

## **Verordnung über**

### **Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV)**

**Vom 13. Februar 2009 (BGBl. I Seite 326),  
zuletzt geändert durch die vierte Verordnung zur Änderung der Bundesbeihilfe-  
verordnung vom 12. Dezember 2012 (BGBl. I Seite 2657, 19. Dezember 2012)**

**(geltende Textfassung)**

Auf Grund des § 80 Absatz 4 des Bundesbeamtengesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I Seite 160) verordnet das Bundesministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt, dem Bundesministerium der Finanzen, dem Bundesministerium der Verteidigung und dem Bundesministerium für Gesundheit:

### **Inhaltsübersicht**

#### **Kapitel 1                    Allgemeine Vorschriften**

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

## **Kapitel 2                    Aufwendungen in Krankheitsfällen**

### **Abschnitt 1 Ambulante Leistungen**

- § 12    Ärztliche Leistungen
- § 13    Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern
- § 14    Zahnärztliche Leistungen
- § 15    Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- § 16    Auslagen, Material- und Laborkosten
- § 17    Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf
- § 18    Psychotherapeutische Leistungen
- § 19    Psychosomatische Grundversorgung
- § 20    Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
- § 21    Verhaltenstherapie

### **Abschnitt 2 Sonstige Aufwendungen**

- § 22    Arznei- und Verbandmittel
- § 23    Heilmittel
- § 24    Komplextherapien und integrierte Versorgung
- § 25    Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
- § 26    Krankenhausleistungen
- § 27    Häusliche Krankenpflege
- § 28    Familien- und Haushaltshilfe
- § 29    Familien- und Haushaltshilfe im Ausland
- § 30    Soziotherapie
- § 30a    Neuropsychologische Therapie
- § 31    Fahrtkosten
- § 32    Unterkunftskosten
- § 33    Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

### **Abschnitt 3 Rehabilitation**

- § 34    Anschlussheil- und Suchtbehandlungen
- § 35    Rehabilitationsmaßnahmen
- § 36    Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen

### **Kapitel 3    Aufwendungen in Pflegefällen**

- § 37    Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen
- § 38    Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege
- § 39    Vollstationäre Pflege
- § 40    Palliativversorgung

### **Kapitel 4    Aufwendungen in anderen Fällen**

- § 41    Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
- § 42    Schwangerschaft und Geburt
- § 43    Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch
- § 44    Tod der oder des Beihilfeberechtigten
- § 45    Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe und Organspende

### **Kapitel 5    Umfang der Beihilfe**

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

### **Kapitel 6    Verfahren und Zuständigkeit**

- § 51    Bewilligungsverfahren
- § 52    Zuordnung von Aufwendungen
- § 53    (weggefallen)
- § 54    Antragsfrist
- § 55    Geheimhaltungspflicht
- § 56    Festsetzungsstellen
- § 57    Verwaltungsvorschriften

## **Kapitel 7 Übergangs- und Schlussvorschriften**

§ 58 Übergangsvorschriften

§ 59 Inkrafttreten

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

Anlage 11 (zu § 25 Absatz 1 und 4)	Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke
Anlage 12 (zu § 25 Absatz 1, 2 und 4)	Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle
Anlage 13 (zu § 41 Absatz 1)	Ergänzende Früherkennungsuntersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen

## **Kapitel 1**

### **Allgemeine Vorschriften**

#### **§ 1**

#### **Regelungszweck**

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

#### **§ 2**

#### **Beihilfeberechtigte**

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

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

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

oder der Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden. Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach der Sonderurlaubsverordnung unberührt, wenn dieser nicht länger als einen Monat dauert.

(3) Nicht beihilfeberechtigt sind

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

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

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

### **§ 3**

#### **Beamtinnen und Beamte im Ausland**

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

## § 4

### **Berücksichtigungsfähige Angehörige**

(1) Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von Beihilfeberechtigten sind berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 17 000 Euro nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, sind Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die von den Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner der Beihilfeberechtigten nach § 3 im Ausland erzielten Einkünfte bleiben unberücksichtigt. Der Gesamtbetrag der Einkünfte ist durch Vorlage einer Ablichtung des Steuerbescheides nachzuweisen.

(2) Kinder sind berücksichtigungsfähig, wenn sie im Familienzuschlag der oder des Beihilfeberechtigten nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind. Dies gilt für Beihilfeberechtigte nach § 3, wenn

1. Anspruch auf einen Auslandskinderschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes besteht oder
2. ein Auslandskinderschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind sorgeberechtigt ist oder war.

(3) Angehörige beihilfeberechtigter Waisen sind nicht berücksichtigungsfähig.

## § 5

### **Konkurrenzen**

(1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt

1. eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs sowie
2. die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger aus.

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

(3) Die Beihilfeberechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht

1. der Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und
2. der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehörige oder Angehöriger

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

(4) Ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird bei der oder dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, die oder der den Familienzuschlag für das Kind erhält. Beihilfeberechtigte im Sinne von Satz 1 sind Personen, die einen Anspruch auf Beihilfe haben, der in seinem Umfang dem Anspruch nach dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar ist, unabhängig von der jeweiligen Anspruchsgrundlage. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Personen, die Anspruch auf truppenärztliche Versorgung haben oder heilfürsorgeberechtigt sind. Als Familienzuschlag für das Kind gilt eine Leistung nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder der Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes oder vergleichbare Leistungen auf anderer Rechtsgrundlage.

## **§ 6**

### **Beihilfefähigkeit von Aufwendungen**

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

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

(3) Wirtschaftlich angemessen sind grundsätzlich Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, wenn sie dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechen. Als nicht wirtschaftlich angemessen gelten Aufwendungen aufgrund einer Vereinbarung nach § 2 Absatz 2 der Gebührenordnung für Ärzte, nach § 2 Absatz 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte oder nach den Sätzen 2 bis 4 der allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts G der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte. Wirtschaftlich angemessen sind



auch Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen gesetzlicher Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder auf Grund von Verträgen von Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern erbracht worden sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden. Die Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind angemessen, wenn sie die zwischen dem Bundesministerium des Innern und den Heilpraktikerverbänden vereinbarten Höchstbeträge nach Anlage 2 nicht übersteigen.

(4) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen. Gelten Höchstbeträge nach Anlage 11, kann in entsprechender Anwendung des § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzutreten.

(5) Sind Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Absatz 2a oder nach § 257 Absatz 2a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einem Basistarif nach § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes versichert, beurteilt sich die wirtschaftliche Angemessenheit ihrer Aufwendungen nach den in den Verträgen nach § 75 Absatz 3b Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Gebührenregelungen. Solange keine vertraglichen Gebührenregelungen vorliegen, gelten die Maßgaben des § 75 Absatz 3a Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

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

(7) Sofern im Einzelfall die Ablehnung der Beihilfe eine besondere Härte darstellen würde, kann die oberste Dienstbehörde mit Zustimmung des Bundesministeriums des

Innern eine Beihilfe zur Milderung der Härte gewähren. Die Entscheidung ist besonders zu begründen und zu dokumentieren.

## **§ 7**

### **Verweisungen auf das Sozialgesetzbuch**

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

## **§ 8**

### **Ausschluss der Beihilfefähigkeit**

(1) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, denen ein Anspruch auf Heilfürsorge nach § 70 Absatz 2 des Bundesbesoldungsgesetzes oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zusteht,
2. für Gutachten, die nicht von der Festsetzungsstelle, sondern auf Verlangen von der oder dem Beihilfeberechtigten oder von der oder dem berücksichtigungsfähigen Angehörigen veranlasst worden sind,

3. für ärztliche und zahnärztliche Bescheinigungen für berücksichtigungsfähige Angehörige mit Ausnahme medizinisch notwendiger Bescheinigungen,
4. für den Besuch vorschulischer oder schulischer Einrichtungen oder von Werkstätten für Behinderte,
5. für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und heilpädagogische Maßnahmen,
6. für Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere ästhetischer Operationen, Tätowierungen oder Piercings und
7. für Behandlungen durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder der oder des Behandelten; in diesen Fällen sind nur die tatsächlich entstandenen Sachkosten beihilfefähig.

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

(3) Nicht beihilfefähig sind gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile, Selbstbehalte nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sowie Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Werden diese Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht nachgewiesen, gelten 15 Prozent der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

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

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

schen Union in Anspruch genommen werden; ausgenommen sind Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus.

Satz 3 gilt nicht

1. für Personen, die Leistungen nach § 10 Absatz 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder hierauf Bezug nehmenden Vorschriften erhalten,
2. freiwillig gesetzlich Versicherte mit einem monatlichen Beitragszuschuss zur Krankenversicherung von weniger als 21 Euro sowie
3. für berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden.

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

## § 9

### **Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen**

(1) Soweit Aufwendungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen von dritter Seite getragen oder erstattet werden, sind sie vor Berechnung der Beihilfe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht für Erstattungen und Sachleistungen an Beihilfeberechtigte, die dem gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaft angehören. Unterhaltsansprüche von Beihilfeberechtigten gelten nicht als Ansprüche auf Kostenerstattung.

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

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

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

3. Erstattungen und Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

(4) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 Satz 1 bis 3 abgesehen werden, wenn die zustehenden Leistungen wegen Gefahr für Leib und Leben nicht in Anspruch genommen werden konnten oder wegen der besonderen Verhältnisse im Ausland tatsächlich nicht zu erlangen waren.

## **§ 10**

### **Beihilfeanspruch**

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

(2) Nach dem Tod der oder des Beihilfeberechtigten kann die Beihilfe mit befreiender Wirkung auf folgende Konten gezahlt werden:

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

## **§ 11**

### **Aufwendungen im Ausland**

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

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

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

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

(3) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dies gilt nicht in den Fällen des § 31 Absatz 5.

## **Kapitel 2**

### **Aufwendungen in Krankheitsfällen**

#### **Abschnitt 1**

#### **Ambulante Leistungen**

#### **§ 12**

#### **Ärztliche Leistungen**

Aufwendungen für ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 6 in Krankheitsfällen grundsätzlich beihilfefähig. Die Vorschriften

des Kapitels 4 bleiben unberührt. Aufwendungen für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für den Dienstherrn der oder des Beihilfeberechtigten trägt die Festsetzungsstelle.

### **§ 13**

#### **Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern**

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

### **§ 14**

#### **Zahnärztliche Leistungen**

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

### **§ 15**

#### **Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**

(1) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte sind beihilfefähig bei

1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in

- a) Tumoroperationen,
- b) Entzündungen des Kiefers,
- c) Operationen infolge großer Zysten, zum Beispiel großer folikulärer Zysten oder Keratozysten,
- d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
- e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dyplasien oder
- f) Unfällen,

2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,
3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (zum Beispiel Spastiken) oder
5. implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer.

Im Fall des Satzes 1 Nummer 5 sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Liegt keiner der in Satz 1 Nummer 1 bis 5 genannten Fälle vor, sind die Aufwendungen für höchstens zwei Implantate je Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. Die Aufwendungen, einschließlich der Material- und Laborkosten nach den §§ 4 und 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte, sind entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nicht beihilfefähigen zur Gesamtzahl der Implantate zu kürzen. Aufwendungen für Suprakonstruktionen sind immer beihilfefähig

(2) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

1. bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist oder
2. bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt

und die Festsetzungsstelle den Aufwendungen vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines vorgelegten Heil- und Kostenplanes zugestimmt hat. Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der auf Grundlage des Heil- und Kostenplanes von der Festsetzungsstelle genehmigten kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig. Die Aufwendungen für den Heil- und Kostenplan nach Satz 1 sind beihilfefähig. Bei einem von der oder dem Beihilfeberechtigten oder der oder dem berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu vertretenden Abbruch einer kieferorthopädischen Behandlung oder bei einem Wechsel der Kieferorthopädin oder des Kieferorthopäden bleiben nur die Aufwendungen beihilfefähig, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind.

(3) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen:

1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen,
2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,
3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte,



4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen oder
5. umfangreiche Gebiss-Sanierungen. Diese liegen vor, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz, Kronen oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist.

Die oder der Beihilfeberechtigte hat der Festsetzungsstelle eine Kopie der zahnärztlichen Dokumentation nach Nummer 8000 der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vorzulegen.

## **§ 16**

### **Auslagen, Material- und Laborkosten**

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

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

## **§ 17**

### **Zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf**

(1) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig, soweit sie nicht in Absatz 2 ausgenommen sind.

- (2) Von der Beihilfefähigkeit nach Absatz 1 ausgenommen sind Aufwendungen für
1. prothetische Leistungen,
  2. Inlays und Zahnkronen,
  3. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie
  4. implantologische Leistungen.

Aufwendungen nach Satz 1 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn sie auf einem Unfall während des Vorbereitungsdienstes beruhen oder wenn die oder der Beihilfeberech-

tigte zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

## **§ 18**

### **Psychotherapeutische Leistungen**

(1) Psychotherapeutische Leistungen sind Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 19), der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie (§ 20) sowie der Verhaltenstherapie (§ 21).

(2) Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie sind nur beihilfefähig bei

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

(3) Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind Aufwendungen für eine Psychotherapie beihilfefähig bei

1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
  2. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substituionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,
  3. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
  4. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,
  5. psychischer Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.
- Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach Anlage 3 Abschnitt 2 bis 4 erbracht wer-

den. Eine Sitzung der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie oder Verhaltenstherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

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

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

Das Gutachten nach Satz 1 Nummer 3 ist bei einer Gutachterin oder einem Gutachter einzuholen, die oder der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Ersatzkassen e. V. bestellt worden ist. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen kann das Gutachten beim Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes oder bei einer Ärztin oder einem Arzt eingeholt werden, die oder den der Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes beauftragt hat.

(5) Für die psychosomatische Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 1 Nummer 2 und 3 nicht erfüllt sein. Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.

(6) Aufwendungen für

1. katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig,
2. Rational-Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig,
3. eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(7) Vor Behandlungen durch Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung muss eine Ärztin oder ein Arzt vornehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich bestätigen.

(8) Haben Beihilfeberechtigte nach § 3 oder ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen am Dienort keinen direkten Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen, sind die Aufwendungen für die folgenden Leistungen auch dann beihilfefähig, wenn die Leistungen internetgestützt erbracht werden:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte oder
2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Bei internetgestützter Therapie sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie in Gruppen sowie analytische Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie sind nach Einholung eines erneuten Gutachtens gegebenenfalls umzuwandeln. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind. Das Therapieverfahren kann durch Einzelkontakt mittels Telefon oder E-Mail erfolgen.

(9) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 19 bis 21 und
2. die in Anlage 3 Abschnitt 1 aufgeführten Behandlungsverfahren.

## **§ 19**

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

## § 20

### Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

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

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Erwachsenen:

	<b>Einzelbehandlung</b>	<b>Gruppenbehandlung</b>
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
besondere Fälle	30 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist	höchstens 20 weitere Sitzungen	höchstens 20 weitere Sitzungen

2. analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

	<b>Einzelbehandlung</b>	<b>Gruppenbehandlung</b>
Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin / des Therapeuten	80 weitere Sitzungen	40 weitere Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals 80 weitere Sitzungen	nochmals 40 weitere Sitzungen
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist	begrenzte Behandlungsdauer von bis zu 60 weiteren Sitzungen	begrenzte Behandlungsdauer von bis zu 30 weiteren Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern:

	<b>Einzelbehandlung</b>	<b>Gruppenbehandlung</b>
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin / des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals 30 weitere Sitzungen	nochmals 30 weitere Sitzungen

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen:

	<b>Einzelbehandlung</b>	<b>Gruppenbehandlung</b>
Regelfall	90 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin / des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals 40 weitere Sitzungen	nochmals 30 weitere Sitzungen

In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten belegte notwendige Behandlung auch für eine über die in Satz 1 Nummer 3 und 4 zugelassene Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkannt werden. Hierüber entscheidet die oberste Dienstbehörde.

(2) Der Beihilfefähigkeit steht nicht entgegen, wenn bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen einbezogen werden.

(3) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines besonders begründeten Erstantrages durchgeführt werden.

## § 21

### **Verhaltenstherapie**

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapien nach den Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bei Erwachsenen

	<b>Einzelbehandlung</b>	<b>Gruppenbehandlung</b>
Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	15 weitere Sitzungen	15 weitere Sitzungen
nur in besonderen Ausnahmefällen	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

2. bei Kindern und Jugendlichen einschließlich gegebenenfalls notwendiger begleitender Behandlung von Bezugspersonen

	<b>Einzelbehandlung</b>	<b>Gruppenbehandlung</b>
Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	15 weitere Sitzungen	15 weitere Sitzungen
nur in besonderen Ausnahmefällen	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

(2) Von dem Anerkennungsverfahren nach § 18 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin oder des Therapeuten nach Anlage 3 Abschnitt 4 vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonderen Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hierüber unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 18 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen.

**Abschnitt 2**  
**Sonstige Aufwendungen**

**§ 22**  
**Arznei- und Verbandmittel**

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

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

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen (Anlage 5), es sei denn, dass im Einzelfall nicht der in Anlage 5 genannte Zweck, sondern die Behandlung einer anderen Körperfunktionsstörung im Vordergrund steht, die eine Krankheit ist, und
  - a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt oder
  - b) die anderen zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,
2. verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Behandlung von
  - a) Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt,
  - b) Mund- und Rachenerkrankungen, ausgenommen bei
    - aa) Pilzinfektionen,
    - bb) Geschwüren in der Mundhöhle oder
    - cc) nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,
  - c) Verstopfung, ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase oder
  - d) Reisekrankheiten, ausgenommen bei der Anwendung gegen Erbrechen bei Tumortherapie und anderen Erkrankungen, zum Beispiel Menièrescher Symptomkomplex, soweit die Arzneimittel nicht für Minderjährige bestimmt sind,
3. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, sie
  - a) sind für Minderjährige mit Entwicklungsstörungen und für Kinder unter zwölf Jahren bestimmt,
  - b) wurden für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet oder



- c) gelten bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard und werden mit dieser Begründung ausnahmsweise verordnet; die beihilfefähigen Ausnahmen ergeben sich aus Anlage 6,
4. hormonelle Mittel zur Empfängnisverhütung; dies gilt nicht bei Personen unter 20 Jahren oder wenn diese Mittel unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung zur Behandlung einer Krankheit verordnet werden.

(3) Aufwendungen für Arzneimittel, die nach Anlage 7 den Arzneimittelgruppen, für die ein Festbetrag nach § 35 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgesetzt werden kann, zuzuordnen sind, sind nur bis zur Höhe der Festbeträge nach den Übersichten nach § 35 Absatz 8 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

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

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

## **§ 23**

### **Heilmittel**

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel und die dabei verbrauchten Stoffe sind beihilfefähig, wenn diese in Anlage 9 aufgeführt sind und von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe nach Anlage 10 angewandt werden. Bei einer Sprachtherapie sind auch Aufwendungen für Leistungen staatlich anerkannter

Sprachtherapeuten sowie vergleichbar qualifizierter Personen beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind auf die in Anlage 9 genannten Höchstbeträge beschränkt.

(2) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel anstelle der in Absatz 1 Satz 3 genannten Höchstbeträge nach den ortsüblichen Gebühren unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich, außer bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, um 10 Prozent der Kosten, die die maßgeblichen Höchstbeträge nach Absatz 1 Satz 3 übersteigen, höchstens jedoch um zehn Euro zuzüglich zehn Euro für jede Verordnung.

## **§ 24**

### **Komplextherapien und integrierte Versorgung**

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

(2) Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht nach Absatz 1 beihilfefähig.

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

## § 25

### **Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke**

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

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

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

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

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

(5) Aufwendungen für den Betrieb und die Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind nur in

Höhe des 100 Euro je Kalenderjahr übersteigenden Betrages beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien von Hörgeräten sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

## § 26

### Krankenhausleistungen

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden, für

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

(2) Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, die allgemeinen Krankenhausleistungen (Absatz 1 Nummer 2) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt; dabei wird die obere Grenze des nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt,

2. in allen anderen Fällen der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, soweit der tägliche Gesamtbetrag folgende Beträge nicht übersteigt:
  - a) bei vollstationärer  
Behandlung Volljähriger 293,80 Euro,
  - b) bei teilstationärer  
Behandlung Volljähriger 225,60 Euro,
  - c) bei vollstationärer  
Behandlung Minderjähriger 379,20 Euro,
  - d) bei teilstationärer  
Behandlung Minderjähriger 286,80 Euro,
3. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft in einem Zweibettzimmer bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors abzüglich 14,50 Euro täglich,
4. zur Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste.

Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a und Nummer 4 gilt entsprechend. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteile der Leistungen nach Absatz 1 Nummer 2 sind. Vor der Aufnahme in ein Krankenhaus nach Satz 1 kann eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.

(3) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b entspricht, es sei denn, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig. Der in Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe b genannte Abzugsbetrag ist zu berücksichtigen. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die für den Einsatz von Unternehmen entstehen, die bei der Abrechnung von im Ausland erbrachten stationären Leistungen tätig werden.

## § 27

### Häusliche Krankenpflege

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

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

In Ausnahmefällen können die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum anerkannt werden, wenn eine medizinische Stellungnahme darüber vorgelegt wird, dass häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum notwendig ist. Ist eine Behandlungspflege erforderlich, um sicherzustellen, dass das Ziel der ärztlichen Behandlung erreicht wird, ist Satz 1 Nummer 1 nicht anzuwenden.

(2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 umfasst

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

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

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

## **§ 28**

### **Familien- und Haushaltshilfe**

(1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind in angemessener Höhe beihilfefähig, wenn

1. die oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige den Haushalt wegen ihrer oder seiner notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 26 und 32 Absatz 1, §§ 34 und 35 Absatz 1 Nummer 1 bis 5, §§ 39 und 40 Absatz 2) nicht weiterführen kann oder verstorben ist,
2. im Haushalt mindestens eine Beihilfeberechtigte, ein Beihilfeberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, die oder der pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und

3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.  
In besonderen Ausnahmefällen kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde von diesen Voraussetzungen abgewichen werden.

(2) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind auch für die ersten 28 Tage nach dem Ende einer außerhäuslichen Unterbringung beihilfefähig, wenn deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wurde. Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Im Todesfall der haushaltführenden Person sind die Aufwendungen nach Absatz 1 für sechs Monate, in besonders begründeten Ausnahmefällen für zwölf Monate beihilfefähig. § 27 Absatz 3 gilt entsprechend.

(3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

## **§ 29**

### **Familien- und Haushaltshilfe im Ausland**

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

1. eine ambulante ärztliche Behandlung der oder des Beihilfeberechtigten oder der oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die oder der, der den Haushalt allein führt, in einem anderen Land als dem Gastland notwendig ist,
2. mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und
3. die Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert.

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

(3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter vier Jahren beim Verlassen des Dienstortes mitgenommen, sind die hierfür notwendigen Fahrtkosten beihilfefähig. Übernehmen die Ehegattin, der Ehegatte, die Le-

benspartnerin, der Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder des die Familien- und Haushaltshilfe in Anspruch Nehmenden die Führung des Haushalts, sind die damit verbundenen Fahrtkosten bis zur Höhe der andernfalls für eine Familien- und Haushaltshilfe anfallenden Aufwendungen beihilfefähig.

### **§ 30**

#### **Soziotherapie**

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

### **§ 30a**

#### **Neuropsychologische Therapie**

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

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

Satz 1 gilt auch bei Behandlungen, die durchgeführt werden von

1. ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,
  2. psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten oder
  3. Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten,
- wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Absatz 3.



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

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

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

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

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

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

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

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

## § 31

### Fahrtkosten

(1) Aufwendungen für Rettungsfahrten zum Krankenhaus sind beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten

1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen,
2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn
  - a) dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder

- b) die Festsetzungsstelle zugestimmt hat,
3. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung in besonderen Ausnahmefällen nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle,
  4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine - andernfalls medizinisch gebotene - stationäre Krankenbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
  5. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
  6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist, und
  7. der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten Kindes oder Jugendlichen in begründeten Ausnahmefällen.

(3) Nicht beihilfefähig sind

1. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen sowie
2. Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Behandlungen außerhalb der Europäischen Union. Ausnahmen sind zulässig, soweit sie aus zwingenden medizinischen Gründen im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes erforderlich sind. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen.

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

(5) Ist für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn

1. eine sofortige Behandlung geboten war oder
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.

## **§ 32**

### **Unterkunftskosten**

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

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

(3) Aufwendungen nach den Absätzen 1 und 2 sind für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen auch beihilfefähig für notwendige ambulante ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Gastlandes. Die Aufwendungen für eine Unterkunft im Ausland sind bis zu 150 Prozent der Höhe der Auslandsübernachtungsgeldsätze nach der Anlage zur Auslandsreisekostenverordnung beihilfefähig.

## **§ 33**

### **Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten**

Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, sind beihilfefähig, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der obersten Dienstbehörde. Die oberste Dienstbehörde hat vor ihrer Zustimmung das Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern herzustellen.

### **Abschnitt 3 Rehabilitation**

#### **§ 34**

#### **Anschlussheil- und Suchtbehandlungen**

(1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. In Ausnahmefällen liegt eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 auch vor, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nach einer ambulanten Behandlung erfolgt, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung stand.

(2) Aufwendungen für ärztlich verordnete Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Aufwendungen für die ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(3) Die Beihilfefähigkeit nach den Absätzen 1 und 2 setzt voraus, dass die dort genannten ärztlichen Verordnungen die Rehabilitationsmaßnahme jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet haben und nicht von der Einrichtung stammen, bei der die jeweilige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt wird. Die Einrichtung muss für die Durchführung der Anschlussheil- oder Suchtbehandlung geeignet sein. Maßnahmen nach Absatz 2 sind nur nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. In begründeten Ausnahmefällen kann die Zustimmung nachträglich erfolgen.

(4) § 31 Absatz 2 sowie § 35 Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 1 bis 4 und 5 Buchstabe a und b gelten entsprechend ohne die zeitliche Begrenzung des Satzes 2 Nummer 5 Buchstabe a und b auf 21 Tage.

#### **§ 35**

#### **Rehabilitationsmaßnahmen**

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Krankenhäusern und Einrichtungen, die unter ärztlicher Leitung stehen und besondere Heilbehandlungen durchführen, beispielsweise mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie, soweit die dafür erforderliche Ausstattung und das Pflegepersonal vorhanden sind,
2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Muttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung,
3. ärztlich verordnete familienorientierte Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose, leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert,
4. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für Beihilfeberechtigte nach § 2 Absatz 1 Nummer 1,
5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen und
6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung.

(2) Für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18 und 22 bis 25 und 26 Absatz 1 Nummer 3 beihilfefähig. Daneben sind bei Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beihilfefähig:

1. Fahrtkosten für die An- und Abreise
  - a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten und
  - b) mit privaten Kraftfahrzeugen in entsprechender Anwendung des § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes,insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,
2. Aufwendungen durch ärztliche Bescheinigung als medizinisch notwendig anerkannter Begleitpersonen,
3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitpersonen,
4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,
5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
  - a) bei stationärer Rehabilitation einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise), es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
  - b) für Begleitpersonen bei stationärer Rehabilitation für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) 70 Prozent des niedrigsten Satzes, es sei denn, eine

Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen der oder des Begleiteten dringend erforderlich,

- c) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt,
- d) bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) und
- e) der Begleitpersonen bei ambulanten Maßnahmen in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise).

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

## **§ 36**

### **Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen**

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

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

Für die Anerkennung einer Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 Nummer 1 ist ein Gutachten nicht notwendig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer solchen Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist. Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme. In begründeten Ausnahmefällen kann die Anerkennung auch nachträglich erfolgen.

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

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

### **Kapitel 3**

#### **Aufwendungen in Pflegefällen**

##### **§ 37**

#### **Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen**

(1) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich an den Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige Leistungen der Pflegeversicherung

1. beziehen oder
2. beantragt haben und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

(2) Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen, wenn sie

1. pflegebedürftig im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind und sie die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, nach Maßgabe der §§ 38 und 39 oder
2. die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, nach Maßgabe des § 38 Absatz 8 und 9.

## **§ 38**

### **Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege**

(1) Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe sind in Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Sätze beihilfefähig, soweit sie die in § 14 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Verrichtungen zur Sicherstellung der Grundpflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung sowie die Betreuungsleistungen nach § 36 Absatz 1 Satz 5 und § 124 Absatz 1 bis 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch betreffen und für geeignete Pflegekräfte entstehen, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Ausgenommen sind dabei Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1, soweit sie nach § 27 beihilfefähig sind. § 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 kann auch eine Pauschalbeihilfe gewährt werden, soweit die häusliche Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalbeihilfe richtet sich dabei nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf Pauschalbeihilfen anzurechnen. Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die getätigten Aufwendungen im Rahmen der Pauschalbeihilfe zur Hälfte berücksichtigt. Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, soweit Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge nach § 26c des Bundesversorgungsgesetzes berühren die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht. Darüber hinaus sind Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch sowie die in § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit beihilfefähig.



(3) Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 nur teilweise durch eine der in Absatz 1 Satz 1 genannten Pflegekräfte, wird daneben anteilige Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 gewährt. Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 gewährt wird. Während einer Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege nach Absatz 7 wird jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr die Hälfte der zuvor geleisteten Pauschalbeihilfe gewährt. Pflegebedürftige Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten ungeminderte Pauschalbeihilfe anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

(4) Sind die Voraussetzungen nach Absatz 2 nicht für einen vollen Kalendermonat erfüllt, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. Während einer Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege nach Absatz 7 wird jeweils für bis zu Wochen je Kalenderjahr die Hälfte der zuvor geleisteten Pauschalbeihilfe gewährt. Verstirbt die oder der Pflegebedürftige, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist.

(5) Werden Leistungen nach den Absätzen 1 bis 3 in ambulant betreuten Wohngruppen erbracht, gilt § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Daneben sind die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen nach den Vorgaben des § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(6) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind nur beihilfefähig, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der oder des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Pflegebedürftige können die beihilfefähigen Aufwendungen für die teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege mit Aufwendungen für die häusliche Pflege nach Absatz 1 oder Absatz 2 nach ihrer Wahl kombinieren. § 41 Absatz 4 bis 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend

(7) Bei Verhinderung der Pflegeperson und bei Kurzzeitpflege gelten die §§ 39 und 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(8) Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen nach § 37 Absatz 2 Nummer 2 mit oder ohne Zuordnung zu einer Pflegestufe nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Beihilfe entsprechend den §§ 45b, 123 Absatz 2 Nummer 1

bis 3, Absatz 3 und 4, § 124 Absatz 1 bis 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, Absatz 10 sowie im Falle der Verhinderung der Pflegeperson nach Absatz 7.

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

(10) Beihilfe wird auch zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gewährt. Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist der Aufwendungsbetrag dem Grunde nach beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird.

## **§ 39**

### **Vollstationäre Pflege**

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

1. pflegebedingte Aufwendungen,
2. Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, soweit hierzu nicht nach § 27 Beihilfe gewährt wird, und
3. Aufwendungen für soziale Betreuung.

§ 43 Absatz 2, 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für Pflegeleistungen, die über die nach Absatz 1 beihilfefähigen Aufwendungen hinausgehen, Verpflegung und Unterkunft einschließlich der Investitionskosten sind auf besonderen Antrag beihilfefähig, soweit die Pflegeeinrichtung monatlich abrechnet und von den durchschnittlichen monatlichen Einnahmen nach Absatz

3 nicht mindestens ein Betrag in Höhe der Summe der folgenden monatlichen Beträge verbleibt:

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

Satz 1 gilt bei anderen Abrechnungszeiträumen entsprechend. Satz 1 gilt nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Hat eine Beihilfeberechtigte, ein Beihilfeberechtigter, eine berücksichtigungsfähige Angehörige oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger Anspruch auf Zuschuss zu den Unterkunfts-, Investitions- und Verpflegungskosten nach landesrechtlichen Vorschriften, sind die Aufwendungen nach Satz 1 in Höhe des tatsächlich gezahlten Zuschusses zu mindern.

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

1. die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleibenden Bruttobezüge nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 des Bundesbesoldungsgesetzes und der Altersteilzeitzuschlag; ausgenommen ist der kinderbezogene Familienzuschlag,
2. die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleibenden Bruttobezüge nach § 2 des Beamtenversorgungsgesetzes mit Ausnahme des Unterschiedsbetrags nach § 50 Absatz 1 Satz 2 des Beamtenversorgungsgesetzes, soweit der oder dem Beihilfeberechtigten nicht nach § 57 des Beamtenversorgungsgesetzes geringere Versorgungsbezüge zustehen; der Unfallausgleich nach § 35 des Beamtenversorgungsgesetzes und die Unfallentschädigung nach § 43 des Beamtenversorgungsgesetzes sowie die Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch bleiben unberücksichtigt,
3. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der oder des Beihilfeberechtig-

ten, der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; maßgeblich ist der Betrag, der sich vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses ergibt, sowie 4. der unter § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes fallende Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners.

Die Einnahmen sind jährlich nachzuweisen. Macht die oder der Beihilfeberechtigte glaubhaft, dass die Einnahmen im Jahr der Antragstellung voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zugrunde zu legen.

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

(5) Beihilfefähig sind Aufwendungen nach § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wurde.

(6) Aufwendungen für Vergütungszuschläge nach § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig.

## **§ 40**

### **Palliativversorgung**

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

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

## **Kapitel 4** **Aufwendungen in anderen Fällen**

### **§ 41** **Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen**

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

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

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

(3) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Maßnahmen zur Früherkennung, Überwachung und Verhütung von Erkrankungen, die nicht nach anderen Vorschriften dieser Verordnung beihilfefähig sind, in Verwaltungsvorschriften für diejenigen Fälle ausnahmsweise zulassen, in denen die Gewährung von Beihilfe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 78 des Bundesbeamtengesetzes notwendig ist.

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

### **§ 42** **Schwangerschaft und Geburt**

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

1. die Schwangerschaftsüberwachung,
2. die Hebamme oder den Entbindungspfleger,
3. von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

4. eine Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen. § 27 Absatz 3 gilt entsprechend.

(2) Bei Beihilfeberechtigten nach § 3 und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind in Geburtsfällen zusätzlich die vor Aufnahme in ein Krankenhaus am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft beihilfefähig. § 32 Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt des Ehegatten, der Lebenspartnerin, der Eltern oder der Kinder der Schwangeren.

### **§ 43**

#### **Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch**

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

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

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

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

## § 44

### **Tod der oder des Beihilfeberechtigten**

Ist eine Beihilfeberechtigte oder ein Beihilfeberechtigter während einer Dienstreise, einer Abordnung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes ihrer oder seiner Hauptwohnung nach § 12 Absatz 2 Satz 2 des Melderechtsrahmengesetzes verstorben, sind die Kosten der Überführung beihilfefähig. Für Beihilfeberechtigte nach § 3 sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig. Der Bemessungssatz für die Überführungskosten beträgt 100 Prozent.

## § 45

### **Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe und Organspende**

(1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

1. Erste Hilfe,
2. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe und
3. Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige soweit die Kommunikationshilfen für den Erfolg beihilfefähiger Leistungen zur Kommunikation Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger mit den Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern im Einzelfall, insbesondere wegen der Komplexität der Kommunikation, erforderlich ist und im Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes bestünde.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen bei postmortalen Organspenden (Vermittlung, Entnahme, Versorgung und Transport des Organs sowie die Organisation für die Bereitstellung des postmortalen Organs zur Transplantation), soweit es sich bei den Organempfängern um Beihilfeberechtigte oder deren berücksichtigungsfähige Angehörige handelt.

(3) Aufwendungen für eine Organspenderin oder einen Organspender sind entsprechend Kapitel 2 beihilfefähig, wenn die Organempfängerin oder der Organempfänger beihilfeberechtigt ist oder zu den berücksichtigungsfähigen Angehörigen zählt. Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkünften, der von der Organspenderin oder dem Organspender nachgewiesen wird oder von Personen, die als Organspenderin oder Organspender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen. Dem Arbeitgeber der Organspenderin oder des Organspenders wird auf Antrag das fortgezahlte Ent-

gelt entsprechend des Bemessungssatzes der Organempfängerin oder des Organempfängers erstattet.

(4) Aufwendungen für die Registrierung von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen für die Suche nach einer nicht verwandten Blutstammzellspenderin oder einem nicht verwandten Blutstammzellspender im Zentralen Knochenmarkspender-Register sind beihilfefähig.

## **Kapitel 5 Umfang der Beihilfe**

### **§ 46 Bemessung der Beihilfe**

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

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

1. Beihilfeberechtigte 50 Prozent,
2. Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen mit Ausnahme der Waisen 70 Prozent,
3. berücksichtigungsfähige Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner 70 Prozent und
4. berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 Prozent.

(3) Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent. Dies gilt bei mehreren Beihilfeberechtigten nur für diejenigen, die den Familienzuschlag nach § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes oder den Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes beziehen. § 5 Absatz 4 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 2 ist nur dann anzuwenden, wenn einer oder einem Beihilfeberechtigten nicht aus anderen Gründen bereits ein Bemessungssatz von 70 Prozent zusteht. Beihilfeberechtigte, die Elternzeit in Anspruch nehmen, erhalten während dieser Zeit den Bemessungssatz, der ihnen am Tag vor Beginn der Elternzeit zustand. Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrerinnen und



Hochschullehrer beträgt 70 Prozent, wenn ihnen sonst aufgrund einer nach § 5 nachrangigen Beihilfeberechtigung ein Bemessungssatz von 70 Prozent zustände.

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

## **§ 47**

### **Abweichender Bemessungssatz**

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

(2) Den Bemessungssatz von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit geringen Gesamteinkünften kann die oberste Dienstbehörde für höchstens drei Jahre um höchstens 10 Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent der geringen Gesamteinkünfte übersteigt. Die geringen Gesamteinkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Ehegattin, den berücksichtigungsfähigen Ehegatten, die berücksichtigungsfähige Lebenspartnerin oder den berücksichtigungsfähigen Lebenspartner ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Bei einer erneuten Antragstellung ist von den fiktiven Beiträgen zur Krankenversicherung auszugehen, die sich unter Zugrundelegung eines Bemessungssatzes nach § 46 ergeben würden.

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

(4) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung aufgrund eines individuellen Ausschlusses wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für

die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent. Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 1 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.

(5) Der Bemessungssatz erhöht sich für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen in den Fällen nach § 31 Absatz 5 und § 41 Absatz 5 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen für die Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungs-, Untersuchungs- oder Entbindungsort, soweit diese Aufwendungen 153 Euro übersteigen und in Fällen nach § 36 Absatz 3, soweit diese Aufwendungen 200 Euro übersteigen.

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

(7) Für beihilfefähige Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, deren Beiträge für eine private Krankenversicherung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen mit mindestens 41 Euro monatlich bezuschusst werden, ermäßigt sich der Bemessungssatz für die Zuschussempfängerin oder den Zuschussempfänger um 20 Prozentpunkte. Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

(8) Für Beihilfeberechtigte nach § 3 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhöht sich der Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den §§ 38 und 39 auf 100 Prozent, wenn eine Pflegestufe vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden.

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

## **§ 48 Begrenzung der Beihilfe**

Die Beihilfe darf zusammen mit Sachleistungen und Erstattungen, die aus demselben Anlass aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung sowie aufgrund von anderen Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährt werden, die Höhe der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Der Umfang des bestehenden Krankenversicherungsschutzes einschließlich abgeschlossener Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist gegenüber der Festsetzungsstelle nachzuweisen. Hierbei bleiben Zahlungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaus-tagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen, soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, und das Sterbegeld nach § 18 Absatz 2 Nummer 2 des Beamtenversorgungsgesetzes unberücksichtigt. Die Sachleistungen und Erstattungen sind durch Belege nachzuweisen. Dies gilt nicht für Erstattungen aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung nach einem Prozentsatz.

## **§ 49 Eigenbehalte**

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

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

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt der Eigenbehalt 10 Prozent der insgesamt beihilfefähigen Aufwendungen, jedoch höchstens zehn Euro für den gesamten Monatsbedarf.

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

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

## 2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Nummer 1 und 2.

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

(4) Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für

1. Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, außer Fahrtkosten,
2. Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
3. ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel,
4. Arznei- und Verbandmittel nach § 22 Absatz 1 Nummer 1 und 2,
  - a) die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet worden sind oder
  - b) deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Umsatzsteuer mindestens 30 Prozent niedriger ist als der jeweils gültige Festbetrag, der diesem Preis zugrunde liegt,
5. Heil- und Hilfsmittel, soweit vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind, sowie
6. Harn- und Blutteststreifen.

(5) Auf Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die in einem beihilfeergänzenden Standardtarif nach § 257 Absatz 2a in Verbindung mit § 314 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 257 Absatz 2a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einem Basistarif nach § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes oder beihilfeergänzend bei der Postbeamtenkrankenkasse versichert sind, werden die Eigenbehalte nach den Absätzen 1 bis 3 mit der Maßgabe angewandt, dass die von der privaten Krankenversicherung oder der Postbeamtenkrankenkasse abgezogenen Selbstbehalte als Eigenbehalte zu berücksichtigen sind.

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

## § 50 Belastungsgrenzen

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

1. Eigenbehalte nach § 49 von den beihilfefähigen Aufwendungen oder der Beihilfe für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen,
2. Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 22 Absatz 2 Nummer 3, die nicht den Ausnahmeregelungen unterliegen, in voller Höhe als beihilfefähig anzuerkennen, wenn die Aufwendungen pro verordnetem Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen:
  - a) für Beihilfeberechtigte der Besoldungsgruppen A 1 bis A 8  
sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige 8 Euro,
  - b) für Beihilfeberechtigte der Besoldungsgruppen A 9 bis A 12  
sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige 12 Euro,
  - c) für Beihilfeberechtigte höherer Besoldungsgruppen sowie  
deren berücksichtigungsfähige Angehörige 16 Euro.

Ein Antrag muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Eigenbehalte nach § 49 einbehalten worden sind. Dabei sind die Beträge nach § 49 Absatz 1 bis 3 entsprechend der Höhe des tatsächlichen Abzugs sowie Aufwendungen für Arzneimittel nach Nummer 2 zum entsprechenden Bemessungssatz zu berücksichtigen. Die oder der Beihilfeberechtigte hat das Einkommen nach § 39 Absatz 3, die anrechenbaren Eigenbehalte und die Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nachzuweisen. Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen 2 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3 sowie für chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. Seite 1343), die zuletzt am 19. Juni 2008 (BAnz. Seite 3017) geändert worden ist, 1 Prozent der jährlichen Einnahmen nach § 39 Absatz 3.

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

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

## **Kapitel 6**

### **Verfahren und Zuständigkeit**

#### **§ 51**

#### **Bewilligungsverfahren**

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

(2) In Pflegefällen hat die Festsetzungsstelle im Regelfall die Gutachten zugrunde zu legen, die für die private oder soziale Pflegeversicherung zum Vorliegen dauernder Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt wurden. Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Pflegeversicherung angehören, und bei Bedarf auch für Beihilfeberechtigte nach § 3 und deren berücksichtigungsfähige Angehörige hat die Festsetzungsstelle ein entsprechendes Gutachten erstellen zu lassen. Auf Antrag kann die Festsetzungsstelle Beihilfe für Aufwendungen in Pflegefällen (§§ 37 bis 39) bis zu zwölf Monate regelmäßig wiederkehrend leisten, wenn die oder der Beihilfeberechtigte sich in dem Antrag verpflichtet,

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

(3) Die Beihilfe wird auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der oder des Beihilfeberechtigten bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrunde liegenden Belege sind der Festsetzungsstelle als Zweitschrift oder in Kopie mit dem Antrag oder gesondert vorzulegen. Liegen konkrete Anhaltspunkte dafür vor, dass eingereichte

Belege gefälscht oder verfälscht sind, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der oder des Beihilfeberechtigten bei dem Urheber des Beleges Auskunft über die Echtheit einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein, es sei denn, sie ist wegen des Kaufes im Ausland nicht erforderlich. Sofern die Festsetzungsstelle dies zulässt, können auch die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen.

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

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

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

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

(8) Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag der oder des Beihilfeberechtigten Abschlagszahlungen leisten. Sie kann die Beihilfe in Ausnahmefällen im Einverständnis mit der oder dem Beihilfeberechtigten an Dritte auszahlen.

## **§ 52**

### **Zuordnung von Aufwendungen**

Beihilfefähige Aufwendungen werden zugeordnet:

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

## **§ 53**

### **(aufgehoben)**

## **§ 54**

### **Antragsfrist**

(1) Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der Kriegsopferfürsorge die Aufwendungen bezahlt hat.

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

## **§ 55**

### **Geheimhaltungspflicht**

(1) Die bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten. Sie dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für den sie bekannt gegeben worden sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Befugnis zur Verwendung der Daten für einen anderen Zweck oder die oder der Betroffene hat schriftlich in die Zweckänderung eingewilligt.



(2) Personenbezogene Daten aus der Beihilfeakte dürfen ohne Einwilligung der oder des Betroffenen an die Bezügestelle übermittelt werden, soweit die Kenntnis der Daten für die Festsetzung und Berechnung der Besoldung oder Versorgung oder für die Prüfung der Kindergeldberechtigung erforderlich ist.

## **§ 56**

### **Festsetzungsstellen**

(1) Festsetzungsstellen sind

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

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

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

## **§ 57**

### **Verwaltungsvorschriften**

Das Bundesministerium des Innern erlässt Verwaltungsvorschriften zur Durchführung dieser Verordnung.

## **Kapitel 7**

### **Übergangs- und Schlussvorschriften**

## **§ 58**

### **Übergangsvorschriften**

(1) Auf Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, ist die Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI Seite 919), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI Seite 379), weiter anzuwenden.

(2) Auf Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung als berücksichtigungsfähige Angehörige unter der Einkommensgrenze nach § 5 Absatz 4 der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Beihilfevorschriften des Bundes lagen, aber die Einkommensgrenze nach § 4 Absatz 1 überschreiten, ist die bisherige Einkommensgrenze bis zur erstmaligen Überschreitung weiter anzuwenden.

(3) Kinder der oder des Beihilfeberechtigten, die im Wintersemester 2006/2007 an einer Hochschule oder Fachhochschule eingeschrieben sind, gelten abweichend von § 4 Absatz 2 längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich der geleisteten Zeiten des gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes als berücksichtigungsfähige Angehörige. Die Übergangsregelung hat keine Auswirkung auf den Bemessungssatz der oder des Beihilfeberechtigten.

(4) Auf Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, deren Bemessungssatz nach § 14 Absatz 6 Nummer 2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI Seite 919), die zuletzt durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI Seite 379) geändert worden ist, unbefristet erhöht wurde, ist dieser erhöhte Bemessungssatz für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung weiter anzuwenden. Anschließend prüft die Festsetzungsstelle, ob die Voraussetzungen des erhöhten Bemessungssatzes nach § 47 Absatz 2 vorliegen. Die Prüfung ist alle zwei Jahre zu wiederholen. Liegen die Voraussetzungen nicht vor, ist der Bescheid über die Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 49 Absatz 2 und 3 des Verwaltungsverfahrensgesetzes zu widerrufen. Die Sätze 1 bis 3 gelten für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen der Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger entsprechend.

(5) § 46 Absatz 3 Satz 2 ist erstmals ab 1. Januar 2010 anzuwenden. Bis dahin ist § 14 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen vom 1. November 2001 (GMBI Seite 919), die zuletzt durch Artikel 1 der Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI Seite 379) geändert worden ist, weiter anzuwenden.

(6) In § 4 Absatz 2 Nummer 1 und 2, § 5 Absatz 4 und § 46 Absatz 3 Satz 2 ist unter der Bezeichnung „Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes“ ab dem 1. Juli 2010 die Bezeichnung „Auslandszuschlag nach § 53 Absatz 4 Nummer 2 und Nummer 2a des Bundesbesoldungsgesetzes“ zu verstehen.

(7) Für am 20. September 2012 vorhandene freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist § 47 Absatz 6 in der bis zum 19. September 2012 geltenden Fassung bis zum 20. September 2017 weiter anzuwenden. Anschließend gilt § 6 Absatz 7 entsprechend für die Erhöhung des Bemessungssatzes.

(8) Beihilfe für Aufwendungen einer Lebenspartnerin oder eines Lebenspartners und deren Kinder, die die Voraussetzungen des § 4 erfüllen, wird rückwirkend ab 14. Februar 2009 gewährt. Für Aufwendungen, die vom 1. Januar 2009 bis 13. Februar 2009 entstanden sind, gelten die Beihilfevorschriften in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. November 2001 (GMBI Seite 919), die zuletzt durch die allgemeine Verwaltungsvorschrift vom 30. Januar 2004 (GMBI Seite 379) geändert worden sind, mit der Maßgabe, dass Lebenspartner Ehegatten gleichgestellt sind. Die Antragsfrist nach § 54 beginnt frühestens am Tag nach dem Inkrafttreten von Artikel 1 des Gesetzes zur Übertragung ehebezogener Regelungen im öffentlichen Dienstrecht auf Lebenspartnerschaften.

## **§ 59 Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

## **Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen**

### **Abschnitt 1**

#### **Völliger Ausschluss**

- 1.1 Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologie-Therapie (zum Beispiel nach Tomatis, Hörtraining nach Volf, audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- 1.2 Atlasterapie nach Arlen
- 1.3 autohomologe Immuntherapien
- 1.4 autologe-Target-Cytokine-Therapie nach Klehr
- 1.5 ayurvedische Behandlungen, zum Beispiel nach Maharishi
- 2.1 Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Nuhr
- 2.2 Biophotonen-Therapie
- 2.3 Bioresonatorentests
- 2.4 Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- 2.5 Bogomoletz-Serum
- 2.6 brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Barraquer
- 2.7 Bruchheilung ohne Operation
- 3.1 Chelat-Therapie
- 3.2 Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- 3.3 computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologischbedingten Erkrankung oder Schädigung
- 3.4 cytotoxologische Lebensmitteltests
- 4.1 DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung)
- 5.1 Elektroneuralbehandlungen nach Croon
- 5.2 Elektronneuraldiagnostik
- 5.3 epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz

- 6.1 Frischzellentherapie
- 7.1 Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (zum Beispiel Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Voll, elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik, Mora-Therapie)
- 7.2 gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtschaltung durch negative statische Elektrizität
- 8.1 Heileurhythmie
- 8.2 Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung
- 8.3 Hyperthermiebehandlung
- 9.1 immunoaugmentative Therapie
- 9.2 Immunseren (Serocytol-Präparate)
- 9.3 isobare oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff oder Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (zum Beispiel hämatogene Oxidationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne)
- 10.1 (frei)
- 11.1 Kariesdetektor-Behandlung
- 11.2 kinesiologische Behandlung
- 11.3 Kirlian-Fotografie
- 11.4 kombinierte Serumtherapie (zum Beispiel Wiedemann-Kur)
- 11.5 konduktive Förderung nach Petö
- 12.1 Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie
- 13.1 modifizierte Eigenblutbehandlung (zum Beispiel nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen der Patientin oder des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (zum Beispiel Gegsensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)
- 14.1 neurotopische Diagnostik und Therapie
- 14.2 niedrig dosierter, gepulster Ultraschall
- 15.1 osmotische Entwässerungstherapie
- 16.1 Psycotron-Therapie

- 16.2 pulsierende Signaltherapie
- 16.3 Pyramidenenergiebestrahlung
- 17.1 (frei)
- 18.1 radiale Stoßwellentherapie
- 18.2 Regeneresen-Therapie
- 18.3 Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
- 18.4 Rolfing-Behandlung
- 19.1 Schwingfeld-Therapie
- 20.1 Thermoregulationsdiagnostik
- 20.2 Trockenzellentherapie
- 21.1 (frei)
- 22.1 Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- 22.2 Vibrationsmassage des Kreuzbeins
- 23.1 (frei)
- 24.1 (frei)
- 25.1 (frei)
- 26.1 Zellmilieu-Therapie

## **Abschnitt 2**

### **Teilweiser Ausschluss**

1. Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. Vor Aufnahme der Behandlung ist die Zustimmung der Festsetzungsstelle einzuholen.
2. Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich  
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung verkalkender Sehnenerkrankung (Tendinosis calcarea), nicht heilender Knochenbrüche (Pseudarthrose), des Fersensporns (Fasziitis plantaris) oder der therapieresistenten Achillessehnenentzündung (therapiefraktäre Achillodynie). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Ana-

logbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nummer 1800 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

3. Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)

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

4. Klimakammerbehandlung

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

5. Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

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

6. Magnetfeldtherapie

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

7. Ozontherapie

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

8. Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (zum Beispiel Krankengymnastin oder Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Aufwendungen sind nach den Nummern 4 bis 6 der Anlage 9 beihilfefähig.

9. Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten

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



**Anlage 2**  
(zu § 6 Absatz 3 Satz 4)

**Höchstbeträge für die Angemessenheit  
der Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen**

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
<b>1 - 10 Allgemeine Leistungen</b>		
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50 €
2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie <i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 2 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 2 ist in einer Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	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 <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 4 ist nur als alleinige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 17.1 beihilfefähig.</i>	18,50 €
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls, einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.</i>	9,00 €
6	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00 €
7	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	18,00 €
8	Für die gleichen Leistungen wie unter Nummer 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach den Nummern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	20,00 €
<b>9 Hausbesuch einschließlich Beratung</b>		
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 €
<b>10 Nebengebühren für Hausbesuche</b>		
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	4,00 €

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

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

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag	
20.3	Bindegewebsmassage	6,00 €	
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00 €	
20.5	Großmassage	6,00 €	
20.6	Sondermassagen	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00 €
		Massage im extramuskulären Bereich (zum Beispiel Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00 €
		Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlggerät	6,00 €
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	6,00 €	
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	4,00 €	
<b>21</b>	<b>Akupunktur</b>		
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	23,00 €	
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	7,00 €	
<b>22</b>	<b>Inhalationen</b>		
22.1	Inhalationen, soweit sie von der Heilpraktikerin/dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00 €	
<b>24 – 30</b>	<b>Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren</b>		
<b>24</b>	<b>Eigenblut, Eigenharn</b>		
24.1	Eigenblutinjektion	11,00 €	
<b>25</b>	<b>Injektionen, Infusionen</b>		
25.1	Injektion, subkutan	4,50 €	
25.2	Injektion, intramuskulär	4,50 €	
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	6,00 €	
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung	7,00 €	
25.5	Injektion, intraartikulär	11,00 €	
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	11,00 €	
25.7	Infusion	7,00 €	
25.8	Dauertropfeninfusion <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit der mit der Infusion eingebrachten Medikamente richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfetragers.</i>	10,00 €	
<b>26</b>	<b>Blutentnahmen</b>		
26.1	Blutentnahme	3,00 €	
26.2	Aderlass	12,00 €	
<b>27</b>	<b>Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren</b>		
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschl. Verband	5,00 €	
27.2	Skarifikation der Haut	4,00 €	

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarer Höchstbetrag
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 €
<b>28</b>	<b>Infiltrationen</b>	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00 €
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00 €
<b>29</b>	<b>Roedersches Verfahren</b>	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00 €
<b>30</b>	<b>Sonstiges</b>	
30.1	Spülung des Ohres	5,00 €
<b>31</b>	<b>Wundversorgung, Verbände und Verwandtes</b>	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00 €
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00 €
<b>32</b>	<b>Versorgung einer frischen Wunde</b>	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00 €
32.2.	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00 €
<b>33</b>	<b>Verbände (außer zur Wundbehandlung)</b>	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00 €
33.2	Elastische Stütz- und Pflasterverbände	7,00 €
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit des für den Verband verbrauchten Materials richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.</i>	10,00 €
<b>34</b>	<b>Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung</b>	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00 €
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	17,00 €
<b>35</b>	<b>Osteopathische Behandlung</b>	
35.1	des Unterkiefers	11,00 €
35.2	des Schultergelenkes	21,00 €
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	21,00 €
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	12,00 €
35.5	des Daumens	10,00 €

Nummer	Leistungsbeschreibung	vereinbarter Höchstbetrag
35.6	einzelner Finger und Zehen	10,00 €
<b>36</b>	<b>Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen</b> <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
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 €
<b>37</b>	<b>Elektrische Bäder und Heißluftbäder</b> <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
37.1	Teilheißluftbad, zum Beispiel Kopf oder Arm	3,00 €
37.2	Ganzheißluftbad, zum Beispiel Rumpf oder Beine	5,00 €
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00 €
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00 €
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00 €
<b>38</b>	<b>Spezialpackungen</b> <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.</i>	
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 €
<b>39</b>	<b>Elektro-physikalische Heilmethoden</b>	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00 €
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00 €
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00 €
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00 €
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00 €
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00 €
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00 €
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00 €
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	4,00 €
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	4,00 €
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, zum Beispiel Jono-Modulator	4,00 €
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00 €

## **Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung**

### **Abschnitt 1**

#### **Psychotherapeutische Leistungen**

1. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:
  - a) Familientherapie,
  - b) Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs,
  - c) Gesprächspsychotherapie (zum Beispiel nach Rogers),
  - d) Gestalttherapie,
  - e) Körperbezogene Therapie,
  - f) Konzentrierte Bewegungstherapie,
  - g) Logotherapie,
  - h) Musiktherapie,
  - i) Heileurhythmie,
  - j) Psychodrama,
  - k) Respiratorisches Biofeedback,
  - l) Transaktionsanalyse.
  
2. Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 18 bis 21 gehören:
  - a) Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind,
  - b) Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung,
  - c) Heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie
  - d) Psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

### **Abschnitt 2**

#### **Psychosomatische Grundversorgung**

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

- c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
  - d) Haut- und Geschlechtskrankheiten,
  - e) Innere Medizin,
  - f) Kinder- und Jugendlichenmedizin,
  - g) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
  - h) Neurologie,
  - i) Phoniatrie und Pädaudiologie,
  - j) Psychiatrie und Psychotherapie,
  - k) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
  - l) Urologie.
2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobson-sche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von
- a) einer Ärztin oder einem Arzt,
  - b) einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,
  - c) einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

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

### **Abschnitt 3**

#### **Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie**

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

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



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

2. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
3. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
  - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
  - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
  - c) über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
4. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte).
5. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

6. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
  - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
  - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
  - c) über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.
  
7. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie oder er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, die oder der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte).
  
8. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Person durchgeführt, die weder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die keine Fachärztin oder kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
  
9. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in besonderen Ausnahmefällen (§ 20 Absatz 1 Nummer 3 und 4) ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt wird und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere be-

grenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Voraussetzung für die Anerkennung ist eine Indikation nach § 20 Absatz 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

#### **Abschnitt 4**

#### **Verhaltenstherapie**

1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
  - a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,
  - b) Psychiatrie und Psychotherapie,
  - c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
  - d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.Ärztliche Psychotherapeutinnen oder ärztliche Psychotherapeuten, die keine Fachärztinnen oder Fachärzte sind, können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
2. Eine Psychologische Psychotherapeutin oder ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie durchführen, wenn sie oder er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
3. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin, einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person
  - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
  - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
  - c) über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
4. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Person durchgeführt, die weder Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

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

**Beihilfefähige Medizinprodukte**

<b>Nummer</b>	<b>Produktbezeichnung</b>	<b>Medizinische Anwendungsfälle</b>
1	1xklyasma salinisch	Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen; nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern.
2.1	AMO™ ENDOSOL™	Für intraokulare und topische Spülungen des Auges bei chirurgischen Prozeduren und für diagnostische und therapeutische Maßnahmen.
2.2	Ampuwa® für Spülzwecke	Zur Anfeuchtung von Tamponaden und Verbänden, zur Atemluftbefeuchtung nur zur Anwendung in geschlossenen Systemen in medizinisch notwendigen Fällen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
2.3	Amvisc™	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.
2.4	Amvisc™ Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.
2.5	Aqua B. Braun	Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern und zur mechanischen Augenspülung.
3.1	Bausch & Lomb Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
3.2	BSS DISTRA-SOL	Zur Spülung der Vorderkammer während Kataraktoperationen und anderer intraokularer Eingriffe.
3.3	BSS NL250/NL500	Zur Spülung des chirurgischen extraokularen oder intraokularen Operationsbereiches.
3.4	BSS PLUS® (Alcon Pharma GmbH)	Als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist.
3.5	BSS® STERILE SPÜLLÖSUNG (Alcon Pharma GmbH)	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
4.1	Dimet® 20	Für Minderjährige mit Entwicklungsstörungen und für Kinder unter zwölf Jahren zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.

Num mer	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
4.2	Dk-line®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie, zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.
4.3	Dr. Deppe EndoStar®-Lavage	Darmreinigung zur Vorbereitung einer Darmspiegelung bei Personen ab zwölf Jahren.
4.4	DuoVisc®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraocularlinse.
5.1	EtoPril®	Für Minderjährige mit Entwicklungsstörungen und Kinder unter zwölf Jahren zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.
6.1	Freka-Clyss®	Für Personen ab zwölf Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolon), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Minderjährige mit Entwicklungsstörungen und Kinder im Alter von vier bis zwölf Jahren zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien.
6.2	Freka Drainjet® NaCl 0,9 %	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darm-Trakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden.
6.3	Freka Drainjet® Purisole SM verdünnt	Intra- und postoperative Blasenspülung bei urologischen Eingriffen.
7.1	Globance® Lavage	Zur Behandlung vor diagnostischen Eingriffen bei Personen ab 18 Jahren.
7.2	Globance® Lavage Apfel	Zur Behandlung vor diagnostischen Eingriffen bei Personen ab 18 Jahren.
8.1	Healon®	Für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen.
8.2	HEALON GV™	Viscoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen am vorderen Augenabschnitt.
8.3	HSO®	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt.

Nummer	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
8.4	HSO®Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt.
8.5	Hylo®-Gel	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bulosa, okulares Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
9.1	Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifel-fango)	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
10.1	Jacutin® Pedicul Fluid	Für Minderjährige mit Entwicklungsstörungen und Kinder unter zwölf Jahren zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.
11.1	Klistier Fresenius	Für Personen ab zwölf Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Minderjährige mit Entwicklungsstörungen und Kinder im Alter von vier bis zwölf Jahren zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien.
12.1	Laxatan® M	Für Personen ab 16 Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche im Alter von 16 bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen zur Behandlung der Obstipation.
12.2	Lubricano® Steriles Gel	Zur Anwendung bei Personen mit Katheterisierung.

Nummer	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
13.1	Macrogol 1A Pharma®	Für Personen ab zwölf Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche im Alter von zwölf bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen zur Behandlung der Obstipation.
13.2	Macrogol AbZ	Für Personen ab 13 Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche im Alter von zwölf bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen zur Behandlung der Obstipation.
13.3	Macrogol AL	Für Personen ab 13 Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche im Alter von zwölf bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen zur Behandlung der Obstipation.
13.4	Marcogol-CT Abführpulver	Für Personen ab zwölf Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche im Alter von zwölf bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen zur Behandlung der Obstipation.
13.5	Macrogol dura®	Für Personen ab zwölf Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche im Alter von zwölf bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen zur Behandlung der Obstipation.



<b>Num mer</b>	<b>Produktbezeichnung</b>	<b>Medizinische Anwendungsfälle</b>
13.6	Marcrogol HEXAL®	Für Personen ab zwölf Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulo-lose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmläh- mung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche im Alter von zwölf bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen zur Behandlung der Obstipation.
13.7	Marcrogolratiopharm®	Für Personen ab zwölf Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertiku- lose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmläh- mung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche im Alter von zwölf bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen zur Behandlung der Obstipation.
13.8	Macrogol Sandoz®	Für Personen ab zwölf Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertiku- lose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmläh- mung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche im Alter von zwölf bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen zur Behandlung der Obstipation.
13.9	Macrogol STADA®	Für Personen ab zwölf Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertiku- lose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmläh- mung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche im Alter von zwölf bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen zur Behandlung der Obstipation.
13.10	Macrogol TAD®	Für Personen ab zwölf Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertiku- lose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmläh- mung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche im Alter von zwölf bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen zur Behandlung der Obstipation.

Nummer	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
13.11	Medicoforum Laxativ	Für Personen ab zwölf Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche im Alter von zwölf bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen zur Behandlung der Obstipation.
13.12	mosquito® med Läuse-Shampoo	Für Minderjährige mit Entwicklungsstörungen und Kinder unter zwölf Jahren zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.
13.13	MucoClear® 6 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Personen ab sechs Jahren.
13.14	MOVICOL® flüssig Orange	Für Personen ab 13 Jahren zur Behandlung der Obstipation nur im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Diverkulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase. Für Jugendliche im Alter von zwölf bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen zur Behandlung der Obstipation.
13.15	MOVICOL® Junior Schoko	Für Kinder im Alter von zwei bis elf Jahren zur Behandlung der Obstipation.
14.1	NaCl 0,9 % B. Braun	Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern sowie zur mechanischen Augenspülung.
14.2	NaCl 0,9 % Fresenius Kabi	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, der postoperativen Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darm-Trakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
14.3	Nebusal™ 7 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Personen ab sechs Jahren.
14.4	NYDA®	Für Minderjährige mit Entwicklungsstörungen und Kinder unter zwölf Jahren zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.
15.1	OcuCoat®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.

Num mer	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
15.2	Oculentis BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
15.3	Okta-line™	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie, zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.
15.4	Oxane® 1300	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.
15.5	Oxane® 5700	Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien.
16.1	Pädiasalin® Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
16.2	Paranix® ohne Nissenkamm	Für Minderjährige mit Entwicklungsstörungen und Kinder unter zwölf Jahren zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.
16.3	PARI NaCl Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist.
16.4	Pe-Ha-Luron® 1,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
16.5	Pe-Ha-Visco® 2,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
16.6	Polyvisc® 2,0 %	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
16.7	Polysol®	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
16.8	ProVisc®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse.

Num mer	Produktbezeichnung	Medizinische Anwendungsfälle
16.9	PURI CLEAR	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
16.10	Purisole® SM verdünnt	Intra- und postoperative Blasenspülung bei urologischen Eingriffen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
17.1	Ringer B. Braun	Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen sowie zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen.
17.2	Ringer Fresenius Spüllösung	Zum Freispülen und Reinigen des Operationsgebietes, zum Feuchthalten des Gewebes, zur Wundspülung bei äußeren Traumen und Verbrennungen, zur Spülung bei diagnostischen Untersuchungen sowie zum Befeuchten von Wunden und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.
18.1	Saliva natura	Zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.
18.2	Sentol®	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
18.3	Serag BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
18.4	Serumwerk- Augenspüllösung BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe.
19.1	VISCOAT®	Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt, insbesondere bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse.
19.2	Visco HYAL 1.0	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.
19.3	Viso HYAL 1.4+	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.

**Anlage 5**

(zu § 22 Absatz 2 Nummer 1)

**Arzneimittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen**

**Regulierung des Körpergewichts (zentral wirkend)**

<b>Wirkstoff</b>	<b>Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken</b>
A 08 AA 01 Phentermin	
A 08 AA 02 Fenfluramin	
A 08 AA 03 Amferamon	REGENON TENUATE Retard
A 08 AA 04 Dexfenfluramin	
A 08 AA 05 Mazindol	
A 08 AA 06 Etilamfetamin	
A 08 AA 07 Cathin	ANTIADIPOSITUM X – 112 T
A 08 AA 08 Clobenzorex	
A 08 AA 09 Mefenorex	
A 08 AA 10 Sibutramin	REDUCTIL
Phenylpropanolamin	Antiadipositem Riemser BOXOGETTEN S RECATOL mono
Rimonabant ACOMPLIA	

**Regulierung des Körpergewichts (peripher wirkend)**

<b>Wirkstoff</b>	<b>Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken</b>
A 08 AB 01 Orlistat	XENICAL

**Behandlung der sexuellen Dysfunktion**

<b>Wirkstoff</b>	<b>Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken</b>
G 04 BE 01 Alprostadil (Ausnahme als Diagnostikum)	CAVERJECT CAVERJECT Impuls MUSE VIRIDAL
G 04 BE 02 Papaverin	
G 04 BE 03 Sildenafil	VIAGRA
G 04 BE 04 Yohimbin	YOCON GLENWOOD YOHIMBIN SPIEGEL
G 04 BE 05 Phentolamin	
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	IXENSE UPRIMA
G 04 BE 08 Tadalafil	CIALIS
G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA
G 04 BE 30 Kombinationen	
G 04 BE 52 Papaverin Kombinationen	
G 04 BX 14 Dapoxetinhydrochlorid	Priligy

### Bekämpfung der Nikotinabhängigkeit

<b>Wirkstoff</b>	<b>Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken</b>
N 07 BA 01 Nicotin (nicht verschreibungspflichtig)	NIQUITIN Nicopass Nicopatch Nicorette Nicotinell Nikofrenon
N 07 BA 02 Bupropion N 06 AX 12	ZYBAN Wellbutrin
N 07 BA 03 Varenicline	CHAMPIX

### Steigerung des sexuellen Verlangens

<b>Wirkstoff</b>	<b>Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken</b>
G 03 BA 03 Testosteron	Intrinsa

### Verbesserung des Haarwuchses

<b>Wirkstoff</b>	<b>Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken</b>
D 11 AX 01 Minoxidil	REGAINE
D 11 AX 10 Finasterid	PROPECIA Finahair Finapil alle generischen Finasterid-Fertigarzneimittel
Estradiolbenzoat; Prednisolon, Salicylsäure	ALPICORT F
Alfatradiol (nicht verschreibungspflichtig)	ELL CRANELL alpha
Alfatradiol (nicht verschreibungspflichtig)	PANTOSTIN
Dexamethason; Alfatradiol ELL	CRANELL dexta
Thiamin; Calcium pantothenat; Hefe, medizinisch; L-Cydtin; Keratin (nicht verschreibungspflichtig)	PANTOVIGAR N Pantovigar

### Verbesserung des Aussehens

<b>Wirkstoff</b>	<b>Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken</b>
M 03 AX 01 Clostridium botulinum Toxin Typ A	Azzalure Vistabel Bocouture Vial

## Anlage 6

(zu § 22 Absatz 2 Nummer 3 Buchstabe c)

### Beihilfefähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung sind:

1. Abführmittel nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.
2. Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit) als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.
3. Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden.
4. Acidosetherapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase, Ileumconduit, Nabelpouch und Implantation der Harnleiter in den Dünndarm.
5. Topische Anästhetika und/oder Antiseptika nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (zum Beispiel Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus).
6. Antihistaminika  
nur in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien,  
nur zur Behandlung schwerer rezidivierender Urticarien,  
nur bei schwerwichtigem anhaltendem Pruritus,  
nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.
7. Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.
8. Antiseptika und Gleitmittel nur für Personen mit Katheterisierung.
9. Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödemen (Mannitol, Sorbitol).
10. Calciumverbindungen (mindestens 300 mg Calcium-Ion/Dosiseinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination)  
nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,  
nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosiseinheit von wenigstens 7,5 mg Prednisonäquivalent bedürfen,  
bei Bisphosphonat-Behandlung nach der Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.

11. Calciumverbindungen als Monopräparate bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus, bei Bisphosphonat-Behandlung nach der Angabe in der jeweiligen Fachinformation, bei zwingender Notwendigkeit.
12. Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.
13. Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.
14. Dinatriumcromoglycat-(DNCG-)haltige Arzneimittel (oral) nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose.
15. E.-coli-Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.
16. Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie.
17. Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV-assoziiertes Diarrhö.
18. Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.
19. Gingko-biloba-Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert 240 mg Tagesdosis) nur zur Behandlung der Demenz.
20. Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 Prozent nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten indiziert sind.
21. Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.
22. Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.
23. Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie.
24. Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.
25. Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.
26. Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen.
27. Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.
28. L-Methionin nur zur Vermeidung der Steinneubildung bei Phosphatsteinen bei neurogener Blasenlähmung, wenn Ernährungsempfehlungen und Blasenentleerungstraining erfolglos geblieben sind.
29. Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.
30. Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.
31. Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.
32. Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Personen.



33. Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prä-)Komas und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.
34. Pankreasenzyme nur zur Behandlung der chronischen, exokrinen Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose sowie zur Behandlung der funktionellen Pankreasinsuffizienz nach Gastrektomie bei Vorliegen einer Steatorrhoe.
35. Phosphatbinder nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse.
36. Phosphatverbindungen bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
37. Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mindestens 2 Prozent Salicylsäure) in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.
38. Synthetischer Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.
39. Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okulares Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
40. Vitamin K als Monopräparat nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
41. Wasserlösliche Vitamine, auch in Kombinationen, nur bei der Dialyse.
42. Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).
43. Zinkverbindungen als Monopräparat nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Hämodialysebehandlung bedingtem nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.
44. Arzneimittel zur sofortigen Anwendung  
Antidote bei akuten Vergiftungen,  
Lokalanästhetika zur Injektion,  
apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen, können verordnet werden, wenn entsprechende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden.

## **Arzneimittelgruppen, für die Festbeträge gelten**

- 1. Festbetragsgruppen für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen**
- 1.1 5-Fluorouracil: parenterale Darreichungsformen
- 1.2 Acetazolamid: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.3 Acetylcystein: orale Darreichungsformen
- 1.4 Aciclovir: orale Darreichungsformen
- 1.5 Aciclovir: topische Darreichungsformen
- 1.6 Aciclovir: Ophthalmika
- 1.7 Aciclovir: parenterale Darreichungsformen
- 1.8 Allopurinol: orale Darreichungsformen
- 1.9 Alpha-Liponsäure: feste orale Darreichungsformen
- 1.10 Alpha-Liponsäure: parenterale Darreichungsformen
- 1.11 Amantadin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.12 Ambroxol: orale Darreichungsformen
- 1.13 Ambroxol: inhalative Darreichungsformen
- 1.14 Ambroxol: parenterale Darreichungsformen
- 1.15 Ambroxol + Doxycyclin: feste orale Darreichungsformen
- 1.16 Amilorid + Hydrochlorothiazid: orale Darreichungsformen
- 1.17 Amiodaron: orale Darreichungsformen
- 1.18 Amisulprid: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.19 Amitriptylin: orale Darreichungsformen
- 1.20 Ammoniumbituminosulfonat: topische Darreichungsformen
- 1.21 Amoxicillin: abgeteilte orale Darreichungsform
- 1.22 Amoxicillin: flüssige orale Darreichungsform
- 1.23 Atenolol: feste orale Darreichungsformen
- 1.24 Atenolol + Chortalidon: feste orale Darreichungsformen
- 1.25 Azathioprin: orale Darreichungsformen
- 1.26 Bemetizid + Triamteren: feste orale Darreichungsformen
- 1.27 Benzoylperoxid: topische Darreichungsformen
- 1.28 Beta-Acetyldigoxin: feste orale Darreichungsformen
- 1.29 Betahistin: orale Darreichungsformen
- 1.30 Bicalutamid: orale Darreichungsformen
- 1.31 Biperiden: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.32 Biperiden: feste, orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.33 Bisoprolol + Hydrochlorothiazid: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.34 Bromazepam: orale Darreichungsformen
- 1.35 Bromhexin: feste orale Darreichungsformen
- 1.36 Bromhexin: flüssige orale Darreichungsformen
- 1.37 Buspiron: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.38 Butylscopolamin: feste orale Darreichungsformen
- 1.39 Butylscopolamin: rektale Darreichungsformen
- 1.40 Butylscopolamin: parenterale Darreichungsformen
- 1.41 Calcium zur Substitution und Therapie: orale Darreichungsformen
- 1.42 Carbamazepin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.43 Carbamazepin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

- 1.44 Carbimazol: feste orale Darreichungsformen
- 1.45 Chorongonadotropin: parenterale Darreichungsformen
- 1.46 Ciclosporin: orale Darreichungsformen
- 1.47 Ciclosporin: orale Darreichungsformen, auf Mikro-/Nanoemulsionsbasis oder kolloidal dispergiert
- 1.48 Cimetidin: orale Darreichungsformen
- 1.49 Cimetidin: parenterale Darreichungsformen
- 1.50 Clindamycin: orale Darreichungsformen
- 1.51 Clodronsäure: orale Darreichungsformen
- 1.52 Clomifen: feste orale Darreichungsformen
- 1.53 Clonidin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.54 Clonidin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.55 Clonidin: Ophthalmika
- 1.56 Clotrimazol: Creme, Salbe
- 1.57 Clotrimazol: Liquidum, Lösung, Pumpspray, Spray, Tropflösung
- 1.58 Clotrimazol: vaginale topische Darreichungsformen
- 1.59 Clozapin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.60 Colecalciferol: feste orale Darreichungsformen (400 bis 1 000 I. E.)
- 1.61 Colecalciferol + Fluorid: feste orale Darreichungsformen (500 bis 1 000 I. E. Colecalciferol + 0,25 mg Fluorid)
- 1.62 Co-Trimoxazol: feste orale Darreichungsformen
- 1.63 Co Trimoxazol: flüssige orale Darreichungsformen
- 1.64 Cromoglicinsäure: Augentropfen, Eindosispipetten
- 1.65 Cromoglicinsäure: Nasenspray, Nasentropfen, Spray
- 1.66 Cromoglicinsäure: Augentropfen/Nasenspray (Kombipackung)
- 1.67 Cromoglicinsäure: inhalative Darreichungsformen
- 1.68 Cromoglicinsäure: orale Darreichungsformen
- 1.69 Cyanocobalamin: parenterale Darreichungsformen
- 1.70 Cyclophosphamid: feste orale Darreichungsformen
- 1.71 Cyproteron-Acetat: feste orale Darreichungsformen
- 1.72 Dexamethason: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrig dosiert  $\leq 2$  mg
- 1.73 Dexamethason: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, hoch dosiert  $\geq 4$  mg
- 1.74 Dexamethason: parenterale Darreichungsformen, wasserlöslich, niedrig dosiert  $\leq 20$  mg
- 1.75 Dexamethason: parenterale Darreichungsformen, wasserlöslich, hoch dosiert  $\geq 40$  mg
- 1.76 Dexpanthenol: lokale Darreichungsformen
- 1.77 Dexpanthenol: Ophthalmika und Rhinologika
- 1.78 Diazepam: orale Darreichungsformen
- 1.79 Diazepam: parenterale Darreichungsformen (alkoholische Lösung)
- 1.80 Diazepam: parenterale Darreichungsformen (sonstige Lösung)
- 1.81 Diclofenac: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.82 Diclofenac: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.83 Diclofenac: rektale Darreichungsformen
- 1.84 Diclofenac: parenterale Darreichungsformen
- 1.85 Diclofenac: topische Darreichungsformen (Konzentrationsbereich ca. 1 bis 5 %)
- 1.86 Digitoxin: feste orale Darreichungsformen
- 1.87 Digoxin: feste orale Darreichungsformen
- 1.88 Dihydroergotamin: orale Darreichungsformen
- 1.89 Dihydroergotoxin: orale Darreichungsformen
- 1.90 Diltiazem: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.91 Diltiazem: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

- 1.92 Dimenhydrinat: feste, orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.93 Dimenhydrinat: rektale Darreichungsformen
- 1.94 Diphenhydramin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.95 Domperidon: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.96 Doxorubicin: parenterale Darreichungsformen
- 1.97 Doxycyclin: feste orale Darreichungsformen
- 1.98 Doxylamin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.99 Erythromycin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.100 Erythromycin: flüssige, orale Darreichungsformen
- 1.101 Erythromycin: lokale Darreichungsformen
- 1.102 Estradiol: orale Darreichungsformen
- 1.103 Estradiol: transdermale Darreichungsformen
- 1.104 Estramustin: feste orale Darreichungsformen
- 1.105 Estriol: feste orale Darreichungsformen
- 1.106 Estriol: vaginale topische Darreichungsformen
- 1.107 Ethambutol: feste orale Darreichungsformen
- 1.108 Etilefrin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.109 Fentanyl: transdermale Darreichungsformen
- 1.110 Flecainid: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.111 Flunarizin: orale Darreichungsformen
- 1.112 Flutamid: orale Darreichungsformen
- 1.113 Folsäure: parenterale Darreichungsformen
- 1.114 Folsäure: feste orale Darreichungsformen
- 1.115 Folsäure: parenterale Darreichungsformen
- 1.116 Furosemid: Tabletten  $\leq 80$  mg
- 1.117 Furosemid: Tabletten  $\geq 125$  mg
- 1.118 Furosemid: Ampullen, Injektionslösungen (20 mg, 40 mg)
- 1.119 Furosemid: Ampullen, Injektionslösungen (250 mg)
- 1.120 Furosemid: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.121 Furosemid + Spironolacton: feste orale Darreichungsformen
- 1.122 Fusidinsäure: topische Darreichungsformen
- 1.123 Fusidinsäure: Gaze
- 1.124 Gabapentin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.125 Gentamicin: parenterale Darreichungsformen
- 1.126 Gentamicin: Ophthalmika
- 1.127 Gentamicin: topische Darreichungsformen
- 1.128 Gingko-biloba-Trockenextrakt: orale Darreichungsformen, standardisiert auf Flavonglykoside im Verhältnis 50:1 angereichertem Trockenextrakt
- 1.129 Glibenclamid: Tabletten  $\geq 1$  mg bis  $\leq 3,5$  mg
- 1.130 Glibenclamid: Tabletten (5 mg)
- 1.131 Glyceroltrinitrat: transdermale therapeutische Systeme
- 1.132 Glyceroltrinitrat: Spray, Pumpspray
- 1.133 Gold: orale Darreichungsformen
- 1.134 Griseofulvin: feste orale Darreichungsformen
- 1.135 Haloperidol: orale Darreichungsformen
- 1.136 Haloperidol: parenterale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.137 Haloperidol: parenterale Darreichungsformen, mit Depotwirkung
- 1.138 Heparin: Heparin-Natrium, topische Darreichungsformen
- 1.139 Heparin: Unfraktioniertes Heparin, parenterale Darreichungsformen
- 1.140 Hydroxocobalamin: parenterale Darreichungsformen
- 1.141 Ibuprofen: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

- 1.142 Ibuprofen: feste, orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.143 Ibuprofen: Suppositorien
- 1.144 Ibuprofen: topische Darreichungsformen
- 1.145 Indapamid: orale Darreichungsformen
- 1.146 Indometacin: abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.147 Indometacin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.148 Indometacin: rektale Darreichungsformen
- 1.149 Indometacin: topische Darreichungsformen
- 1.150 Isosorbiddinitrat: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.151 Isosorbiddinitrat: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.152 Isosorbidmononitrat: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.153 Isosorbidmononitrat: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.154 Isotretinoin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.155 Jodid zur Strumaprophylaxe: orale Darreichungsformen
- 1.156 Kaliumsalze: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.157 Kaliumsalze: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.158 Lactulose: orale Darreichungsformen
- 1.159 Lamotrigin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.160 Levodopa + Benserazid: abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.161 Levodopa + Benserazid: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.162 Levodopa + Carbidopa: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, im Verhältnis 4:1
- 1.163 Levodopa + Carbidopa: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, im Verhältnis 10:1
- 1.164 Levodopa + Carbidopa: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend, im Verhältnis 4:1
- 1.165 Levothyroxin-Natrium: orale Darreichungsformen
- 1.166 Lithium: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.167 Loperamid: orale Darreichungsformen
- 1.168 Lorazepam: orale Darreichungsformen
- 1.169 Magaldrat: orale Darreichungsformen
- 1.170 Magnesium: orale Darreichungsformen
- 1.171 Magnesium: parenterale Darreichungsformen
- 1.172 Maprotilin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.173 Mebeverin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.174 Medroxyprogesteron: Tabletten, Oralsuspension (100 bis 500 mg)
- 1.175 Menotropin: parenterale Darreichungsformen
- 1.176 Mesalazin: feste orale Darreichungsformen
- 1.177 Mesalazin: rektale Darreichungsformen
- 1.178 Mesalazin: sonstige rektale Darreichungsformen
- 1.179 Metamizol: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.180 Metamizol: rektale Darreichungsformen
- 1.181 Metamizol: parenterale Darreichungsformen
- 1.182 Metformin: orale Darreichungsformen
- 1.183 Methotrexat: orale Darreichungsformen
- 1.184 Methyldopa: orale Darreichungsformen
- 1.185 Methylergometrin: orale Darreichungsformen
- 1.186 Methylphenidat: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.187 Metoclopramid: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.188 Metoclopramid: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.189 Metoclopramid: parenterale Darreichungsformen

- 1.190 Metoprolol + Hydrochlorothiazid: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.191 Metronidazol: orale Darreichungsformen
- 1.192 Metronidazol: vaginale topische Darreichungsformen
- 1.193 Metronidazol: parenterale Darreichungsformen
- 1.194 Midodrin: orale Darreichungsformen
- 1.195 Minocyclin: orale Darreichungsformen
- 1.196 Mirtazapin: orale Darreichungsformen
- 1.197 Moclobemid: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.198 Molsidomin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.199 Molsidomin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.200 Morphin: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.201 Moxonidin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.202 Nachtkerzensamenöl: orale Darreichungsformen, standardisiert auf Gamolensäure
- 1.203 Naftidrofuryl: orale Darreichungsformen
- 1.204 Nicergolin: orale Darreichungsformen
- 1.205 Nifedipin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.206 Nifedipin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.207 Nifedipin: flüssige orale Darreichungsformen
- 1.208 Nimodipin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.209 Nitrazepam: orale Darreichungsformen
- 1.210 Nitrofurantoin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.211 Nitrofurantoin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.212 Nystatin: feste orale Darreichungsformen
- 1.213 Nystatin: flüssige orale Darreichungsformen
- 1.214 Nystatin: vaginale topische Darreichungsformen
- 1.215 Nystatin: topische Darreichungsformen
- 1.216 Nystatin + Zinkoxid: topische Darreichungsformen
- 1.217 Oxazepam: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.218 Oxybutynin: orale Darreichungsformen
- 1.219 Pankreatin: magensaftresistente polydispere Darreichungsformen
- 1.220 Pankreatin: magensaftresistente monolithische Darreichungsformen
- 1.221 Paracetamol: orale Darreichungsformen
- 1.222 Paracetamol: Suppositorien
- 1.223 Pentaerythryltetranitrat: feste orale Darreichungsformen
- 1.224 Pentoxifyllin: feste orale Darreichungsformen
- 1.225 Pentoxifyllin: parenterale Darreichungsformen
- 1.226 Phenoxymethylpenicillin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.227 Phenoxymethylpenicillin: flüssige orale Darreichungsformen
- 1.228 Phenytoin: orale Darreichungsformen
- 1.229 Pilocarpin: Augentropfen auf wässriger Basis, Eindosispipetten
- 1.230 Pindolol: orale Darreichungsformen
- 1.231 Piracetam: orale Darreichungsformen
- 1.232 Piracetam: parenterale Darreichungsformen
- 1.233 Polyvidon-Jod: Creme, Gel, Salbe
- 1.234 Prednisolon: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrig dosiert  $\leq 20$  mg
- 1.235 Prednisolon: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, hoch dosiert  $\geq 50$  mg
- 1.236 Prednisolon: parenterale Darreichungsformen, wasserlöslich, niedrig dosiert  $\leq 100$  mg
- 1.237 Prednisolon: parenterale Darreichungsformen mit Depotwirkung
- 1.238 Prednison: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrig dosiert  $\leq 20$  mg
- 1.239 Prednison: orale Darreichungsformen, normal freisetzend, hoch dosiert  $\geq 50$  mg
- 1.240 Primidon: orale Darreichungsformen

- 1.241 Promethazin: orale Darreichungsformen
- 1.242 Promethazin: parenterale Darreichungsformen
- 1.243 Propafenon: orale Darreichungsformen
- 1.244 Propranolol: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.245 Propranolol: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.246 Pyrazinamid: feste orale Darreichungsformen
- 1.247 Pyridoxin: feste orale Darreichungsformen
- 1.248 Pyridoxin: parenterale Darreichungsformen
- 1.249 Retinol: orale Darreichungsformen
- 1.250 Ropinirol: orale Darreichungsformen
- 1.251 Saccharomyces boulardii: orale Darreichungsformen
- 1.252 Sägepalmenfrüchte: orale Darreichungsformen
- 1.253 Selegilin: orale Darreichungsformen
- 1.254 Sertralin: orale Darreichungsformen
- 1.255 Sotalol: feste orale Darreichungsformen
- 1.256 Spironolacton: orale Darreichungsformen
- 1.257 Sucralfat: orale Darreichungsformen
- 1.258 Sulfasalazin: orale Darreichungsformen
- 1.259 Sulpirid: orale Darreichungsformen
- 1.260 Tamoxifen: orale Darreichungsformen
- 1.261 Terbinafin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.262 Tetracyclin: feste orale Darreichungsformen
- 1.263 Theophyllin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.264 Theophyllin: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.265 Theophyllin: Ampullen
- 1.266 Thiamazol: feste orale Darreichungsformen
- 1.267 Thiamin-Hydrochlorid zur Substitution und Therapie: orale Darreichungsformen
- 1.268 Thiamin-Hydrochlorid zur Substitution und Therapie: parenterale Darreichungsformen
- 1.269 Tiaprid: orale Darreichungsformen
- 1.270 Ticlopidin: abgeteilte orale Darreichungsformen
- 1.271 Tilidin mit Zusatz Naloxon: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.272 Tilidin mit Zusatz Naloxon: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.273 Topiramamat: orale Darreichungsformen
- 1.274 Tramadol: abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.275 Tramadol: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.276 Tramadol: flüssige orale Darreichungsformen
- 1.277 Tramadol: parenterale Darreichungsformen
- 1.278 Tramadol: rektale Darreichungsformen
- 1.279 Tretinoin: topische Darreichungsformen
- 1.280 Triamteren + Hydrochlorothiazid: orale Darreichungsformen
- 1.281 Trospiumchlorid: orale Darreichungsformen
- 1.282 Troxerutin: orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.283 Urea: topische Darreichungsformen
- 1.284 Urea pura + Tretinoin: topische Darreichungsformen
- 1.285 Ursodeoxycholsäure: orale Darreichungsformen
- 1.286 Valproinsäure: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.287 Venlafaxin: orale Darreichungsformen
- 1.288 Verapamil: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
- 1.289 Verapamil: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
- 1.290 Verapamil: parenterale Darreichungsformen
- 1.291 Xylometazolin: nasale topische Darreichungsformen

1.292 Zink zur Substitution und Therapie: orale Darreichungsformen

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

2.1 ACE-Hemmer: feste, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Benazepril: Benazeprilhydrochlorid

Captopril

Cilazapril: Cilazapril-1-Wasser

Enalapril: Enalapril maleat

Fosinopril: Fosinopril Natrium

Imidapril: Imidapril hydrochlorid

Lisinopril: Lisinopril-2-Wasser

Moexipril: Moexipril hydrochlorid

Perindopril: Perindopril arginin; Perindopril erbumin

Quinapril: Quinapril hydrochlorid

Ramipril

Spirapril: Spirapril hydrochlorid; Spirapril hydrochlorid-1-Wasser

Trandolapril

Zofenopril: Zofenopril-Calcium

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

Wirkstoff:

Bunazosin: Bunazosin hydrochlorid

Indoramin: Indoramin hydrochlorid

Urapidil

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

Wirkstoff:

Alfuzosin: Alfuzosin hydrochlorid

Doxazosin: Doxazosin mesilat

Tamsulosin: Tamsulosin hydrochlorid

Terazosin: Terazosin hydrochlorid-2-Wasser

2.4 Aminochinoline: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Chloroquindiphosphat

Hydroxychloroquinsulfat

2.5 Angiotensin-II-Antagonisten: orale, abgeteilte Darreichungsformen

Wirkstoff:

Azilsartan: Azilsartan medoxomil Kaliumsalze

Candesartan: Candesartan cilexetil

Eprosartan: Eprosartan mesilat

Irbesartan

Losartan: Losartan kalium

Olmesartan: Olmesartan medoxomil

Telmisartan



Valsartan

2.6 Anionenaustauscherharze: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Colestipol

Colestyramin

2.7 Antianämika, andere: parenterale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Darbepoetin: Darbepoetin alfa

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

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

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

Wirkstoff:

Carbutamid

Glibornurid

Gliclazid

Glimepirid

Glipizid

Gliquidon

Glisoxepid

Tolbutamid

2.9 Antikoagulantien, orale: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Phenprocoumon

Warfarin-Natrium

2.10 Antipsychotika, andere: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Paliperidon

Risperidon

2.11 Azol-Antimykotika: Creme, Gel, Paste

Wirkstoff:

Bifonazol

Croconazol parenterale

Econazolnitrat

Fenticonazolnitrat

Isoconazol

Ketoconazol

Miconazolnitrat

Omoconazol

Oxiconazol

Sertaconazol

Tioconazol

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

Wirkstoff:

Bifonazol  
Econazolnitrat  
Fenticonazolnitrat  
Isoconazol parenterale  
Ketoconazol  
Miconazolnitrat  
Oxiconazol  
Tioconazol

2.13 Azol-Antimykotika: vaginale topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Econazolnitrat  
Fenticonazolnitrat  
Miconazolnitrat  
Oxiconazol

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

Wirkstoff:

Alprazolam  
Chlordiazepoxid  
Clobazam  
Clorazepat  
Clotiazepam  
Ketazolam  
Medazepam  
Metaclazepam  
Nordazepam  
Oxazolam  
Prazepam

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

Wirkstoff:

Brotizolam  
Flunitrazepam  
Flurazepam  
Loprazolam  
Lormetazepam  
Temazepam  
Triazolam

2.16 Benzodiazepin-verwandte Mittel: abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Zaleplon  
Zolpidem  
Zolpidemtartrat  
Zopiclon

2.17 Beta2-Sympathomimetika, inhalativ oral: inhalative Darreichungsformen

Wirkstoff:

Formoterol  
Formoterol hemifumarat-1-Wasser  
Indacaterol  
Indacaterol maleat  
Salmeterol  
Salmeterol xinafoat

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

Wirkstoff:

Bambuterol  
Bambuterol hydrochlorid parenterale  
Carbuterol  
Clenbuterol  
Clenbuterol hydrochlorid  
Fenoterol  
Pirbuterol  
Procaterol  
Reproterol  
Salbutamol  
Terbutalin  
Terbutalin sulfat  
Tulobuterol

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

Wirkstoff:

Isoetarin  
Salbutamol  
Terbutalin

- 2.20 Beta2-sympathomimetische Antiasthmatika: flüssige, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Carbuterol  
Clenbuterol  
Fenoterol  
Salbutamol  
Terbutalin  
Tulobuterol

- 2.21 Beta2-sympathomimetische Antiasthmatika: flüssige, inhalative Darreichungsformen

Wirkstoff:

Fenoterol  
Salbutamol  
Terbutalin

- 2.22 Beta2-sympathomimetische Antiasthmatika: perorale trockenpulverförmige, inhalative Darreichungsformen

Wirkstoff:

Fenoterol  
Salbutamol

Terbutalin

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

Wirkstoff:

Alprenolol

Bopindolol

Bupranolol: Bupranolol hydrochlorid

Carazolol

Carteolol: Carteolol hydrochlorid

Carvedilol

Mepindolol: Mepindolol sulfat

Metipranolol

Nadolol

Oxprenolol: Oxprenolol hydrochlorid

Penbutolol: Penbutolol sulfat

Tertatolol

Timolol

- 2.24 Beta-Rezeptorenblocker: weitere Beta-Rezeptorenblocker, nicht selektiv, abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Alprenolol

Oxprenolol

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

Wirkstoff:

Acebutolol

Acebutolol hydrochlorid

Betaxolol

Betaxolol hydrochlorid

Bisoprolol

Bisoprololhemifumarat

Celiprolol

Celiprolol hydrochlorid

Metoprolol

Metoprolol fumarat

Metoprolol succinat

Metoprolol tartrat

Nebivolol parenterale

Nebivolol hydrochlorid

Talinolol

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

Wirkstoff:

Metoprolol

- 2.27 Beta-Rezeptorenblocker: weitere Beta-Rezeptorenblocker, Ophthalmika

Wirkstoff:

- Befunolol  
Betaxolol  
Bupranolol  
Carteolol  
Levobunolol  
Metipranolol  
Timolol
- 2.28 Calcitonine: parenterale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Humancalcitonin  
Lachscalcitonin  
Schweinecalcitonin
- 2.29 Calcium-Antagonisten: weitere Calcium-Antagonisten (1,4-Dihydropyridine), feste, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend  
Wirkstoff:  
Amlodipin: Amlodipin besilat, Amlodipin maleat; Amlodipinmesilat-(x)-Wasser  
Isradipin  
Lacidipin  
Lercanidipin: Lercanidipin hydrochlorid  
Manidipin: Manidipin dihydrochlorid  
Nicardipin: Nicardipin hydrochlorid  
Nisoldipin  
Nitrendipin
- 2.30 Calcium-Antagonisten: weitere Calcium-Antagonisten (1,4-Dihydropyridine), feste, abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend  
Wirkstoff:  
Felodipin  
Isradipin  
Nilvadipin  
Nisoldipin
- 2.31 Cefalosporine: orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Cefadroxil  
Cefadroxil-1-Wasser  
Cefalexin  
Cefalexin-1-Wasser
- 2.32 Cefalosporine: orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Cefaclor  
Cefaclor-1-Wasser  
Cefuroxim  
Cefuroxim axetil  
Loracarbef  
Loracarbef-1-Wasser
- 2.33 Cefalosporine: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cefixim: Cefixim-(x)-Wasser

Cefpodoxim: Cefpodoxim proxetil

Ceftibuten: Ceftibuten-(x)-Wasser

- 2.34 Clofibrinsäurederivate und Strukturanaloga: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bezafibrat

Clofibrat

Etofibrat

Etofillinclofibrat

Fenofibrat

Gemfibrocil

- 2.35 Dimeticon und Simethicon: feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dimeticon und Simethicon

- 2.36 Dimeticon und Simethicon: flüssige, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Dimeticon und Simethicon

- 2.37 Diuretika, weitere: Thiazide und Analoga, feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bendroflumethiazid

Butizid

Chlortalidon

Clopamid

Hydrochlorothiazid

Mebutizid

Mefrusid

Metolazon

Polythiazid

Trichlormethiazid

Xipamid

- 2.38 Diuretika, weitere: stark und schnell wirksam, feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bumetanid

Etacrynsäure

Piretanid

- 2.39 Diuretika, weitere: stark und langsam wirksam, feste orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Azosemid

Etozolin

Torasemid

- 2.40 Fluorchinolone: orale, abgeteilte Darreichungsformen

Wirkstoff:

Enoxacin

- Enoxacin-1,5-Wasser  
Norfloxacin
- 2.41 Fluorchinolone: orale, abgeteilte Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Ciprofloxacin  
Ciprofloxacin hydrochlorid-1-Wasser  
Ciprofloxacin lactat  
Levofloxacin  
Levofloxacin-0,5-Wasser  
Ofloxacin
- 2.42 Glucocorticoide, inhalativ, nasal: Glucocorticoide zur Anwendung bei Atemwegserkrankungen, nasale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Beclometasondipropionat  
Beclometasondipropionat, wasserfreies  
Budesonid  
Dexamethasondihydrogenphosphat-Dinatrium  
Flunisolid  
Fluticason furoat  
Fluticason propionat  
Fluticason 17-propionat  
Mometason furoat  
Mometason furoat-1-Wasser  
Triamcinolon acetonid
- 2.43 Glucocorticoide, inhalativ, oral: Glucocorticoide zur Anwendung bei Atemwegserkrankungen, orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Beclometasondipropionat  
Beclometasondipropionat, wasserfreies  
Budesonid  
Ciclesonid  
Fluticason propionat  
Fluticason 17-propionat  
Mometason furoat
- 2.44 Glucocorticoide, oral: weitere Glucocorticoide, zur Substitutionstherapie geeignet, orale Darreichungsformen, normal freisetzend  
Wirkstoff:  
Cortisonacetat  
Hydrocortison
- 2.45 Glucocorticoide, oral: weitere Glucocorticoide, zur pharmakodynamischen Therapie geeignet, nicht fluoriert, orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrigdosiert ( $\leq$  Wirkstärkenäquivalenzfaktor 40)  
Wirkstoff:  
Cloprednol  
Deflazacort  
Methylprednisolon

Prednyliden

- 2.46 Glucocorticoide, oral: parente Glucocorticoide, zur Therapie geeignet, nicht fluoriert, orale Darreichungsformen, normal freisetzend, hochdosiert ( $\geq$  Wirkstärkenäquivalenzfaktor 80)  
Wirkstoff:  
Methylprednisolon  
Prednyliden
- 2.47 Glucocorticoide, oral: weitere Glucocorticoide, zur pharmakodynamischen Therapie geeignet, fluoriert, orale Darreichungsformen, normal freisetzend, niedrigdosiert ( $\leq$  Wirkstärkenäquivalenzfaktor 40)  
Wirkstoff:  
Betamethason  
Flucortolon  
Triamcinolon
- 2.48 H2-Antagonisten: weitere H2-Antagonisten, orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Famotidin  
Nizatidin  
Ranitidin  
Roxatidin
- 2.49 H2-Antagonisten: weitere H2-Antagonisten, orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Famotidin  
Ranitidin
- 2.50 Heparine, niedermolekular: Niedermolekulare Heparine, parenterale Darreichungsformen, unitdosis  
Wirkstoff:  
Certoparin  
Certoparin natrium  
Dalteparin  
Dalteparin natrium  
Enoxaparin  
Enoxaparin natrium  
Nadroparin  
Nadroparin calcium  
Reviparin  
Reviparin natrium  
Tinzaparin  
Tinzaparin natrium
- 2.51 Herzglykoside, weitere: orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Lanatosid C  
Meproscillarin  
Metildigoxin



- 2.52 HMG-CoA-Reduktasehemmer: orale, abgeteilte Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Atorvastatin: Atorvastatin Calciumsalze  
Fluvastatin: Fluvastatin Natriumsalze  
Lovastatin  
Pitavastatin: Pitavastatin Calciumsalze  
Pravastatin: Pravastatin Natriumsalze  
Rosuvastatin: Rosuvastatin Calciumsalze  
Simvastatin
- 2.53 Insuline: Insuline (40 I. E./ml)  
Wirkstoff:  
Insulin
- 2.54 Insuline: Insuline (100 I. E./ml)  
Wirkstoff:  
Insulin
- 2.55 Makrolide, neuere: orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Azithromycin  
Azithromycin-1-Wasser  
Azithromycin-2-Wasser  
Clarithromycin  
Roxithromycin
- 2.56 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren II (Oxicame), rektale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Lornoxicam  
Meloxicam  
Meloxicam meglumin  
Piroxicam  
Tenoxicam
- 2.57 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylessigsäurederivate, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend  
Wirkstoff:  
Aceclofenac  
Acemetacin  
Lonazolac  
Lonazolac calcium  
Nabumeton  
Proglumetacin  
Proglumetacin dimaleat  
Tolmetin
- 2.58 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylessigsäurederivate, orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend  
Wirkstoff:  
Acemetacin

- 2.59 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylpropionsäurederivate, orale Darreichungsformen, normal freisetzend  
Wirkstoff:  
Fenbufen  
Fenoprofen  
Flurbiprofen  
Ketoprofen  
Naproxen  
Tiaprofensäure
- 2.60 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylpropionsäurederivate, orale Darreichungsformen, normal freisetzend  
Wirkstoff:  
Naproxen
- 2.61 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren I (Pyrazolidindion-Derivate), orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Azapropazon  
Bumadizon  
Mofebutazon  
Oxyphenbutazon  
Phenylbutazon
- 2.62 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren II (Oxicame), abgeteilte orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Lornoxicam  
Meloxicam  
Meloxicam meglumin  
Piroxicam  
Piroxicam betadex  
Tenoxicam
- 2.63 Protonenpumpenhemmer: orale, abgeteilte Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Esomeprazol: Esomeprazol Magnesiumsalze  
Lansoprazol  
Omeprazol: Omeprazol Magnesiumsalze  
Pantoprazol: Pantoprazol Natriumsalze  
Rabeprazol: Rabeprazol Natriumsalze
- 2.64 Selektive Serotonin-5HT<sub>1</sub>-Agonisten: orale, abgeteilte Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Almotriptan  
Almotriptan malat  
Eletriptan  
Eletriptan hydrobromid  
Frovatriptan  
Frovatriptan succinat-1-Wasser

Naratriptan  
Naratriptan hydrochlorid  
Rizatriptan  
Rizatriptan benzoat  
Sumatriptan  
Sumatriptan succinat  
Zolmitriptan

2.65 Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:  
Citalopram

2.66 Serotonin-5HT<sub>3</sub>-Antagonisten: orale, abgeteilte Darreichungsformen

Wirkstoff:  
Dolasetron: Dolasetron mesilat, Dolasetron mesilat-(x)-Wasser  
Granisetron: Granisetron hydrochlorid  
Ondansetron: Ondansetron hydrochlorid, Ondansetron hydrochlorid-(x)-Wasser  
Tropisetron: Tropisetron hydrochlorid

2.67 Testosteron-5-alpha-Reduktasehemmer: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:  
Dutasterid  
Finasterid

2.68 Triazole: orale, abgeteilte Darreichungsformen

Wirkstoff:  
Fluconazol  
Itraconazol

### **3. Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen**

3.1 Acetylsalicylsäure und Kombinationen von Acetylsalicylsäure mit Antacida bzw. Puffersubstanzen: orale Darreichungsformen, normal freisetzend

Wirkstoff:  
Acetylsalicylsäure

3.2 Acetylsalicylsäure und Kombinationen von Acetylsalicylsäure mit Antacida bzw. Puffersubstanzen: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:  
Acetylsalicylsäure

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

Wirkstoff:  
Amitriptylinoxid  
Clomipramin-hydrochlorid  
Desipramin-hydrochlorid  
Dibenzepin-hydrochlorid  
Dosulepin-hydrochlorid

Doxepin  
Imipramin-hydrochlorid  
Lofepramin  
Nortriptylin-hydrochlorid  
Noxiptilin  
Opipramol  
Trimipramin

- 3.4 Antidepressiva: weitere klassische Antidepressiva, feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend

Wirkstoff:

Clomipramin-hydrochlorid  
Dibenzepin-hydrochlorid

- 3.5 Antidepressiva: weitere klassische Antidepressiva, flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Doxepin  
Imipramin-hydrochlorid  
Trimipramin

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

Wirkstoff:

Mianserin-hydrochlorid  
Trazodon  
Viloxazin

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

Wirkstoff:

Fluoxetin  
Fluvoxaminhydrogenmaleat  
Paroxetin

- 3.8 Antirheumatika: topische nicht steroidale Antirheumatika, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Etofenamat  
Felbinac  
Flufenaminsäure  
Ketoprofen  
Nifluminsäure  
Piroxicam

- 3.9 Antitussiva: Opiumalkaloide und Derivate, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Codein  
Dextromethorphan parenterale  
Dihydrocodein  
Levopropoxyphen  
Noscapin

- 3.10 Antitussiva: Opiumalkaloide und Derivate, orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Dextromethorphan
- 3.11 Antitussiva: andere Antitussiva, orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Benproperin  
Clobutinol  
Dropropizin  
Pentoxyverin  
Pipazetat
- 3.12 Bisphosphonate und Kombinationen von Bisphosphonaten mit Additiva: orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Alendronsäure  
Alendronsäure Natriumsalze  
Alendronsäure Natriumsalze und Additiva (Alfacalcidol)  
Alendronsäure Natriumsalze und Additiva (Colecalciferol)  
Alendronsäure Natriumsalze und Additiva (Calcium, Colecalciferol)  
Etidronsäure  
Etidronsäure Natriumsalze  
Etidronsäure Natriumsalze und Additiva (Calcium)  
Ibandronsäure  
Ibandronsäure Natriumsalze  
Risedronsäure  
Risedronsäure Natriumsalze  
Risedronsäure Natriumsalze und Additiva (Calcium)  
Risedronsäure Natriumsalze und Additiva (Calcium, Colecalciferol)
- 3.13 Eisen-II-haltige Antianämika mit dem Wirkungskriterium Eisenmangelanämie: orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Eisen-II
- 3.14 Filmbildner: mit Konservierungsmittel  
Wirkstoff:  
Filmbildner
- 3.15 Filmbildner: ohne Konservierungsmittel  
Wirkstoff:  
Filmbildner
- 3.16 Gestagene, weitere: weitere Gestagene, feste orale Darreichungsform  
Wirkstoff:  
Dydrogesteron  
Lynestrenol  
Medrogeston
- 3.17 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, schwach wirksam, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Clocortolonpivalat plus -hexanoat  
Dexamethason  
Dexamethason-21-isonicotinat  
Fluocortinbutylester  
Fluorometholon  
Hydrocortison  
Hydrocortisonacetat  
Prednisolon  
Triamcinolon acetonid

- 3.18 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, schwach wirksam, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Hydrocortison  
Hydrocortisonacetat

- 3.19 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, mittelstark wirksam, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alclometasondipropionat  
Betamethasonbenzoat  
Betamethasonvalerat  
Clobetasonbutyrat  
Clocortolonpivalat plus -hexanoat  
Desonid  
Desoximetason  
Dexamethason  
Flumethasonpivalat  
Fluocinolonacetonid  
Fluocinonid  
Fluocortolon  
Fluocortolonpivalat plus -hexanoat  
Fluoroandrenolon-Fludroxycortid  
Fluprednidenacetat  
Halcinonid  
Hydrocortison-17-butytrat, -21-propionat  
Hydrocortisonaceponat  
Hydrocortisonbutyrat  
Methylprednisolonaceponat  
Prednicarbat  
Triamcinolon acetonid

- 3.20 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, stark wirksam, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Amcinonid  
Betamethasondipropionat  
Betamethasonvalerat  
Desoximetason  
Dexamethasonvalerat

Diflorasondiacetat  
Diflucortolonvalerat  
Fluocinolonacetonid  
Fluocinonid  
Fluocortolonpivalat plus -hexanoat  
Fluticason-17-propionat  
Halcinonid  
Halometason  
Mometason  
Triamcinolon acetonid

- 3.21 Glucocorticoide, topisch: weitere Glucocorticoide, sehr stark wirksam, topische Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Clobetasolpropionat  
Diflucortolonvalerat  
Fluocinolonacetonid
- 3.22 H1-Antagonisten: Antihistaminika, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend  
Wirkstoff:  
Bamipin  
Clemastin  
Dexchlorpheniramin  
Dimetinden  
Diphenylpyralin  
Pheniramin  
Triprolidin
- 3.23 H1-Antagonisten: Antihistaminika, feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend  
Wirkstoff:  
Brompheniramin  
Carbinoxamin  
Dimetinden  
Pheniramin
- 3.24 H1-Antagonisten: Antihistaminika, flüssige orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Alimemazin  
Carbinoxamin  
Clemastin  
Dimetinden  
Diphenylpyralin  
Mebhydrolin  
Mequitazin  
Pheniramin
- 3.25 H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, abgeteilte orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Astemizol  
Azelastin

Terfenadin

- 3.26 H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, abgeteilte orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cetirizin  
Loratadin

- 3.27 H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, flüssige orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Cetirizin  
Loratadin

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

Wirkstoff:

Ketotifen  
Oxatomid

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

Wirkstoff:

Ketotifen  
Oxatomid

- 3.30 H1-Antagonisten: Antihistaminika, topische Darreichungsformen

Wirkstoff:

Bamipin  
Chlorphenoxamin  
Clemastin  
Dimetinden  
Diphenhydramin  
Pheniramin  
Tripeleennamin

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

Wirkstoff:

Delapril + Manidipin  
Delapril hydrochlorid  
Manidipin dihydrochlorid  
Enalapril + Lercanidipin  
Enalapril maleat  
Lercanidipin hydrochlorid  
Enalapril + Nitrendipin  
Enalapril maleat  
Ramipril + Felodipin  
Trandolapril + Verapamil  
Verapamil hydrochlorid

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



Wirkstoff:

Benazepril + Hydrochlorothiazid  
Benazepril hydrochlorid  
Captopril + Hydrochlorothiazid  
Cilazapril + Hydrochlorothiazid  
Cilazapril-1-Wasser  
Enalapril + Hydrochlorothiazid  
Enalapril maleat  
Fosinopril + Hydrochlorothiazid  
Fosinopril natrium  
Lisinopril + Hydrochlorothiazid Moexipril + Hydrochlorothiazid  
Moexipril hydrochlorid  
Quinapril + Hydrochlorothiazid  
Quinapril hydrochlorid  
Ramipril + Hydrochlorothiazid  
Zofenopril + Hydrochlorothiazid  
Zofenopril calcium

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

Wirkstoff:

Perindopril + Indapamid, Perindopril arginin; Perindopril erbumin  
Ramipril + Piretanid

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

Wirkstoff:

Candesartan + Hydrochlorothiazid: Candesartan cilexetil  
Eprosartan + Hydrochlorothiazid: Eprosartan mesilat  
Irbesartan + Hydrochlorothiazid  
Losartan + Hydrochlorothiazid: Losartan kalium  
Olmesartan + Hydrochlorothiazid: Olmesartan medoxomil  
Telmisartan + Hydrochlorothiazid  
Valsartan + Hydrochlorothiazid

- 3.35 Kombinationen von Beta-Rezeptorenblockern mit Diuretika und Vasodilantien: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Atenolol 25 mg + Chlortalidon 12,5 mg + Hydralazin-HCl 25 mg  
Atenolol 50 mg + Chlortalidon 25 mg + Hydralazin-HCl 50 mg  
Metipranolol 20 mg + Butizid 2,5 mg + Dihydralazinsulfat 25 mg  
Metipranolol 40 mg + Butizid 5 mg + Dihydralazinsulfat 50 mg  
Metoprololtartrat 100 mg + Hydrochlorothiazid 12,5 mg + Hydralazin-HCl 25 mg  
Metoprololtartrat 50 mg + Hydrochlorothiazid 12,5 mg + Hydralazin-HCl 25 mg  
Oxprenolol-HCl 80 mg + Chlortalidon 10 mg + Hydralazin-HCl 25 mg  
Propranolol-HCl 60 mg + Bendroflumethiazid 2,5 mg + Hydralazin-HCl 25 mg

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

Wirkstoff:

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

Propranolol-HCl 80 mg + Hydrochlorothiazid 12,5 mg + Triamteren 25 mg  
Timololhydrogenmaleat 10 mg + Hydrochlorothiazid 25 mg + Amilorid-HCl 2,5 mg

- 3.37 Kombinationen von Beta-Rezeptorenblockern, nicht selektiv, mit weiteren Diuretika: abgeteilte orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Oxprenolol + Chlortalidon  
Oxprenolol hydrochlorid  
Penbutolol + Furosemid  
Penbutolol sulfat  
Penbutolol + Piretanid  
Penbutolol sulfat  
Pindolol + Clopamid
- 3.38 Kombinationen von Cromoglicinsäure mit Beta2-Sympathomimetika: inhalative Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Cromoglicinsäure + Fenoterol  
Cromoglicinsäure + Reproterol
- 3.39 Kombinationen von Furosemid mit kaliumsparenden Diuretika: orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Furosemid 15 mg + Triamteren 25 mg  
Furosemid 30 mg + Triamteren 50 mg  
Furosemid 40 mg + Amilorid-HCl 5 mg  
Furosemid 40 mg + Triamteren 50 mg
- 3.40 Kombinationen von Glucocorticoiden mit langwirksamen Beta2-Sympathomimetika: inhalative Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Beclometasondipropionat + Formoterol  
Beclometasondipropionat, wasserfreies  
Formoterol hemifumarat-1-Wasser  
Budesonid + Formoterol  
Formoterol hemifumarat-1-Wasser  
Fluticason propionat + Salmeterol  
Fluticason 17-propionat  
Salmeterol xinafoat
- 3.41 Kombinationen von Nifedipin mit Beta-Rezeptorenblockern: orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Nifedipin 10 mg + Acebutolol 100 mg  
Nifedipin 10 mg + Atenolol 25 mg  
Nifedipin 15 mg + Metoprolol 50 mg  
Nifedipin 20 mg + Atenolol 50 mg
- 3.42 Kombinationen von Paracetamol mit Codein: feste orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Codeinphosphat 30 mg x 0,5 H<sub>2</sub>O  
Paracetamol 500 mg

- 3.43 Kombinationen von Paracetamol mit Codein: rektale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Codeinphosphat 60 mg x 0,5 H<sub>2</sub>O  
Paracetamol 1 000 mg
- 3.44 Kombinationen von Thiazid-Diuretika und Analoga mit kaliumsparenden Diuretika: orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Bendroflumethiazid 2,5 mg + Amilorid-HCl 4,4 mg  
Trichlormethiazid 2 mg + Amilorid-HCl 2 mg  
Xipamid 10 mg + Triamteren 30 mg  
Xipamid 5 mg + Triamteren 15 mg
- 3.45 Myotonolytika: zentral wirksame Myotonolytika, orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Baclofen  
Tetrazepam  
Tizanidin
- 3.46 Neuroleptika: hochpotente Neuroleptika, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend  
Wirkstoff:  
Benperidol  
Bromperidol  
Flupentixol  
Fluphenazin  
Perphenazin  
Pimozid  
Tiotixen  
Trifluoperazin
- 3.47 Neuroleptika: hochpotente Neuroleptika, flüssige orale Darreichungsformen  
Wirkstoff:  
Benperidol  
Bromperidol  
Fluphenazin  
Perphenazin  
Trifluoperidol
- 3.48 Neuroleptika: hochpotente Neuroleptika, parenterale Darreichungsformen, normal freisetzend  
Wirkstoff:  
Benperidol  
Fluphenazin
- 3.49 Neuroleptika: mittel- und niedrigpotente Neuroleptika, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend  
Wirkstoff:  
Chlorphenethazin  
Chlorpromazin

Chlorprothixen  
Clopenthixol  
Dixyrazin  
Levomepromazin  
Melperon  
Metofenazat  
Perazin  
Promazin  
Prothipendyl  
Thioridazin  
Triflupromazin  
Zotepin  
Zuclopenthixol

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

Wirkstoff:

Chlorpromazin  
Chlorprothixen  
Dixyrazin  
Fluanison  
Levomepromazin  
Melperon  
Perazin  
Promazin  
Prothipendyl  
Thioridazin  
Zuclopenthixol

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

Wirkstoff:

Chlorpromazin  
Chlorprothixen  
Levomepromazin  
Melperon  
Perazin  
Promazin  
Prothipendyl  
Triflupromazin

- 3.52 Neuroleptika: Depotneuroleptika, parenterale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Flupentixol  
Fluphenazin  
Fluspirilen  
Perphenazin  
Zuclopenthixol

- 3.53 Ophthalmika, vasokonstriktorisch: weitere Ophthalmika, vasokonstriktorisch

Wirkstoff:

Antazolin  
Naphazolin  
Oxymetazolin  
Phenylephrin  
Tetryzolin  
Tramazolin

3.54 Parkinsontherapeutika: Dopaminagonisten, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Alpha-Dihydroergocriptin  
Bromocriptin  
Lisurid  
Pergolid

3.55 Parkinsontherapeutika: Anticholinergika, orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Benzatropin  
Bornaprin  
Pridinol  
Procyclidin  
Trihexyphenidyl

3.56 Parkinsontherapeutika: Anticholinergika, orale Darreichungsform

Wirkstoff:

Metixen

3.57 Schichtgitter-Antacida: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Hydrotalcit  
magaldrathaltige Kombinationen

3.58 Thiamin + Pyridoxin: orale Darreichungsformen

Wirkstoff:

Thiamin + Pyridoxin

### **Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene oder beschränkt beihilfefähige Arzneimittel**

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

1. Alkoholentwöhnungsmittel sind nur beihilfefähig zur Unterstützung der Aufrechterhaltung der Abstinenz bei alkoholkranken Personen im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts mit begleitenden psychosozialen und sozialtherapeutischen Maßnahmen; der Einsatz der Alkoholentwöhnungsmittel ist besonders zu begründen.
2. Antidysmenorrhöika sind nur beihilfefähig als
  - a) Prostaglandinsynthetasehemmer bei Regelschmerzen,
  - b) systemische hormonelle Behandlung von Regelanomalien.
3. Clopidogrel als Monotherapie zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Personen mit Herzinfarkt, mit ischämischem Schlaganfall oder mit nachgewiesener peripherer arterieller Verschlusskrankheit ist nur beihilfefähig für Personen mit
  - a) Amputation oder Gefäßintervention, bedingt durch periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK), oder
  - b) diagnostisch eindeutig gesicherter typischer Claudicatio intermittens mit Schmerzrückbildung in < 10 Minuten bei Ruhe oder
  - c) Acetylsalicylsäure-Unverträglichkeit, soweit wirtschaftlichere Alternativen nicht eingesetzt werden können.
4. Clopidogrel in Kombination mit Acetylsalicylsäure bei akutem Koronarsyndrom zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse ist nur beihilfefähig für Personen mit
  - a) akutem Koronarsyndrom ohne ST-Strecken-Hebung während eines Behandlungszeitraums von bis zu zwölf Monaten,
  - b) Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung, für die eine Thrombolyse infrage kommt, während eines Behandlungszeitraums von bis zu 28 Tagen.Die Behandlung mit Clopidogrel plus ASS bei akutem Koronarsyndrom mit ST-Strecken-Hebungs-Infarkt, denen bei einer perkutanen Koronarintervention ein Stent implantiert wurde, ist nicht Gegenstand dieser Regelung.
5. Insulinanaloga, schnell wirkend zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2; hierzu zählen:
  - a) Insulin Aspart,

- b) Insulin Glulisin,
- c) Insulin Lispro.

Diese Wirkstoffe sind nur beihilfefähig, solange sie im Vergleich zu schnell wirkendem Humaninsulin nicht mit Mehrkosten verbunden sind. Dies gilt nicht für Personen,

- a) die gegen den Wirkstoff Humaninsulin allergisch sind,
- b) bei denen trotz Intensivierung der Therapie eine stabile adäquate Stoffwechsellage mit Humaninsulin nicht erreichbar ist, dies aber mit schnell wirkenden Insulinanaloga nachweislich gelingt, oder
- c) bei denen auf Grund unverhältnismäßig hoher Humaninsulindosen eine Therapie mit schnell wirkenden Insulinanaloga im Einzelfall wirtschaftlicher ist.

6. Insulinanaloga, lang wirkend zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2; hierzu zählen:

- a) Insulin glargin,
- b) Insulin detemir.

Diese Wirkstoffe sind nur beihilfefähig, solange sie im Vergleich zu intermediär wirkendem Humaninsulin nicht mit Mehrkosten verbunden sind; die notwendige Dosis Einheit zur Erreichung des therapeutischen Ziels ist zu berücksichtigen. Satz 2 gilt nicht für

- a) eine Behandlung mit Insulin glargin für Personen, bei denen im Rahmen einer intensivierten Insulintherapie auch nach individueller Überprüfung des Therapieziels und individueller Anpassung des Ausmaßes der Blutzuckersenkung in Einzelfällen ein hohes Risiko für schwere Hypoglykämien bestehen bleibt, oder
- b) Personen, die gegen intermediär wirkende Humaninsuline allergisch sind.

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

8. Prostatamittel sind nur beihilfefähig

- a) einmalig für eine Dauer von 24 Wochen als Therapieversuch sowie
- b) längerfristig, sofern der Therapieversuch nach Buchstabe a erfolgreich verlaufen ist.

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

**Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel**

**Abschnitt 1**

**Leistungsverzeichnis**

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
<b>Bereich Inhalation<sup>1)</sup></b>		
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	6,70 € 3,60 € 5,70 €
2	Radon-Inhalation a) im Stollen b) mittels Hauben	11,30 € 13,80 €
<b>Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>		
3	Krankengymnastische Behandlung <sup>2)</sup> (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung	19,50 €
4	Krankengymnastische Behandlung <sup>2)3)</sup> auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen, die nach Abschluss der Hirnreife erworben werden, als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10 €
5	Krankengymnastische Behandlung <sup>2)5)</sup> auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen, die angeboren sind oder bis zum Alter von 14 Jahren erworben werden, als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30 €
6	Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2 – 8 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer	6,20 €
7	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe <sup>4)</sup> (2 – 4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80 €



Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
8	Krankengymnastik (Atemtherapie) a) bei Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten b) bei schweren Bronchialerkrankungen in einer Gruppe (2 - 5 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	34,30 €  10,80 €
9	Bewegungsübungen <sup>2)</sup>	7,70 €
10	Krankengymnastik oder Bewegungsübungen im Bewegungsbad a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe b) in einer Gruppe (bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60 € 11,80 €
11	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen <sup>6)</sup> , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50 €
12	Chirogymnastik <sup>7)</sup> - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40 €
13	Erweiterte ambulante Physiotherapie <sup>10)11)</sup> , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90 €
14	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT) <sup>12)</sup> , Behandlungsrichtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 18 Stunden je Kalenderhalbjahr	35,00 €
15	Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glissonschiene)	5,20 €
16	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70 €
<b>Bereich Massagen</b>		
17	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) <sup>2)</sup>	13,80 €
18	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder <sup>7)</sup> a) Teilbehandlung, 30 Minuten b) Großbehandlung, 45 Minuten c) Ganzbehandlung, 60 Minuten d) Kompressionsbandagierung einer Extremität <sup>8)</sup>	19,50 € 29,20 € 39,00 € 8,70 €

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
19	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalte von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10 €
<b>Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>		
20	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,30 €
21	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80 €
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aa) Teilpackung	20,50 €
	bb) Großpackung	28,20 €
22	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,90 €
23	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	7,70 €
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40 €
24	Heublumensack, Peloidkomresse	9,20 €
25	Wickel, Auflagen, Kompressen und anderen, auch mit Zusatz	4,60 €
26	Trockenpackung	3,10 €
27	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10 €
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60 €
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10 €
28	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30 €
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,00 €
29	Wechselbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	9,20 €
	b) Vollbad	13,30 €

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
30	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,00 €
31	Naturmoorbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Halbbad b) Vollbad	32,80 € 39,90 €
32	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe a) Teilbad b) Vollbad	28,70 € 32,80 €
33	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit der Bestrahlung durch langwelliges ultraviolettes Licht [UV-A] oder kurzwelliges ultraviolettes Licht [UV-B], einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80 €
34	Medizinische Bäder mit Zusätzen a) Teilbad (Hand- oder Fußbad) mit Zusatz, zum Beispiel vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	6,70 € 13,30 € 18,50 € 3,10 €
35	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 Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter Nummer 30 Buchstabe a bis c und Nummer 31 Buchstabe b jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 Buchstabe d beihilfefähig.	19,50 € 22,50 € 21,00 € 18,50 € 3,10 €
<b>Bereich Kälte- und Wärmebehandlung</b>		
36	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80 €

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70 €
37	Eisteilbad	9,80 €
38	Heißluftbehandlung <sup>9)</sup> eines oder mehrerer Körperteile oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler auch Infrarot) bei einem oder mehreren Körperteilen	5,70 €
<b>Bereich Elektrotherapie</b>		
39	Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese	6,20 €
40	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20 €
41	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20 €
42	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80 €
43	Iontophorese	6,20 €
44	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30 €
45	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00 €
<b>Bereich Lichttherapie</b>		
46	Behandlung mit Ultraviolettlicht <sup>9)</sup> a) als Einzelbehandlung b) in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	3,10 € 2,60 €
47	a) Reizbehandlung <sup>9)</sup> eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht b) Reizbehandlung <sup>9)</sup> mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	3,10 € 5,20 €
48	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20 €
49	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70 €

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

Ifd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
58	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70 €
59	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05 €
60	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25 €
61	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10 €
62	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50 €
<b>Bereich Sonstiges</b>		
63	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20 €
64	<p>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</p> <p>Bei Besuchen mehrerer Patientinnen oder Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 59 und 60 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.</p>	
<p>1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.</p> <p>2) Neben den Leistungen nach den Nummern 3 bis 5 sind Leistungen nach den Nummern 9 und 17 nur dann beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.</p> <p>3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung der behandelnden Person (zum Beispiel Bobath, Vojta, propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation) von mindestens 120 Stunden als beihilfefähig anerkannt werden.</p> <p>4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang der behandelnden Person (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise und Ähnlichem sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie als beihilfefähig anerkannt werden.</p> <p>5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung der behandelnden Person (zum Beispiel Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden als beihilfefähig anerkannt werden.</p> <p>6) Darf nur nach besonderer Weiterbildung der behandelnden Person (Manuelle Therapie) von mindestens 260 Stunden als beihilfefähig anerkannt werden.</p> <p>7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung der behandelnden Person von mindestens 160 Stunden als beihilfefähig anerkannt werden.</p> <p>8) Das notwendige Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig.</p> <p>9) Die Leistungen der Nummern 34, 42 und 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.</p> <p>10) Darf nur bei Durchführung von solchen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/erweiterten ambulanten Physiotherapie zugelassen sind.</p> <p>11) Die Leistungen der Nummern 3 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.</p> <p>12) Die Leistungen der Nummern 3 bis 5, 9, 11 und 17 sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.</p> <p>13) Aufwendungen für medizinische Fußpflege durch eine Podologin, einen Podologen, eine medizinische Fußpflegerin oder einen medizinischen Fußpfleger sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.</p>		

## Abschnitt 2

### Erweiterte ambulante Physiotherapie

1. Aufwendungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP) – Nummer 13 des Leistungsverzeichnisses – werden nur bei folgenden Indikationen als beihilfefähig anerkannt:
  - a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
    - aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
    - bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
    - cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
    - dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
    - ee) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose  $> 50^\circ$  nach Cobb,
  - b) Operation am Skelettsystem
    - aa) posttraumatische Osteosynthesen,
    - bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
  - c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit
    - aa) Schulterprothesen,
    - bb) Knieendoprothesen,
    - cc) Hüftendoprothesen,
  - d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten
    - aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
    - bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
      - aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
      - bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
      - ccc) schwere Schultersteife (frozen shoulder),
      - ddd) Impingement-Syndrom,
      - eee) Schultergelenkluxation,
      - fff) tendinosis calcarea,
      - ggg) periathritis humero-scapularis,
    - cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,
  - e) Amputationen.

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

  - a) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
  - b) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,

- c) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
  - d) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“.
2. Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
3. Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
- a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
  - b) Physikalische Therapie nach Bedarf,
  - c) Medizinisches Aufbautraining.
- Bei Bedarf können folgende zusätzliche Leistungen erbracht werden:
- d) Lymphdrainage oder Massage oder Bindegewebsmassage,
  - e) Isokinetik,
  - f) Unterwassermassage.
- Diese zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 13 abgegolten.
4. Die Patientin oder der Patient muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

### **Abschnitt 3**

#### **Medizinisches Aufbautraining**

1. Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn
- a) das Training verordnet wird von
    - aa) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
    - bb) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
    - cc) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
    - dd) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“,
  - b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der Therapieeinrichtung vorgenommen werden und



- c) jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.
2. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.
3. Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:
  - a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.
  - b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte, zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings analog Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte (je Sitzung) und begleitenden krankengymnastischen Übungen nach Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Nummern analog 846, analog 558 sowie Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte können pro Sitzung jeweils nur einmal abgerechnet werden.
4. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nummer 14 des Abschnitts 1.
5. Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

#### **Abschnitt 4**

##### **Aufwendungen für medizinische Fußpflege**

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

**Anlage 10**  
(zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz1)

**Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer  
für Heilmittel**

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

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

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

**Abschnitt 1**

**Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke**

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

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

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

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

- 10.1 (frei)
- 11.1 Kanülen und Zubehör
- 11.2 Katapultsitz
- 11.3 Katheter, auch Ballonkatheter, und Zubehör
- 11.4 Kieferspreizgerät
- 11.5 Klosett-Matratze für den häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz
- 11.6 Klumpfußschiene
- 11.7 Klumphandschiene
- 11.8 Klyso
- 11.9 Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
- 11.10 Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
- 11.11 Kniepolster/-rutscher bei Unterschenkelamputation
- 11.12 Knöchel- und Gelenkstützen
- 11.13 Körperersatzstücke einschließlich Zubehör, abzüglich eines Eigenanteils von 15 Euro für Brustprothesenhalter und 40 Euro für Badeanzüge, Bodys oder Korsetts für Brustprothesenträgerinnen
- 11.14 Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
- 11.15 Koordinator nach Schielbehandlung
- 11.16 Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
- 11.17 Kopfschützer
- 11.18 Korrektursicherungsschuh
- 11.19 Krabblertisch für Spastikerinnen und Spastiker
- 11.20 Krampfaderbinde
- 11.21 Krankenfahrstuhl und Zubehör
- 11.22 Krankenpflegebett
- 11.23 Krankenstock
- 11.24 Kreuzstützbandage
- 11.25 Krücke
- 12.1 Latextrichter bei Querschnittlähmung
- 12.2 Leibbinde, jedoch keine Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
- 12.3 Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
- 12.4 Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
- 12.5 Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber oder Badewannenlifter)
- 12.6 Lispelsonde
- 12.7 Lumbalbandage
- 13.1 Malleotrain-Bandage
- 13.2 Mangoldsche Schnürbandage

- 13.3 Manutrain-Bandage
- 13.4 Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro:
  - 13.4.1 Straßenschuhe (Erstausrüstung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
  - 13.4.2 Hausschuhe (Erstausrüstung zwei Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
  - 13.4.3 Sportschuhe (Erstausrüstung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach zwei Jahren),
  - 13.4.4 Badeschuhe (Erstausrüstung ein Paar, Ersatzbeschaffung regelmäßig frühestens nach vier Jahren),
  - 13.4.5 Interimsschuhe (wegen vorübergehender Versorgung entfällt der Eigenanteil von 64 Euro)
- 13.5 Milchpumpe
- 13.6 Mundsperrerr
- 13.7 Mundstab/-greifstab
- 14.1 Narbenschützer
- 15.1 Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts und Ähnliches, auch Haltemanschetten und Ähnliches
- 15.2 Orthesenschuhe, abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro
- 15.3 Orthonyxie-Nagelkorrekturspange einschließlich der Anpassungen
- 15.4 Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen (höchstens sechs Paar Schuhe pro Jahr)
- 16.1 Pavlik-Bandage
- 16.2 Peak-Flow-Meter
- 16.3 Penisklemme
- 16.4 Peroneusschiene, Heidelberger Winkel
- 16.5 Phonator
- 16.6 Polarimeter
- 16.7 Psoriasisikamm
- 17.1 Quengelschiene
- 18.1 Reflektometer
- 18.2 Rektophor
- 18.3 Rollator
- 18.4 Rollbrett
- 18.5 Rutschbrett
- 19.1 Schede-Rad
- 19.2 Schrägliegebrett
- 19.3 Schutzbrille für Blinde

- 19.4 Schutzhelm für Behinderte
- 19.5 Schwellstromapparat
- 19.6 Segofix-Bandagensystem
- 19.7 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
- 19.8 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
- 19.9 Skolioseumkrümmungsbandage
- 19.10 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
- 19.11 Spezialschuhe für Diabetiker (Lucro®), abzüglich eines Eigenanteils von 64 Euro
- 19.12 Sphinkter-Stimulator
- 19.13 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
- 19.14 Spreizfußbandage
- 19.15 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
- 19.16 Spritzen
- 19.17 Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehenschäden oder Lähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen)
- 19.18 Stehübungsgerät
- 19.19 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
- 19.20 Strickleiter zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter
- 19.21 Stubbies
- 19.22 Stumpfschutzhülle
- 19.23 Stumpfstrumpf
- 19.24 Suspensorium
- 19.25 Symphysengürtel
- 20.1 Talocrur (Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar)
- 20.2 Therapeutische Bewegungsgeräte (nur mit Spasmenschaltung)
- 20.3 Tinnitusgerät
- 20.4 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten
- 20.5 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
- 20.6 Tragegurtsitz
- 21.1 Übertragungsanlagen, wenn nach differenzierter fachärztlicher pädaudiologischer Diagnostik bei Bestehen einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung auch eine Einschränkung des Sprachverständnisses im Störschall besteht
- 21.2 Übungsschiene
- 21.3 Urinale
- 21.4 Urostomiebeutel
- 22.1 Verbandsschuhe (Einzelschuhversorgung)
- 22.2 Vibrationstrainer bei Taubheit
- 23.1 Wasserfeste Gehhilfe



- 23.2 Wechseldruckgerät
- 24.1 (frei)
- 25.1 (frei)
- 26.1 Zyklomat-Hormon-Pumpe.

## **Abschnitt 2**

### **Perücken**

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

## **Abschnitt 3**

### **Blindenhilfsmittel und Mobilitätstraining**

1. Aufwendungen für zwei Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronische Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung sind beihilfefähig.
2. Aufwendungen für die erforderliche Unterweisung im Gebrauch dieser Hilfsmittel (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:
  - a) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
    - aa) Unterrichtsstunde à 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial, bis zu 100 Unterrichtsstunden 63,50 Euro,
    - bb) Fahrtzeit der Trainerin oder des Trainers je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird 50,48 Euro,
    - cc) Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers je gefahrenen Kilometer 0,30 Euro oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels,

- dd) notwendige Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainerin oder des Trainers nicht zumutbar ist, je Tag 26,00 Euro.

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

- b) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (zum Beispiel bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) werden entsprechend Buchstabe a anerkannt,
- c) Aufwendungen für ein ergänzendes Training an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden anerkannt werden, gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Fahrtkosten der Trainerin oder des Trainers in entsprechendem Umfang. Die Anerkennung weiterer Stunden ist möglich, wenn die Trainerin oder der Trainer oder eine Ärztin oder ein Arzt die Notwendigkeit bescheinigt.
3. Die entstandenen Aufwendungen für das Mobilitätstraining sind durch die Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch die Mobilitätstrainerin oder den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls sie oder er zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. Bei Umsatzsteuerpflicht (ein Nachweis des Finanzamtes ist vorzulegen) erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

## **Abschnitt 4**

### **Sehhilfen**

#### **Unterabschnitt 1**

#### **Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe**

1. Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind beihilfefähig
- a) für Personen unter 18 Jahren,
- b) für Personen ab 18 Jahren, wenn beide Augen auf Grund der Sehschwäche oder Blindheit eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, aufweisen; eine solche Beeinträchtigung liegt unter anderem vor, wenn
- aa) die Sehschärfe (Visus) bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brille oder mit möglichen Kontaktlinsen auf dem besseren Auge  $< 0,3$  beträgt oder

bb) das beidäugige Gesichtsfeld < 10 Grad bei zentraler Fixation ist.

Die Sehschärfenbestimmung hat beidseits mit bester Korrektur mit Brillengläsern oder Kontaktlinsen zu erfolgen.

2. Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist die Verordnung von einer Augenärztin oder einem Augenarzt. Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung von einer Augenoptikerin oder einem Augenoptiker; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 Euro beihilfefähig. Als Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind beihilfefähig:
  - a) Brillengläser,
  - b) Kontaktlinsen,
  - c) vergrößernde Sehhilfen.
  
3. Aufwendungen für Brillengläser sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
  - a) für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/-6 Dioptrien (dpt):
    - aa) Einstärkengläser:

aaa) für das sphärische Glas	31 Euro,
bbb) für das zylindrische Glas	41 Euro,
    - bb) Mehrstärkengläser:

aaa) für das sphärische Glas	72 Euro,
bbb) für das zylindrische Glas	92,50 Euro,
  - b) bei Gläserstärken über +/-6 dpt zuzüglich je Glas 21 Euro,
  - c) bei Dreistufen- oder Multifokalgläsern zuzüglich je Glas 21 Euro,
  - d) bei Gläsern mit prismatischer Wirkung zuzüglich je Glas 21 Euro.
  
4. Zusätzlich zu den Aufwendungen nach Nummer 3 sind Mehraufwendungen für Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläser bei den jeweils genannten Indikationen bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
  - a) Kunststoffgläser und hochbrechende mineralische Gläser (Leichtgläser) zuzüglich je Glas 21 Euro,
    - aa) bei Gläserstärken ab +/-6 dpt,
    - bb) bei Anisometropien ab 2 dpt,
    - cc) unabhängig von der Gläserstärke
      - aaa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
      - bbb) bei Personen mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,

- ccc) bei Brillen, die im Rahmen der Schulpflicht für die Teilnahme am Schulsport erforderlich sind,
- b) bei getönten Gläsern (Lichtschutzgläser) oder phototropen Gläsern zuzüglich je Glas 11 Euro,
  - aa) bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (zum Beispiel Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),
  - bb) bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen,
  - cc) bei Fortfall der Pupillenverengung (zum Beispiel absolute oder reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kehrer-Syndrom),
  - dd) bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht beherbbar sind (zum Beispiel Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis),
  - ee) bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (zum Beispiel Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
  - ff) bei Ciliarneuralgie,
  - gg) bei Blendung auf Grund entzündlicher oder degenerativer Erkrankungen der Netzhaut, der Aderhaut oder der Sehnerven,
  - hh) bei totaler Farbenblindheit,
  - ii) bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
  - jj) bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Lichtempfindlichkeit besteht (zum Beispiel Hirnverletzungen, Hirntumoren),
  - kk) bei Gläsern ab +10 dpt wegen Vergrößerung der Eintrittspupille.
- 5. Aufwendungen für Kontaktlinsen zur Verbesserung der Sehschärfe sind beihilfefähig bei:
  - a) Kurzsichtigkeit (Myopie) ab 8 dpt,
  - b) Weitsichtigkeit (Hyperopie) ab 8 dpt,
  - c) irregulärem Astigmatismus, wenn damit eine um mindestens 20 Prozent verbesserte Sehstärke gegenüber Brillengläsern erreicht wird,
  - d) Astigmatismus rectus und inversus ab 3 dpt,
  - e) Astigmatismus obliquus (Achslage  $45^\circ$   $\pm 30^\circ$  oder  $135^\circ$   $\pm 30^\circ$ ) ab 2 dpt,
  - f) Keratokonus,
  - g) Aphakie,
  - h) Aniseikonie; bei gleicher oder wenig differenter Refraktion beider Augen muss eine Aniseikoniemessung nach einer anerkannten reproduzierbaren Bestimmungsmethode erfolgt und dokumentiert sein,
  - i) Anisometropie ab 2 dpt.

6. Bei Kurzzeitlinsen sind je Kalenderjahr Aufwendungen nur beihilfefähig

- a) für sphärische Kontaktlinsen bis zu 154 Euro,
- b) für torische Kontaktlinsen bis zu 230 Euro.

Wenn Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen nicht ununterbrochen getragen werden können, sind bei Vorliegen der genannten Indikationen neben den Kontaktlinsen zusätzlich Aufwendungen für eine Brille im Rahmen der Nummern 3 und 4 beihilfefähig. Liegt keine der Indikationen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.

7. Aufwendungen für folgende ärztlich verordnete vergrößernde Sehhilfen sind beihilfefähig:

- a) optisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe (Hellfeldlupe, Hand- und Standlupe, gegebenenfalls mit Beleuchtung, oder Brillengläser mit Lupenwirkung [Lupengläser], in begründeten Einzelfällen als Fernrohrlupenbrillensystem [zum Beispiel nach Galilei, Kepler], gegebenenfalls einschließlich der Systemträger) bei einem mindestens 1,5-fachen Vergrößerungsbedarf,
- b) elektronisch vergrößernde Sehhilfen für die Nähe (mobile oder nicht mobile Systeme) bei einem mindestens 6-fachen Vergrößerungsbedarf,
- c) optisch vergrößernde Sehhilfen für die Ferne (fokussierbare Handfernrohre oder Monokulare).

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Verordnung von einer Fachärztin oder von einem Facharzt für Augenheilkunde ausgestellt wurde und dass diese oder dieser die Notwendigkeit und die Art der benötigten Sehhilfen selbst oder in Zusammenarbeit mit entsprechend ausgestatteten Augenoptikerinnen oder Augenoptikern bestimmt hat.

8. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:

- a) Fernrohrlupenbrillensysteme (zum Beispiel nach Galilei, Kepler) für die Zwischendistanz (Raumkorrektur) oder die Ferne,
- b) separate Lichtquellen (zum Beispiel zur Kontrasterhöhung oder zur Ausleuchtung der Lektüre),
- c) Fresnellinsen aller Art.

## **Unterabschnitt 2**

### **Therapeutische Sehhilfen**

1. Aufwendungen für folgende therapeutische Sehhilfen zur Behandlung einer Augenverletzung oder Augenerkrankung sind beihilfefähig, wenn eine entsprechende Verordnung von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde vorliegt:

- a) Brillenglas mit Lichtschutz mit einer Transmission bis 75 Prozent bei

aa) Substanzverlusten der Iris, die den Blendschutz herabsetzen (zum Beispiel Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),

bb) Albinismus.

Ist beim Lichtschutzglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich erforderlich, so sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 1 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

b) Brillenglas mit Ultraviolett-(UV-)Kantenfilter (400 Nanometer Wellenlänge) bei

aa) Aphakie,

bb) Photochemotherapie zur Absorption des langwelligen UV-Lichts,

cc) UV-Schutz nach Staroperation, wenn keine Intraokularlinse mit UV-Schutz implantiert wurde,

dd) Iriskolobom,

ee) Albinismus.

Ist beim Kantenfilterglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich und gegebenenfalls, bei Albinismus, auch eine Transmissionsminderung notwendig, so sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 1 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

c) Brillenglas mit Kantenfilter als Bandpassfilter mit einem Transmissionsmaximum bei einer Wellenlänge von 450 Nanometer bei Blauzapfenmonochromasie. Ist beim Kantenfilterglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich und gegebenenfalls auch eine Transmissionsminderung notwendig, sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 1 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

d) Brillenglas mit Kantenfilter (Wellenlänge größer als 500 Nanometer) als Langpassfilter zur Vermeidung der Stäbchenbleichung und zur Kontrastanhebung bei

aa) angeborenem Fehlen von oder angeborenem Mangel an Zapfen in der Netzhaut (Achromatopsie, inkomplette Achromatopsie),

bb) dystrophischen Netzhauterkrankungen (zum Beispiel Zapfendystrophien, Zapfen-Stäbchen-Dystrophien, Stäbchen-Zapfen-Dystrophien, Retinopathia pigmentosa, Chorioidemie),

cc) Albinismus.

Das Ausmaß der Transmissionsminderung und die Lage der Kanten der Filter sind individuell zu erproben, die subjektive Akzeptanz ist zu überprüfen. Ist beim Kantenfilterglas zusätzlich ein Refraktionsausgleich notwendig, so sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 1 beihilfefähig. Vorbehaltlich einer erfolgreichen Austestung sind zusätzlich die Aufwendungen für einen konfektionierten Seitenschutz beihilfefähig.

- e) Horizontale Prismen in Gläsern mit mehr als 3 Prismendioptrien und Folien mit prismatischer Wirkung von mehr als 3 Prismendioptrien (Gesamtkorrektur auf beiden Augen) sowie vertikale Prismen und Folien von mehr als 1 Prismendioptrie, bei:
- aa) krankhaften Störungen in der sensorischen und motorischen Zusammenarbeit der Augen, mit dem Ziel, Binokularsehen zu ermöglichen und die sensorische Zusammenarbeit der Augen zu verbessern, und
  - bb) Augenmuskelparesen, um Muskelkontrakturen zu beseitigen oder zu verringern.
- Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Verordnung auf Grund einer umfassenden augenärztlichen orthoptisch-pleoptischen Diagnostik ausgestellt ist. Verordnungen, die auf Grund isolierter Ergebnissen einer subjektiven Heterophorie-Testmethode ausgestellt sind, werden nicht anerkannt.
- Bei wechselnder Prismenstärke oder temporärem Einsatz, zum Beispiel prä- oder postoperativ, sind nur die Aufwendungen für Prismenfolien ohne Trägerglas beihilfefähig. Ausgleichsprismen bei übergroßen Brillendurchmessern sowie Höhenausgleichsprismen bei Mehrstärkengläsern sind nicht beihilfefähig.
- Ist bei Brillengläsern mit therapeutischen Prismen zusätzlich ein Refraktionsausgleich notwendig, so sind die Aufwendungen der entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 1 beihilfefähig.
- f) Okklusionsschalen oder -linsen bei dauerhaft therapeutisch nicht anders beeinflussbarer Doppelwahrnehmung.
  - g) Kunststoff-Bifokalgläser mit besonders großem Nahteil zur Behebung des akkommodativen Schielens bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren.
  - h) Okklusionspflaster und -folien als Amblyopietherapeutika, nachrangig Okklusionskapseln.
  - i) Uhrglasverbände oder konfektionierter Seitenschutz bei unvollständigem Lidschluss (zum Beispiel infolge einer Gesichtslähmung) oder bei Zustand nach Keratoplastik, um das Austrocknen der Hornhaut zu vermeiden.
  - j) Irislinsen mit durchsichtigem, optisch wirksamem Zentrum bei Substanzverlusten der Iris, die den Blendschutz herabsetzen (zum Beispiel Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse oder Albinismus).
  - k) Verbandlinsen oder -schalen bei oder nach
    - aa) Hornhauterosionen oder -epitheldefekten,
    - bb) Abrasio nach Operation,
    - cc) Verätzung oder Verbrennung,
    - dd) Hornhautverletzung (perforierend oder lamellierend),
    - ee) Keratoplastik,
    - ff) Hornhautentzündungen und -ulzerationen, zum Beispiel Keratitis bullosa, Keratitis neuroparalytica, Keratitis e lagophthalmo, Keratitis filiformis.
  - l) Kontaktlinsen als Medikamententräger zur kontinuierlichen Medikamentenzufuhr.

- m) Kontaktlinsen
    - aa) bei ausgeprägtem, fortgeschrittenem Keratokonus mit keratokonusbedingten pathologischen Hornhautveränderungen und Hornhautradius unter 7 Millimeter zentral oder im Apex oder
    - bb) nach Hornhauttransplantation oder Keratoplastik.
  - n) Kunststoffgläser als Schutzgläser bei Personen, die an Epilepsie oder an Spastiken erkrankt sind – sofern sie erheblich sturzgefährdet sind – oder funktionell Einäugigen (bestkorrigierter Visus mindestens eines Auges unter 0,2). Ist zusätzlich ein Refraktionsausgleich notwendig, sind die Aufwendungen für die entsprechenden Brillengläser nach Unterabschnitt 1 beihilfefähig. Kontaktlinsen sind bei dieser Indikation nicht beihilfefähig.
2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:
- a) Kantenfilter bei
    - aa) altersbedingter Makuladegeneration,
    - bb) diabetischer Retinopathie,
    - cc) Opticusatrophie (außer im Zusammenhang mit einer dystrophischen Netzhauterkrankung),
    - dd) Fundus myopicus.
  - b) Verbandlinsen oder Verbandschalen nach nicht beihilfefähigen Eingriffen.
  - c) Okklusionslinsen und -schalen als Amblyopietherapeutikum.

### **Unterabschnitt 3**

#### **Allgemeine Bestimmungen für Sehhilfen**

1. Aufwendungen für eine Sportbrille sind beihilfefähig, wenn im Rahmen der Schulpflicht eine Sportbrille während des Schulsports getragen werden muss. Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach den Nummern 3 und 4 des Unterabschnitts 1; für die Brillenfassung sind Aufwendungen bis zu 52 Euro beihilfefähig.
2. Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe sind 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 notwendig ist, weil
  - a) sich die Refraktion geändert hat,
  - b) die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
  - c) sich die Kopfform geändert hat.



3. Aufwendungen für eine Irisschale mit geschwärzter Pupille sind nach diesem Abschnitt nicht beihilfefähig.
  
4. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:
  - a) Sehhilfen, die nur für eine berufliche Tätigkeit erforderlich werden,
  - b) Bildschirmbrillen,
  - c) Brillenversicherungen,
  - d) Zweitbrillen,
  - e) Reservebrillen,
  - f) Brillengläser für Sportbrillen, außer im Fall der Nummer 1,
  - g) Brillenetuis,
  - h) Brillenfassungen, außer im Fall der Nummer 1.

## Anlage 12

(zu § 25 Absatz 1, 2 und 4)

### **Nicht beihilfefähige Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle**

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

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

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

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

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

**Ergänzende Früherkennungsuntersuchungen,  
Vorsorgemaßnahmen und Schutzimpfungen**

1. Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen
  - 1.1 Gen-Test bei erhöhtem Krebsrisiko für erblich belastete Frauen mit einem familiär erhöhten Brust- und Eierstockkrebsrisiko
  - 1.2 Telemedizinische Betreuung (Telemonitoring) bei chronischer Herzinsuffizienz
  - 1.3 Früherkennungsuntersuchungen bei Minderjährigen im Alter von sechs und zehn Jahren und von 16 bis 17 Jahren
    - 1.3.1 U 10 (sechs bis sieben Jahre)
    - 1.3.2 U 11 (neun bis zehn Jahre)
    - 1.3.3 J 2 (16 bis 17 Jahre)
  
2. Schutzimpfungen
  - 2.1 Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME-)Schutzimpfungen ohne Einschränkungen
  - 2.2 Gripeschutzimpfungen ohne Einschränkungen