußteil-Entlastungsschuh,

Gehgipsgalosche,
Gehhilfen und -übungsgeräte,
Gehörschutz,
Genutrain-Aktiv-Kniebandage,
Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopatische Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie),
Geräte zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung bei Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus, die einer intensiven Insulintherapie bedürfen,
Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese),
Gilchrist-Bandage,
Gipsbett, Liegeschale,
Glasstäbchen,
Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz,
Gummistrümpfe,

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze,
Handgelenkriemen,
Hebekissen,
Heimdialysegerät,

Helfende Hand, Scherenzange,

Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor),

Hörgeräte (HdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; IdO-Geräte) einschließlich der Nebenkosten bis zu 1500,00 EUR je Ohr ggf. zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung,

Impulsvibrator,

Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör,

Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher,

Innenschuh, orthopädischer,

Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor),

Kanülen und Zubehör,

Katapultsitz,

Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter,

Kieferspreizgerät,

Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz),

Klumpfußschiene,

Klumphandschiene,

Klyso,

Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern,

Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage,

Kniepolster/-rutscher bei Unterschenkelamputation,

Knöchel- und Gelenkstützen,

Körperersatzstücke einschließlich Zubehör
(Aufwendungen für BH’s bzw. Badeanzüge für Brustprothesen sind beihilfefähig, soweit sie 15,00 EUR bzw. 40,00 EUR übersteigen),

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose,

Koordinator nach Schielbehandlung,

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber,

Kopfschützer,

Korrektursicherungsschuh,

Krabbler für Spastikerinnen und Spastiker,
Krampfaderbinde,
Krankenfahrstuhl mit Zubehör,
Krankenpflegebett,
Krankenstock,
Kreuzstützbandage,
Krücke,

Latextrichter bei Querschnittslähmung,
Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden,
Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell),
Lichtsignalanlagen für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige,
Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter),
Lispelsonde,
Lumbalbandage,

Malleotrain-Bandage,
Mangoldsche Schnürbandage,
Manutrain-Bandage,
Maßschuhe, orthopädisch, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64,00 EUR übersteigen,

- Straßenschuhe
  Erstausstattung 2 Paar – Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren,
- Hausschuhe
  Erstausstattung 1 Paar – Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren,
- Sportschuhe
  Erstausstattung 1 Paar – Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren,
- Badeschuhe
  Erstausstattung 1 Paar – Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach vier Jahren,

- Interimsschuhe (wegen vorübergehender Versorgung entfällt der Eigenanteil von 64,00 EUR),

Milchpumpe,

Mundsperrer,

Mundstab/-greifstab,

Narbenschützer,

Neurodermitis-Anzüge für an Neurodermitis erkrankte Kinder bis zum vollenden 12. Lebensjahr für bis zu zwei Anzüge je Kalenderjahr bis zu einem Höchstbetrag von 80,00 EUR je Anzug,

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. Ä., auch Haltemanschetten usw.,

Orthesenschuhe, soweit die Aufwendungen 64,00 EUR übersteigen,

Orthonyxie-Nagelkorrekturspange,

Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen
(beihilfefähig sind die Aufwendungen für höchstens 6 Paar Schuhe im Kalenderjahr),

Pavlikbandage,

Peak-Flow-Meter,

Penisklemme,

Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel,

Polarimeter,

Psoriasiskamm,

Quengelschiene,

Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige

Reflektometer,

Rektophor,

Rollbrett,

Rutschbrett,

Schede-Rad,

Schrägliegebrett,

Schutzbrille für Blinde,

Schutzhelm für Behinderte,

Schwellstromapparat,

Segofix-Bandagensystem,

Sitzkissen für Oberschenkelamputierte,

Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht,

Skolioseumkrümmungsbandage,

Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte),

Spezialschuhe für Diabetiker, soweit die Aufwendungen 64,00 EUR übersteigen,

Sphinkter-Stimulator,

Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion,

Spreizfußbandage,

Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz,

Spritzen,

Stabilisationsschuhe (neben dieser Versorgung ist eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen und Orthesenschuhen ausgeschlossen),

Stehübungsgerät,

Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik,

Strickleiter,

Stubbies,

Stumpfschutzhülle,

Stumpfstrumpf,

Suspensorium,

Symphysen-Gürtel,

(Talocrur)Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar,

Therapeutisches Bewegungsgerät (nur mit Spasmenschaltung),

Tinnitus-Gerät,

Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten,

Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel),

Tragegurtsitz,

Übungsschiene,

Urinale,
Urostomie-Beutel,

Verbandschuhe,
Vibrationstrainer bei Taubheit,

Wasserfeste Gehhilfe,
Wechseldruckgerät,

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2 Die Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch sind im folgenden Umfang beihilfefähig:

2.1 Anschaffungen zweier Langstöcke sowie ggf. elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung.

2.2 Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:

- Unterrichtstunden je 60 Minuten,
  einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial
  bis zu 100 Stunden 56,50 EUR,
- Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minutentakt anteilig berechnet wird 44,90 EUR,
- Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort nicht zumutbar ist, bis zu einem Betrag von 46,00 EUR täglich.

Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezialeinrichtung (stationär) durchgeführt werden. Werden an einem Tag mehrere blinde Personen unterrichtet, können die genannten Aufwendungen der Trainerin oder des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

2.3 Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Nummer 2.2.

2.4 Die Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

2.5 Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine 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 gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist.

2.6 Aufwendungen für elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgaben für Blinde nach ärztlicher Verordnung.

Abschnitt II

Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen (§ 34 Abs. 1 Satz 3) sind die Aufwendungen für

Adju-Set/-Sano,
Angorawäsche,
Antiallergene Matratzen-/Bettbezüge,
Aqua-Therapie-Hose,
Arbeitsplatte zum Krankenfahrstuhl,
Augenheizkissen,
Autofahrerrückenstütze,
Autokindersitz,
Autokofferraumlifter,
Autolifter,

Badewannengleitschutz, -kopfstütze, -matte,

Bandagen (soweit nicht in Abschnitt I aufgeführt),
Basalthermometer,
Bauchgurt,
Bestrahlungsgerät/-lampe zur Selbstbehandlung,
Bett (soweit nicht in Abschnitt I aufgeführt),
Bettbrett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze,
Bett-Tisch,
Bidet,
Bill-Wanne,
Blinden-Uhr,
Blutdruckmessgerät,
Brückentisch,

Dusche,

Einkaufsnetz,
Einmal-Handschuhe,
Eisbeutel und -kompressen,
Elektrische Schreibmaschine,
Elektrische Zahnbürste,
Elektro-Luftfilter,
Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000),
Erektionshilfen,
Ergometer,
Ess- und Trinkhilfen,
Expander,

Fieberthermometer,
Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer),

(Mini)Garage für Krankenfahrzeuge,

Handschuhe (soweit nicht in Abschnitt I aufgeführt),
Handtrainer,
Hängeliege,

Hantel (Federhantel),
Hausnotrufsystem,
Hautschutzmittel,
Heimtrainer,
Heizdecke/-kissen,
Hilfsgeräte für die Hausarbeit,
Höhensonne,
Hörkissen,
Hörkragen Akusta-Coletta,

Intraschallgerät,
Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma),
Ionisierungsgeräte,
Ionopront, Permox-Sauerstofferzeuger,

Katzenfell,
Klingelleuchte (soweit nicht unter Abschnitt I aufgeführt),
Knickfußstrumpf,
Knoche Natur-Bruch-Slip,
Kolorimeter,
Kommunikationssystem,
Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung,
Krankenunterlagen,
Kreislaufgerät,

Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil,
Language-Master,
Luftreinigungsgeräte,

Magnetfolie,
Monophonator,
Munddusche,

Nackenheizkissen,

Öldispersionsapparat,

Pulsfrequenzmesser,

Rotlichtlampe,
Rückentrainer,

Salbenpinsel,
Schlaftherapiegerät,
Schuhe (soweit nicht in Abschnitt I aufgeführt),
Spezialsitze,
Spirometer,
Spranzbruchband,
Sprossenwand,
Sterilisator,
Stimmübungssystem für Kehlkopflose,
Stockroller,
Stockständer,
Stufenbett,
Suntronic-System (AS 43),

Taktellgerät,
Tamponapplikator,
Tandem für Behinderte,
Telefonhalter,
Telefonverstärker,
Therapeutisches Wärme-/Kältesegment,
Treppenlift, Monolift, Plattformlift,
Tünkers-Butler,

Übungsmatte,
Ultraschalltherapiegerät,
Urin-Prüfgerät,

Venenkissen,

Waage,
Wandstandgerät,
WC-Sitz,

Zahnpflegemittel,
Zweirad für Behinderte.

Abschnitt III

Angemessenheit und Beihilfefähigkeit von Sehhilfen

1 Voraussetzungen für die Beschaffung von Sehhilfen

1.1 Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche augenärztliche Verordnung.

1.2 Für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe genügt die Refraktionsbestimmung einer Optikerin oder eines Optikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13,00 EUR je Sehhilfe beihilfefähig. Die Refraktionsbestimmung durch eine in Satz 1 genannte Person genügt auch, wenn bei der erneuten Beschaffung einer Sehhilfe z. B. andere Gläser notwendig werden oder statt einer Brille Kontaktlinsen notwendig sind.

2 Brillen

Für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Brillen gelten - einschließlich Brillengestell und Handwerksleistung - folgende Höchstbeträge:

- bei vergüteten Gläsern mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt):

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

- bei Gläserstärken über +/- 6 dpt:
  zuzüglich je Glas 21,00 EUR

- Dreistufen- oder Multifokalgläser:
  zuzüglich je Glas 21,00 EUR

- Gläser mit prismatischer Wirkung:
  zuzüglich je Glas 21,00 EUR.

3 Brillen mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nummer 2 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser)
zuzüglich je Glas 21,00 EUR

- bei Gläserstärken ab +/- 6,0 dpt,
- bei Anisometropien ab 2,0 dpt,
- unabhängig von der Gläserstärke
  a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
  b) bei Personen mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Anwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
  c) bei spastisch oder epileptisch kranken Personen sowie Einäugigen.

3.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser
zuzüglich je Glas 11,00 EUR

- bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),

- bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
- bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
- bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
- bei Ziliarneuralgie,
- bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- bei totaler Farbenblindheit,
- bei Albinismus,
- bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
- bei Gläsern ab + 10,0 dpt,
- im Rahmen einer Fotochemotherapie,
- bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

4 Kontaktlinsen

4.1 Die Aufwendungen für Kontaktlinsen sind bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:

- Myopie ab 8 dpt,
- progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf in einem Zeitraum von drei Jahren nachweisbar ist,
- Hyperopie ab 8 dpt,
- irregulärer Astigmatismus,
- Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
- Astigmatismus obliquus ab 2 dpt,
- Keratokonus,

- Aphakie,
- Aniseikonie,
- Anisometropie ab 2 dpt,
- als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,
- als Okklusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,
- als Irislinse bei Substanzverlust der Regenbogenhaut,
- druckempfindliche Operationsnarbe am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.

4.2 Liegen die Voraussetzungen nach Nummer 4.1 vor, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen (z. B. Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinsen) beihilfefähig, wenn zusätzlich eine der folgenden Indikationen vorliegt:

- progressive Myopie bei Kindern, wenn der progressive Verlauf (Änderung der Brechwerte um mindestens 2 dpt jährlich) nachweisbar ist,
- Unverträglichkeit jeglicher Linsenpflegesysteme,
- Einsatz als Verbandlinse bei schweren Erkrankungen von Hornhaut, Lidern oder Bindehaut oder bei Einsatz als Medikamententräger,
- Ektropium,
- Entropium,
- Symblepharon,
- Lidschlussinsuffizienz.

4.3 Sofern eine Indikation nach Nummer 4.1, nicht jedoch eine Indikation nach Nummer 4.2 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154,00 EUR (sphärisch) und 230,00 EUR (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.

4.4 Liegt keine Indikation nach Nummer 4.1 vor, sind Aufwendungen für Kontaktlinsen nicht - auch nicht fiktiv nach den Nummern 2 und 3 - beihilfefähig.

4.5 Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen nach den Nummern 4.1 bis 4.3 sind die folgenden Aufwendungen - im Rahmen der Nummern 2 und 3 - beihilfefähig für

- eine Reservebrille oder
- eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) sowie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinse und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie und bei über Vierzigjährigen.

5 Andere Sehhilfen

5.1 Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, werden die Aufwendungen im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 2 und 3 als beihilfefähig anerkannt.

5.2 Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können die Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohrlupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenlupenbrille u. Ä.) als beihilfefähig anerkannt werden.

6 Erneute Beschaffung von Sehhilfen

Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen sind nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre - bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre - vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe - ggf. nur der Gläser - notwendig ist, weil

- sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,
- die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- bei Kindern sich die Kopfform geändert hat.

7 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- Sehhilfen, die nur durch eine berufliche Tätigkeit erforderlich werden,
- Bildschirmbrillen,
- Brillenversicherungen,
- Reparatur eines Brillengestells,

- Etui.

Anlage 5

(zu § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3)

Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für heilpraktische Leistungen

Nummer	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
01 - 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 Ziffer 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 Ziffer 4 ist nur als alleinige Leistung oder in Zusammenhang mit einer Leistung nach Ziffer 1 oder 17.1 beihilfefähig.*	18,50
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls, einschließlich einer kurzen Untersuchung *Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.*	9,00
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00
7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	18,00
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 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 Ziffern 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
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 2-25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	1,00
10.6	für jeden zurückgelegten km bei Nacht von 2-25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	2,00

Nummer	Leistungsbeschreibung		beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
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 A 4 engzeilig maschinengeschrieben)	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	15,00
		Schriftliche gutachtliche Äußerung	16,00
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen		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, z. B. Zucker usw.)		4,00
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment		4,00
12.7	Blutstatus (nicht neben Nummer 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 (z.B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.	3,00
		Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemischzytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) 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**		

Nummer	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z. B. 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 Ziffer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechnet werden. Leistungen nach Ziffer 14.1 und Ziffer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.*	8,00
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes *Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechnet werden. Leistungen nach Ziffer 14.1 und Ziffer 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 Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechenbar.*	8,00
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck-/ und 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
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
	Sondermassagen: Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00
	Sondermassagen: 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**	

Nummer	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
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
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

Nummer	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
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 Ziffer 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
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, z.B. Kopf oder Arm	3,00
37.2	Ganzheißluftbad, z.B. 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

Nummer	Leistungsbeschreibung	beihilfefähiger Höchstbetrag in EUR
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z.B. Jono-Modulator	4,00
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00

Anlage 6

(zu § 43 Abs. 3)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung

Die Maßnahmen nach § 43 Abs. 3 können von gesunden und erkrankten ratsuchenden Personen direkt in Anspruch genommen werden, wenn zuvor das Vorliegen der Einschlusskriterien (Familienkonstellationen mit einer empirischen Mutationswahrscheinlichkeit ≥ 10 v. H.) geklärt wurde. Die entstandenen Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung sind bei Leistungserbringung durch die in Nummer 5 aufgeführten Kliniken in Höhe der nachstehenden Beträge beihilfefähig:

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung

   Pro Familie sind die Aufwendungen für eine Risikofeststellung mit interdisziplinärer Erstberatung mit Stammbaumerfassung und Mitteilung des Genbefundes insgesamt bis zu 900,00 EUR beihilfefähig. Der beihilfefähige Höchstbetrag beinhaltet auch die mögliche Beratung weiterer Familienmitglieder. Die Kosten werden der ratsuchenden Person zugeordnet.

2. Genanalyse

   Aufwendungen für eine Genanalyse bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall) sind insgesamt bis zu 3 500,00 EUR beihilfefähig.

   Die Genanalyse wird bei den Indexfällen durchgeführt, soweit nicht bereits früher eine entsprechende Untersuchung durchgeführt wurde. Bei der Gen-analyse handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest zur Feststellung weitergehender Therapieansätze bei der erkrankten Person, dessen Kosten der erkrankten Person zugerechnet werden. Die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden Genanalyse der Indexperson werden der gesunden ratsuchenden Person zugeordnet, wenn

   a) aus der Gentestung keine Therapieoptionen mehr für die bereits erkrankte Person abgeleitet werden können; dies ist durch eine schriftliche ärztliche Bescheinigung nachzuweisen, oder

b) die erkrankte Person eine Beratung und Befundmitteilung ablehnt, jedoch einer Genanalyse ihres Blutes im Hinblick auf einen möglichen Nutzen für die ratsuchende Person zustimmt.

Die Kosten einer Genanalyse einer gesunden ratsuchenden Person sind bis zu der in Satz 1 genannten Pauschale beihilfefähig, wenn ein Indexfall nicht zur Verfügung steht (Tod) und

a) ein statistisches Risiko für das Vorliegen einer Mutation von mindestens 20 v. H. oder

b) das verbleibende Lebenszeitrisiko an Brust- oder Eierstockkrebs zu erkranken von 30 v. H. besteht.

Wird eine ratsuchende gesunde Person nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht, sind die Aufwendungen in Höhe von 250,00 EUR beihilfefähig.

3. Früherkennungsmaßnahmen

Aufwendungen für die Teilnahme an einem strukturierten Früherkennungsprogramm sind einmal jährlich in Höhe von 580,00 EUR beihilfefähig.

4. Präventive Operationen

Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen.

5. Leistungserbringer

Leistungserbringer können sein

5.1 Dresden

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

5.2 Düsseldorf

Universitätsklinikum Düsseldorf

5.3 Erlangen

Universitätsklinikum Erlangen

5.4 Frankfurt am Main

Universitätsklinikum Frankfurt

5.5 Göttingen

Universitätsklinikum Göttingen

5.6 Greifswald

Universitätsklinikum Greifswald

5.7 Hamburg

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

5.8 Hannover

Medizinische Hochschule Hannover

5.9 Kiel

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

5.10 Köln

Universitätszentrum Köln

5.11 Leipzig

Universitätsklinikum Leipzig

5.12 München

Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

Universitätsfrauenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität

5.13 Münster

Universitätsklinikum Münster

5.14 Regensburg

Universitätsklinikum Regensburg

5.15 Tübingen

Universitätsklinikum Tübingen

5.16 Ulm

Universitätsklinikum Ulm

5.17 Würzburg

Universitätsklinikum Würzburg.

Anlage 7

(zu § 47 Abs. 3)

Heilkurorteverzeichnis

Teil A

Inland

1. Verzeichnis

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als 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	Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb
Abbach	93077	Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg, Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419	Ahlbeck	G	Seeheilbad
Aibling	83043	Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen, Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680	Bad Alexandersbad	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	Schwarzenberg-Schönmünzach, Obertal	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Baltrum	26579	Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429	Bansin	G	Seeheilbad
Bayersoien	82435	Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
Bayreuth	95410	Bayreuth	B – Lohengrin Therme Bayreuth	Heilquellenkurbetrieb
Bayrischzell	83735	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624	Bederkesa	G	Moorheilbad
Bellingen	79415	Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Belzig	14806	Belzig	Belzig	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bentheim	48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Berggrießhübel	01819	Berggrießhübel	Berggrießhübel	Kneippkurort
Bergzabern	76887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Berka	99438	Bad Berka	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Berleburg	57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460	Bad Berneck i. Fichtelgebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge, Frankenhammer, Kutschenrangen, Rödlasberg, Warmeleithen	Kneippheilbad
Bernkastel-Kues	54470	Bernkastel-Kues	Stadtteil Kueser Plateau	Heilklimatischer Kurort
Bertrich	56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660	Beuren	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bevensen	29549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	Heilbad und Kneippkurort
Biberach	88400	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Birnbach	84364	Bad Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
Bischofsgrün	95493	Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bischofswiesen	83483	Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38889	Blankenburg, Harz	G	Heilbad
Blieskastel	66440	Blieskastel	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 Heilquellen-Kurbetrieb
Boltenhagen	23944	Ostseebad Boltenhagen	G	Seeheilbad
Boppard	56154	Boppard	Bad Salzig	Heilbad
Borkum	26757	Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648	Bad Brambach	Bad Brambach	(Mineral-) Heilbad
Bramstedt	24576	Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Heilbad
Breisig	53498	Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929	Brilon	Brilon	Kneippkurort
Brückenau	97769	Bad Brückenau	G – sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
Buchau	88422	Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor-) Heilbad
Buckow	15377	Buckow	G – ausgenommen der Ortsteil „Hasenholz“	Kneippkurort
Bünde	32257	Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Büsum	25761	Büsum	Büsum	Seeheilbad
Burg/Fehmarn	23769	Burg/Fehmarn	Burg	Seeheilbad
Burgbrohl	56659	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
C				
Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Colberg-Heldburg	98663	Bad Colberg-Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Cuxhaven	27478	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad
D				
Dahme	23747	Dahme	Dahme	Seeheilbad
Damp	24351	Damp	Damp 2000	Seeheilbad
Daun	54550	Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	32760	Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582	Diez	Diez	Felkekurort
Ditzenbach	73342	Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209	Bad Doberan	Bad Doberan	(Moor-) Heilbad
			Heiligendamm	Seeheilbad
Driburg	33014	Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Düben	04849	Bad Düben	Bad Düben	(Moor-) Heilbad
Dürkheim	67098	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073	Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-) Heilbad und Heilklimatischer Kurort
E				
Ehlscheid	56581	Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707	Bad Eilsen	G	Heilbad
Elster	08645	Bad Elster	Bad Elster, Sohl	Mineral- und Moorheilbad
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, Hofham, Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597	Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422	Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
Essen	49152	Bad Essen	Bad Essen	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Eutin	23701	Eutin	G	Heilklimatischer Kurort
F				
Feilnbach	83075	Bad Feilnbach	G – ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Feldberger Seenlandschaft	17258	Feldberger Seenlandschaft	Feldberg	Kneippkurort
Fischen	87538	Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567	Bad Frankenhausen	G	Sole-Heilbad
Freiburg	79098	Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Freienwalde	16259	Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad
Freudenstadt	72250	Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Friedrichroda	99894	Friedrichroda	Friedrichroda, Finsterbergen	Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718	Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629	Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Heilbad 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	Heilbad
Garmisch-Partenkirchen	82467	Garmisch-Partenkirchen	G – ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gelting	24395	Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129	Gersfeld (Rhön)	K	Kneippheilbad
Gladenbach	35075	Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
Göhren	18586	Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Goslar	38644	Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Gottleuba	01816	Bad Gottleuba	Bad Gottleuba	Moorheilbad
Graal-Müritz	18181	Graal-Müritz	G	Seeheilbad
Grasellenbach	64689	Grasellenbach	K	Kneippkurort und Kneippheilbad
Griesbach i. Rottal	94086	Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal, Weghof	Heilbad
Grömitz	23743	Grömitz	Grömitz	Seeheilbad
Grönenbach	87728	Bad Grönenbach	Grönenbach, Au, Brandholz, in der Tarrast, Egg, Gmeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhofen, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldegg b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippheilbad
Großenbrode	23775	Großenbrode	G	Seeheilbad
Grund	37539	Bad Grund	Bad Grund	Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb und

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
				Heilklimatischer Kurort
H				
Haffkrug-Scharbeutz	23683	Haffkrug-Scharbeutz	Haffkrug	Seeheilbad
Haigerloch	72401	Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Harzburg	38667	Bad Harzburg	K	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
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, Vogelherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	Heilklimatischer Kurort
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heilbad Heiligenstadt	Heiligenstadt	Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Seeheilbad
Herbstein	36358	Herbstein	K	Heilbad
Heringsdorf	17442	Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und (Sole-) Heilbad
Herrenalb	76332	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	36251	Bad Hersfeld	K	Heilbad
Hille	32479	Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Hindelang	87541	Bad Hindelang	G	Kneipheilbad und Heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79856	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Hitzacker	29456	Hitzacker	Hitzacker	Kneippkurort
Höchenschwand	79862	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	53557	Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höxter	37671	Höxter	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb
Hohwacht	24321	Hohwacht	G	Seeheilbad
Homburg	61348	Bad Homburg v. d. Höhe	K	Heilbad
Horn	32805	Horn - Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
I				
Iburg	49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad
Isny	88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J				
Juist	26571	Juist	G	Nordseeheilbad
K				
Karlshafen	34385	Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117	Kassel	Bad Wilhelmshöhe	Kneippheilbad und Thermal-Sole-Heilbad
Kellenhusen	23746	Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
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 und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G – ohne d. eingegliederten Gebiete d. ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462	Königstein im Taunus	K, Falkenstein	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzting	93444	Bad Kötzting	Stadtteil Kötzting	Kneippheilbad und Kneippkurort
Kohlgrub	82433	Bad Kohlgrub	G	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
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	Soleheilbad
Langensalza	99947	Bad Langensalza	K	Schwefel-Sole-Heilbad
Langeoog	26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651	Bad Lausick	Bad Lausick	Heilbad
Lauterberg	37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448	Bad Liebenstein	G	Heilbad
Liebenwerda	04924	Bad Liebenwerda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloidkurbetrieb
Liebenzell	75378	Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356	Bad Lobenstein	G	Moor-Heilbad
Ludwigsburg	71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
M				
Malente	23714	Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Marienberg	56470	Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, Zinhain u. d. Gebietsteil d. Gemarkung Langenbach, begrenzt durch d. Gemarkungsgrenze Hardt, Zinhain, Marienberg sowie d. Bahntrasse Erbach-Bad Marienberg)	Kneippheilbad
Marktschellenberg	83487	Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Masserberg	98666	Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97980	Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mettlach	66693	Mettlach	Orscholz	Heilklimatischer Kurort
Mölln	23879	Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	72116	Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münder	31848	Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münster/Stein	55583	Bad Münster am Stein-Ebernburg	Bad Münster am Stein	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Muskau	02953	Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb
N				
Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad, Kneippkurort
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Nenndorf	31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Heilbad
Neualbenreuth	95698	Neualbenreuth	B – Badehaus Maiersreuth /Sibyllenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Neubulach	75386	Neubulach	Neubulach	Heilstollen-Kurbetrieb und 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

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Neustadt/Harz	99762	Neustad/Harz	G	Heilklimatischer Kurort
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
Norden	26506	Norden	Norddeich, Westermarsch II	Nordseeheilbad
Norddorf	25946	Norddorf/Amrum	Norddorf	Seeheilbad
Norderney	26548	Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845	Nordstrand	G	Seeheilbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
O				
Oberstaufen	87534	Oberstaufen	G – ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Oeynhausen	32545	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939	Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	63619	Bad Orb	K	Heilbad
Ottobeuren	87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P				
Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Seeheilbad
Petershagen	32469	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-Griesbach	77740	Bad Peterstal-Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
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	Heilbad
R				
Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486	Ramsau bei 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 Kurort
Rippoldsau-Schapbach	77776	Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	96476	Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rothenfelde	49214	Bad Rothenfelde	G	Heilbad
Rottach-Egern	83700	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
S				
Saalfeld/Saale	07318	Saalfeld/Saale	G, ausgenommen Ortsteil Arnsgereuth	Ort mit Heilstollenkurbetrieb
Saarow	15526	Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad
Sachsa	37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162	Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Heilbad
Salzgitter	38259	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364	Bad Salzschlirf	K	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Salzuflen	32105	Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Heilbad
Salzungen	36433	Bad Salzungen	Bad Salzungen, Dorf Allendorf	(Sole-) Heilbad
Sasbachwalden	77887	Sasbachwalden	G	Kneippkurort
Sassendorf	59505	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Saulgau	88348	Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814	Bad Schandau	Bad Schandau, Krippen, Ostrau	Kneippkurort
Scharbeutz	23683	Scharbeutz	Scharbeutz	Seeheilbad
Scheidegg	88175	Scheidegg	G	Kneippkurort und Heil-klimatischer 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, Fisch-bach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenberg	a) Fredeburg b) Grafschaft	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Schmiedeberg	06905	Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömberg	75328	Schömberg	Schömberg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	83471	Schönau a. Königs-see	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217	Schönberg	Holm	Heilbad und Kneipp-kurort
Schönborn	76669	Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Schönebeck- Salzel-men	39624	Schönebeck-Salzelmen	G	Heilbad
Schönwald	78141	Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427	Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-) Heilbad
Schwalbach	65307	Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	87645	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611	Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
Segeberg	23795	Bad Segeberg	G	Heilbad
Siegsdorf	83313	Siegsdorf	B – Adelholzer Primusquelle	Heilquellen-Kurbetrieb
Sobernheim	55566	Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Felke-Heilbad
Soden am Taunus	65812	Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628	Bad Soden-Salmünster	K	Heilbad
Soltau	29614	Soltau	Soltau	(Sole-) Heilbad
Sooden-Allendorf	37242	Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	26474	Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Blasien	79837	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heil-klimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Seeheilbad und Mine-ralheilbad
Staffelstein	96226	Bad Staffelstein	G	Heilbad
Steben	95138	Bad Steben	G	Heilbad
Stuttgart	70173	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen-Kurberieb
Suderode	06507	Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334	Bad Sülze	G	(Moor- und Sole-) Heil-bad
Sulza	99518	Bad Sulza	G	Sole-Heilbad
T				
Tabarz	99891	Bad Tabarz	G	Kneippheilbad
Tecklenburg	49545	Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach-Zavelstein	75385	Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268	Templin	Templin	Thermalsoleheilbad
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	G	Ort mit Heil-quellen-

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Thyrnau	94136	Thyrnau	B – Sanatorium Kellberg	Kurbetrieb Mineralquellen-Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Seeheilbad
Titisee-Neustadt	79822	Titisee-Neustadt	Titisee	Kneippkurort
Todtmoos	79682	Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	83646	Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Moorheilbad und Heilklimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
Treuchtlingen	91757	Treuchtlingen	B – Altmühltherme/ Lambertusbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
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
Varel	26316	Varel	B – Dangast	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Vilbel	61118	Bad Vilbel	K	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Villingen-Schwenningen	78050	Villingen-Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
W				
Waldbronn	76337	Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Waldsee	88399	Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-) Heilbad und Kneippkurort
Wangerland	26434	Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486	Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	34414	Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (Heilquelle)
Waren (Müritz)	17192	Waren (Müritz)	G	Heilbad
Warmbad	09429	Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Weiskirchen	66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Weißenstadt am See	95163	Weißenstadt am See	Kurzentrum Weißenstadt	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Wenningstedt	25996	Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
Westerland	25980	Westerland	Westerland	Seeheilbad
Wiesbaden	65189	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488	Wiesa	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildemann	38709	Wildemann	G	Kneippkurort
Wildungen	34537	Bad Wildungen	a) K b) Reinhardshausen	Heilbad Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Willingen	34508	Willingen	a) K b) Usseln	Heilklimatischer Kurort, Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Wilsnack	19336	Bad Wilsnack	K	Thermal- und Moorheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Wimpfen	74206	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-) Heilbad
Windsheim	91438	Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimermühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955	Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	25946	Wittdün/Amrum	Wittdün	Seeheilbad
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	Seeheilbad
Z				
Zingst	18374	Ostseebad Zingst	G	Seeheilbad
Zwesten	34596	Zwesten	K	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Zwischenahn	26160	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Heilbad

* B = Einzelkurbetrieb
G = gesamtes Gemeindegebiet
K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

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

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
A	
Abbach-Schloßberg	Abbach
Achmühl	Heilbrunn
Adelholzen	Siegsdorf
Agering	Füssing
Aichmühle	Füssing
Ainsen	Füssing
Alschbach	Blieskastel
Altastenberg	Winterberg
Anatswald	Oberstdorf
An den Heilquellen	Freiburg
Au	Abbach
Au	Grönenbach
Aunham	Birnbach
B	
Balg	Baden-Baden
Baumberg	Heilbrunn
Bayerisch Gmain	Reichenhall
Bensersiel	Esens
Bernwies	Heilbrunn
Berg	Stuttgart
Birgsau	Oberstdorf
Bockswiese	Goslar
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing
Bregnitz	Königsfeld
Bruchhausen	Höxter
Bruck	Hindelang

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbronn
C	
Cannstadt	Stuttgart
D	
Dangast	Varel
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
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
Hartenthal	Wörishofen
Harthausen	Aibling
Hausberge	Porta Westfalica
Heiligendamm	Doberan
Herbisried	Grönenbach
Hermannsborn	Driburg
Hiddesen	Detmold
Hinterstallau	Heilbrunn

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Hinterstein	Hindelang
Höhenhöfe	Wimpfen
Hofham	Endorf
Hoheneck	Ludwigsburg
Holm	Schönberg
Holzhäuser	Füssing
Holzhaus	Füssing
Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Hopfen am See	Füssen
Hopfenberg	Petershagen
Horumersiel	Wangerland
Hub	Füssing
Hub	Heilbrunn
Hueb	Grönenbach
I	
Imnau	Haigerloch
In der Tarrast	Grönenbach
Irching	Füssing
J	
Jauchen	Oberstdorf
Jordanbad	Biberach
K	
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kibling	Reichenhall
Kiensee	Heilbrunn
Kleinwindsheimermühle	Windsheim
Klevers	Grönenbach
Kornofen	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf
Kosilenzien	Liebenwerda
Kreuzbühl	Grönenbach
Krippen	Schandau
Krummsee	Malente
Kurf	Endorf
Kutschenrangen	Berneck
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kibling	Reichenhall
L	
Langau	Heilbrunn
Langenbach	Marienberg
Langenbrücken	Schönborn
Lautzkirchen	Blieskastel
Lichtental	Baden-Baden
Liebenstein	Hindelang
Linden	Heilbrunn
M	
Maasdorf	Liebenwerda
Manneberg	Grönenbach
Meinberg	Horn
Mettnau	Radolfzell
Mingolsheim	Schönborn
Mitterreuthen	Füssing
Monheimsallee	Aachen
Mürnsee	Heilbrunn
N	
Neutrauchburg	Isny
Niederholz	Grönenbach
Niendorf	Timmendorfer Strand
Norddeich	Norden

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
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
Orscholz	Mettlach
Ostfeld	Heilbrunn
Ostrau	Schandau
P	
Pichl	Füssing
Pimsöd	Füssing
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
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

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
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
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
Warmbad	Wolkenstein
Warmeleithen	Berneck
Weghof	Griesbach
Weichs	Abbach
Weidach	Füssing
Weiherweber	Heilbrunn
Westermarsch II	Norden
Westernkotten	Erwitte
Wies	Füssing
Wiesweber	Heilbrunn
Wildstein	Traben-Trarbach
Wilhelmshöhe	Kassel
Wörnern	Heilbrunn
Würding	Füssing
Z	
Zeitlofs	Brückenau
Zeischa	Liebenwerda
Zell	Aibling
Ziegelberg	Grönenbach
Ziegelstadel	Grönenbach
Zieglöd	Füssing
Zinnhaim	Marienberg
Zwicklarn	Füssing

Teil B

Ausland

1. Europäische Union

Land	Ort
Bulgarien	Seebad Goldstrand
Frankreich	Aix-les-Bains Amélie-les-Bains Cambo-les-Bains

Land	Ort
	Dax La Roche-Posay
Italien	Abano Terme Galzignano Ischia Meran Montegrotto Montepulciano
Kroatien	Cres
Lettland	Jurmala
Litauen	Druskininkai
Österreich	Badgastein Bad Hall in Tirol Bad Hofgastein Bad Ischl Bad Schönau Bad Traunstein Bad Waltersdorf Gröbming-Mitterberg Oberlaa
Polen	Kolobrzeg (Kolberg) Swieradow-Zdroj (Bad Flinsberg) Swinemünde Ustron
Rumänien	Bad Felix (Baile Felix)
Slowakei	Bojnice (Deutscher Ortsname: Weinitz) Dudince Piestany Turcianske Teplice
Slowenien	Moravske Toplice (Therme 3000)
Spanien	Heilbad Archena/Archena Murcia
Tschechien	Bad Belohrad (Lazne Belohrad) Bad Joachimsthal/Jachymov Bad Teplitz in Nordböhmen, mit Ortsteil Dubi/ Lazne Teplice v Cechach Franzensbad/Frantiskovy Lazne Freiwaldau/Lazne Jesenik Johannisbad/Janske Lazne Karlsbad/Karlovy Vary Konstantinsbad/Konstantinovy Lazne Luhacovice, Ortsteil Bad Luhacovice Marienbad/Marianske Lazne
Ungarn	Bad Heviz Bad Zalakaros Bük Hajduszoboszlo Komarom Sarvar

2. Außerhalb der Europäischen Union

Land	Region	Ort
Israel	Totes Meer	En Bokek (Ein Boqueq) Sedom
Jordanien	Totes Meer	Sweimeh

Anlage 8

(zu § 21 Abs. 1 Nr. 3)

Beihilfefähige Medizinprodukte

Lfd. Nr.	Produktbezeichnung
0	
0.1	1xklysma salinisch
1	
1.1	ALCON BSS
1.2	AMO ENDOSOL
1.3	Ampuwa Spüllösung
1.4	Amvisc
1.5	Amvisc Plus
1.6	Aqua B. Braun
2	
2.1	Bausch & Lomb Balanced Salt Solution
2.2	BD PosiFlush SP
2.3	BD PosiFlush XS
2.4	belAir NaCl 0,9 %
2.5	BSS DISTRA-SOL
2.6	BSS PLUS (Alcon Pharma GmbH)
2.7	BSS STERILE SPÜLLÖSUNG (Alcon Pharma GmbH)
3	unbesetzt
4	
4.1	Dimet 20
4.2	Dk-line
4.3	DuoVisc
5	
5.1	EtoPril
5.2	Eye-Lotion Balanced Salt Solution
6	
6.1	Freka-Clyss
6.2	Freka Drainjet NaCl 0,9 %
6.3	Freka Drainjet Purisole SM verdünnt
7	unbesetzt
8	
8.1	Healon
8.2	HEALON5
8.3	HEALON GV
8.4	Hedrin Once Liquid Gel
8.5	HSO
8.6	HSO Plus
8.7	HYLO-GEL
9	
9.1	InstillaGel Lubr
9.2	IsoFree
9.3	ISOMOL
9.4	Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango)
10	unbesetzt
11	
11.1	Kinderlax elektrolytfrei
11.2	Klistier Fresenius
11.3	Kochsalz 0,9% Inhalat Pädia
12	unbesetzt
13	
13.1	Macrogol AbZ
13.2	Macrogol dura
13.3	Macrogolratiopharm
13.4	Macrogolratiopharm flüssig Orange
13.5	Macrogol TAD
13.6	Medicoforum Laxativ
13.7	Microvisc plus

13.8	mosquito med LäuseShampoo
13.9	mosquito med LäuseShampoo 10
13.10	MOVICOL
13.11	MOVICOL aromafrei
13.12	MOVICOL flüssig Orange
13.13	MOVICOL Junior aromafrei
13.14	MOVICOL Junior Schoko
13.15	MOVICOL Schoko
13.16	MOVICOL V
13.17	MucoClear 6 %
13.18	myVISC Hyal 1.0
14	
14.1	NaCl 0,9 % B. Braun
14.2	NaCl 0,9 % Fresenius Kabi
14.3	Natriumchlorid-Lösung 6 % zur Inhalation
14.4	Nebusal 7 %
14.5	NYDA
14.6	NYDA Läusespray
15	
15.1	OcuCoat
15.2	Oculentis BSS
15.3	Okta-line
15.4	OPTYLURON NHS 1,0 %
15.5	OPTYLURON NHS 1,4 %
15.6	Oxane 1300
15.7	Oxane 5700
16	
16.1	PädiaSalin 6 %
16.2	Paranix ohne Nissenkamm
16.3	PARI NaCl Inhalationslösung
16.4	ParkoLax
16.5	Pe-Ha-Luron 1,0 %
16.6	Pe-Ha-Visco (2,0 %)
16.7	Polyvisc 2,0 %
16.8	Polysol
16.9	ProVisc
16.10	PURI CLEAR
16.11	Purisole SM verdünnt
17	unbesetzt
18	
18.1	Ringer B. Braun
18.2	Ringer Fresenius Spüllösung
19	
19.1	Saliva natura
19.2	Sentol
19.3	Serag BSS
19.4	Serumwerk-Augenspüllösung BSS
20	
20.1	TauroSept
20.2	TP SalineFlush
21	unbesetzt
22	
22.1	VISCOAT
22.2	VISMED
22.3	VISMED MULTI
23	unbesetzt
24	unbesetzt
25	unbesetzt
26	
26.1	Z-HYALIN