Der Senat von Berlin
SenFin IV D 24 – 04401/1/LBhVO –
Telefon 9(0)20 – 2062

An das
Abgeordnetenhaus von Berlin

über

Senatskanzlei – G Sen –

V o r l a g e

– zur Kenntnisnahme –

gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin
über Dritte Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung

---

Wir bitten, gemäß Artikel 64 Absatz 3 der Verfassung von Berlin zur Kenntnis zu nehmen, dass der Senat die nachstehende Verordnung erlassen hat:

**Dritte Verordnung**
**zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung**
Vom

Auf Grund des § 76 Absatz 5 Satz 1 des Landesbeamtengesetzes vom 19. März 2009 (GVBl. S. 70), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. November 2018 (GVBl. S. 620) geändert worden ist, verordnet der Senat:

Artikel 1
Änderung der Landesbeihilfeverordnung

Die Landesbeihilfeverordnung vom 8. September 2009 (GVBl. S. 436), die zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 19. Dezember 2017 (GVBl. S. 695) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

   a) Die Angabe zu § 27 wird wie folgt gefasst:
      „§ 27 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit“.

   b) Die Angabe zu § 38 wird durch die folgenden Angaben ersetzt:
      „§ 38 Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen
      § 38a Häusliche Pflege
      § 38b Kombinationsleistungen
      § 38c Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
      § 38d Teilstationäre Pflege
      § 38e Kurzzeitpflege
      § 38f Ambulant betreute Wohngruppen
      § 38g Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
      § 38h Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson“.

   c) Nach der Angabe zu § 39 werden die folgenden Angaben eingefügt:
      „§ 39a Einrichtungen der Behindertenhilfe
      § 39b Aufwendungen bei Pflegegrad 1“.

2. § 27 wird wie folgt gefasst:

„§ 27

Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

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

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

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

(2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 1 umfasst

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

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

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

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

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

(5) Ist häusliche Krankenpflege nach Absatz 1
1. bei schwerer Krankheit oder
2. wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit,

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

3. § 37 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

4. Die §§ 38 und 39 werden durch die folgenden §§ 38 bis 39b ersetzt:

„§ 38
Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen

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

§ 38a
Häusliche Pflege

(1) Aufwendungen für häusliche Pflege entsprechend § 36 Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Form von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sind in Höhe der in § 36 Absatz 3

des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Sätze beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte erbracht wird, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Satz 1 ist nicht anwendbar, wenn Aufwendungen wegen desselben Sachverhalts für eine häusliche Krankenpflege nach § 27 beihilfefähig sind. § 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(2) Aufwendungen für Leistungen

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

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

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

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

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

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

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

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

## § 38b
## Kombinationsleistungen

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

(2) Die anteilige Pauschalbeihilfe wird fortgewährt

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

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

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

## § 38c
## Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege entsprechend § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Voraussetzung ist,

dass die Pflegeperson die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

§ 38d

Teilstationäre Pflege

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

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

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

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

§ 38e

Kurzzeitpflege

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

§ 38f

Ambulant betreute Wohngruppen

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

§ 38g

Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

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

## § 38h
## Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

(1) Auf Antrag der Pflegeperson sind beihilfefähig

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

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

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

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

## § 39
## Vollstationäre Pflege

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

1. pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und

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

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

(2) 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 sich für Bundesbeamtinnen und Bundesbeamte ergebenden folgenden monatlichen Beträge verbleibt:

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

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

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

1. die Bruttobezüge nach § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 und Absatz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben, und der Altersteilzeitzuschlag; unberücksichtigt bleibt der kinderbezogene Familienzuschlag,

2. die Bruttobezüge nach § 2 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben; unberücksichtigt bleiben der Unterschiedsbetrag nach § 50 Absatz 1 Satz 2 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes, sofern der beihilfeberechtigten Person nicht nach § 57 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes geringere Versorgungsbezüge zustehen, sowie der Unfallausgleich nach § 35 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes und die Unfallentschädigung nach § 43 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes,
3. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person, der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; maßgeblich ist der Betrag, der sich vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses ergibt, dabei bleiben Leistungen der Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch unberücksichtigt, sowie
4. der unter § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes fallende Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; unberücksichtigt bleibt der Anteil einer gesetzlichen Rente, der der Besteuerung unterliegt.

Die Einnahmen sind jährlich nachzuweisen. Macht die beihilfeberechtigte Person glaubhaft, dass die Einnahmen im Jahr der Antragstellung voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zugrunde zu legen. Hat die beihilfeberechtigte Person keine Einnahmen nach Satz 1 aus dem Kalenderjahr vor Antragstellung, werden die voraussichtlichen Einnahmen für das laufende Jahr zugrunde gelegt.

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

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

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

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

§ 39a
Einrichtungen der Behindertenhilfe

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

§ 39b
Aufwendungen bei Pflegegrad 1

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

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

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

5. § 47 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 ist nicht anzuwenden auf Aufwendungen nach den §§ 37 bis 39b.“

b) In Absatz 7 werden die Angabe „§§ 38 und 39“ durch die Angabe „§§ 38 bis 39b“ und die Wörter „eine Pflegestufe“ durch die Wörter „ein Pflegegrad“ ersetzt.

6. In § 48 Absatz 1 Satz 4 wird die Angabe „§§ 35 bis 39“ durch die Angabe „§§ 35 bis 39b“ ersetzt.

7. Dem § 58 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) § 141 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.“

Artikel 2
Weitere Änderung der Landesbeihilfeverordnung

Die Landesbeihilfeverordnung vom 8. September 2009 (GVBl. S. 436), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom (einsetzen Datum und Fundstelle) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:

a) Die Angabe zu § 15 wird durch die folgenden Angaben ersetzt:
„§ 15 Implantologische Leistungen
§ 15a Kieferorthopädische Leistungen
§ 15b Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen“.

b) Die Angabe zu § 26 wird durch die folgenden Angaben ersetzt:
„§ 26 Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern
§ 26a Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung“.

c) Die Angabe zu § 45 wird durch die folgenden Angaben ersetzt:
„§ 45 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe
§ 45a Organspende und andere Spenden
§ 45b Klinisches Krebsregister“.

d) Folgende Angabe wird angefügt:
„Anlage 13 (zu § 35 Absatz 1 Nummer 4) Heilbäder- und Kurorteverzeichnis“.

2. Nach § 2 Absatz 2 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Ruhens- und Anrechnungsvorschriften im Sinne von Satz 2 sind insbesondere § 22 Absatz 1 Satz 2, die §§ 53 bis 56, § 61 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes, § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 9a des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin sowie § 10 Absatz 4 und 6 des Postpersonalrechtsgesetzes."

3. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Absatz 3 ist nicht anzuwenden bei privat krankenversicherten Versorgungs-empfängerinnen und Versorgungsempfängern, die

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

b) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.

4. § 6 Absatz 3 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Angemessen sind auch Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen oder Verträgen zwischen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern und gesetzlichen Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, Unternehmen der privaten Krankenversicherung oder Beihilfeträgern erbracht worden sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden."

5. In § 9 Absatz 2 wird nach den Wörtern „ist der" das Wort „abstrakt" eingefügt.

6. In § 11 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz wird das Wort „begründeten" gestrichen.

7. § 15 wird durch die folgenden §§ 15 bis 15b ersetzt:

„§ 15
Implantologische Leistungen

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

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

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

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

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

## § 15a
## Kieferorthopädische Leistungen

(1) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn
1. bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet ist oder

2. bei schweren Kieferanomalien, insbesondere bei angeborenen Missbildungen des Gesichts oder eines Kiefers, skelettalen Dysgnathien oder verletzungsbedingten Kieferfehlstellungen, eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt.

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

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

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

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

(4) Ist eine Weiterbehandlung über den Regelfall eines vierjährigen Zeitraums hinaus medizinisch notwendig, muss der Festsetzungsstelle vor Ablauf der laufenden Behandlung ein neuer Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Pro Jahr der Weiterbehandlung werden 25 Prozent der Aufwendungen für die kieferorthopädischen Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte als beihilfefähig anerkannt. Aufwendungen für eine Behandlung, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, sind auch bei einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres beihilfefähig.

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

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

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

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

## § 15b
## Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

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

1. Kiefer- und Muskelerkrankungen,

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

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

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

8. Nach § 18a Absatz 5 Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Aufwendungen für Telekommunikationsdienstleistungen sind nicht beihilfefähig."

9. § 19 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 Nummer 1 bis 4 werden jeweils die Wörter „besonderen Fällen" durch das Wort „Ausnahmefällen" ersetzt.

b) In Satz 2 werden die Wörter „besonderen Fällen" durch das Wort „Ausnahmefällen" ersetzt und die Angabe „Nummer 3 und 4" gestrichen.

10. § 20 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Vor dem Wort „Regelfall" wird das Wort „im" eingefügt.

bb) Die Wörter „besonderen Fällen" werden durch das Wort „Ausnahmefällen" ersetzt.

cc) Folgender Satz wird angefügt:
„In Ausnahmefällen kann die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Behandlung auch für eine über die in Satz 1 festgelegte Höchstzahl

von Sitzungen hinaus anerkennen, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.“

b) In Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „besonderen Fällen“ durch das Wort „Ausnahmefällen“ ersetzt.

11. In § 21 Absatz 3 werden nach dem Wort „sind“ die Wörter „bis zu der Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen ist,“ eingefügt.

12. § 22 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

b) Folgende Nummer 4 wird angefügt:

„4. gesondert ausgewiesene Versandkosten.“

13. § 24 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „§ 6 Absatz 3“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 3 Satz 1 und 2“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

c) In Absatz 3 wird die Angabe „§ 140b“ durch die Angabe „§ 140a“ ersetzt.

14. Der § 26 wird durch die folgenden §§ 26 und 26a ersetzt:

„§ 26

Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern

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

1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung),
3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte (§ 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes),
4. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, sofern dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes), und
5. für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis ergänzend zu Nummer 1 bis 4 Wahlleistungen in Form
   a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung,

   b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und

   c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Leistungen nach § 22.

§ 26a

Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung

(1) Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, aber nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 26 Nummer 2) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt; bei

der Ermittlung des Betrages wird die obere Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, sowie die mittlere Verweildauer gemäß des Fallpauschalenkataloges,

2. bei Indikationen, die nicht mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, sofern der tägliche Gesamtbetrag folgende Beträge nicht übersteigt:
   a) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 293,80 Euro,
   b) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 225,60 Euro,
   c) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 462,80 Euro,
   d) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 345,80 Euro,
3. für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft in einem Zweibettzimmer bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, abzüglich 14,50 Euro täglich,
4. zur Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste,
5. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltge-setzes).

(2) Für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis sind gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen, sofern die Abrechnung nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte erfolgt, neben den Aufwendungen nach Absatz 1 beihilfefähig.

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

1. von Krankenhäusern zusätzlich in Rechnung gestellt werden und
2. Bestandteile der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung sind.

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

(5) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt sind oder die bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, sofern die Unterbringung derjenigen in einem Mehrbettzimmer im Inland nach § 26 Nummer 2 und für den in § 26 Nummer 5 genannten Personenkreis die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach § 26 Nummer 5 Buchstabe b entspricht. Der in § 26 Nummer 5 Buchstabe b genannte Abzugsbetrag ist zu berücksichtigen. Satz 1 gilt nicht, wenn aus medizinischen Gründen eine andere Unterbringung notwendig ist. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die für den Einsatz von Unternehmen entstehen, die bei der Abrechnung von im Ausland erbrachten stationären Leistungen tätig werden."

15. Der § 28 wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

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

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

In Ausnahmefällen kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes mit Zustimmung der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung von diesen Voraussetzungen abgewichen werden.

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

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

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

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

b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Aufwendungen für notwendige Fahrtkosten sind in Höhe der Reisekostenvergütung nach § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit den §§ 3, 4 und 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes beihilfefähig.“

16. § 31 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 3 wird das Wort „besonderen“ gestrichen.
bb) In Nummer 7 wird das Wort „begründeten“ gestrichen.
cc) Folgender Satz wird angefügt:
„Die Zustimmung der Festsetzungsstelle nach Satz 1 Nummer 3 gilt als erteilt bei
1. beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen
a) mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen
aa) „aG“,
bb) „Bl“,
cc) „H“, oder
b) der Pflegegrade 3 bis 5 oder
2. notwendigen Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie.“

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Nach dem Wort „Behandlungsort“ werden die Wörter „einschließlich der Kosten für die Rückfahrt“ eingefügt.
bb) In Nummer 2 wird das Wort „begründeten“ gestrichen.

cc) Folgender Satz wird angefügt:
„Die Hin- und Rückfahrt gelten als eine Fahrt.“

17. § 33 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

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

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

18. § 34 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Rehabilitationsmaßnahmen“ die Wörter „in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,“ eingefügt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:
„Satz 1 gilt auch für Anschlussheilbehandlungen, wenn diese nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie notwendig sind.“

b) In Absatz 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Entwöhnungen“ die Wörter „in Rehabili-tationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,“ eingefügt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Art“ das Komma gestrichen, das Wort „und“ eingefügt und werden nach dem Wort „Dauer“ die Wörter „und Inhalt“ gestrichen.

bb) In Satz 4 wird das Wort „begründeten“ gestrichen.

d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „§ 26 Absatz 1 Nummer 3“ wird durch die Angabe „§ 26 Nummer 5“ ersetzt.

bb) Nach der Angabe „§ 31 Absatz 2“ werden die Wörter „Satz 1 Nummer 3, 6 und 7,“ eingefügt und das Wort „sowie“ gestrichen.

e) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Werden unter den Voraussetzungen des Absatzes 3 Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 oder 2 in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, mit denen kein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, sind Aufwendungen nur entsprechend den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25, 26a Absatz 1 Nummer 2 und 3, Absatz 2, § 31 Absatz 2 Nummer 6 und 7, § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 bis 4 und 5 Buchstabe b ohne zeitliche Begrenzung beihilfefähig.“

19. § 35 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 4 werden nach dem Wort „anerkannten“ die Wörter „Heilbad oder“ eingefügt.

bb) Folgende Sätze werden angefügt:

„Anerkanntes Heilbad oder anerkannter Kurort sind solche, die in Anlage 13 aufgeführt sind. Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort befinden.“

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

1. Fahrtkosten für die An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderungskosten
   a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten und
   b) mit privaten Kraftfahrzeugen in entsprechender Anwendung des § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes,

   insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,

2. Aufwendungen und nachgewiesener Verdienstausfall von Begleitpersonen, wenn die medizinische Notwendigkeit einer Begleitung ärztlich bescheinigt worden ist,
3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitpersonen,
4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,
5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung
   a) bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise), es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
   b) für Begleitpersonen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) 70 Prozent des niedrigsten Satzes, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen der oder des Begleiteten dringend erforderlich,
   c) bei Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt,
   d) bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) und
   e) der Begleitpersonen bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise).

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

20. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

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

1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,

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

Für die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ist ein Gutachten nicht notwendig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung über die 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 Ausnahmefällen kann die Anerkennung auch nachträglich erfolgen.“

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 35 Absatz 1 Nummer 1“ durch die Angabe „§ 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1“ ersetzt.
bb) In Satz 3 wird die Angabe „§ 35 Absatz 1 Nummer 1 bis 4“ durch die Angabe „§ 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4“ ersetzt.

21. In § 41 Absatz 3 wird das Wort „zugelassene“ durch das Wort „benannte“ ersetzt.

22. In § 42 Absatz 1 Nummer 2 werden nach dem Wort „Entbindungspfleger“ die Wörter „im Rahmen der jeweiligen landesrechtlichen Gebührenordnung“ eingefügt.

23. § 43 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Aufwendungen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, insbesondere die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen, sind außer in den Fällen des Satzes 2 nicht beihilfefähig. Aufwendungen für eine Kryokonservierung sind beihilfefähig, wenn die Kryokonservierung unmittelbar durch eine Krankheit bedingt ist und die für das Beihilferecht zuständige Senatsverwaltung zugestimmt hat.“

b) Die bisherigen Absätze 2 bis 4 werden die Absätze 3 bis 5.

24. In § 44 Absatz 1 werden die Wörter „§ 12 Absatz 2 Satz 2 des Melderechtsrahmengesetzes“ durch die Wörter „§ 22 Absatz 1 des Bundesmeldegesetzes“ ersetzt.

25. § 45 wird wie folgt gefasst:

„§ 45
Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe

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

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

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

26. Nach § 45 werden die folgenden §§ 45a und 45b eingefügt:

„§ 45a
Organspende und andere Spenden

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

1. für die Organisation der Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs,
2. für die Aufwandserstattung der Entnahmekrankenhäuser,

3. für die Finanzierung des Transplantationsbeauftragten,
4. für die Finanzierung des Betriebs der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin,
5. für die Flugtransportkosten,
6. für den Einsatz des Organ Care Systems je transplantiertem Herz.

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

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

§ 45b
Klinisches Krebsregister

Die Festsetzungsstelle beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Krebsregistrierung beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen unmittelbar gegenüber dem klinischen Krebsregister für

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

Voraussetzung der Kostenbeteiligung ist der Beitritt der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung zu einer Vereinbarung zwischen dem Bund und dem klinischen Krebsregister.“

27. § 47 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Bemessungssatz“ die Wörter „für beihilfefähige Aufwendungen nach den Kapiteln 2 und 4“ eingefügt.

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Zu den maßgebenden Gesamteinkünften zählt das durchschnittliche Monatseinkommen der zurückliegenden zwölf Monate aus Bruttoversorgungsbezügen, Sonderzahlungen, Renten, Kapitalerträgen und aus sonstigen laufenden Einnahmen der beihilfeberechtigten Person und ihrer berücksichtigungsfähigen Personen nach § 4 Absatz 1; unberücksichtigt bleiben Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.“

b) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „besonderen“ gestrichen.

c) In Absatz 5 werden die Wörter „für die Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungs-, Untersuchungs- oder Entbindungsort“ gestrichen.

28. § 48 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Satz 3 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Dem Grunde nach beihilfefähig sind die Aufwendungen, für die im Einzelfall eine Beihilfe zu gewähren ist, in tatsächlicher Höhe. Die Aufwendungen nach den §§ 35 bis 39b werden jeweils getrennt, die übrigen Aufwendungen zusammen abgerechnet. Dabei ist der Summe der Aufwendungen, die mit dem Antrag geltend gemacht werden und die dem Grunde nach beihilfefähig sind, die Gesamtsumme der hierauf entfallenden Leistungen gegenüberzustellen.“

b) Der bisherige Satz 4 wird aufgehoben.

29. In § 49 Absatz 1 Nummer 2 wird nach der Angabe „§ 35 Absatz 1“ die Angabe „Satz 1“ eingefügt.

30. § 51 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 5 wird das Wort „anonymisieren“ durch das Wort „pseudonymisieren“ ersetzt.

b) Nach Absatz 3 Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:

„Bei Aufwendungen nach § 26 sind zusätzlich die Entlassungsanzeige und für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis die Wahlleistungsvereinbarung vorzulegen, die nach § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung oder nach § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes vor Erbringung der Wahlleistungen abgeschlossen worden sind. Bei Aufwendungen nach § 26a gilt Satz 3 entsprechend.“

31. Dem § 54 Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Die Frist beginnt in Fällen des § 45a Absatz 2 Satz 2 und 3 mit Ablauf des Jahres, in dem die Transplantation oder gegebenenfalls der Versuch einer Transplantation erfolgte.“

32. § 55 wird wie folgt gefasst:

„§ 55
Geheimhaltungspflicht

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

33. Anlage 1 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 15.1 wird folgende Nummer 16.1 eingefügt:

„16.1 photodynamische Therapie in der Parodontologie“.

b) Die bisherigen Nummern 16.1 bis 16.3 werden die Nummern 16.2 bis 16.4.

34. Anlage 3 wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt 3 Nummer 9 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „besonderen“ gestrichen.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „medizinisch besonders begründeten Einzelfällen“ durch das Wort „Ausnahmefällen“ ersetzt.

b) Der folgende Abschnitt 5 wird angefügt:

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

1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person
   a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder Abschnitt 4 erfüllen und
   b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.
2. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person
   a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder Abschnitt 4 erfüllen und
   b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.
3. Wurde die Qualifikation nach Nummer 1 oder Nummer 2 nicht im Rahmen der Weiterbildung erworben, muss die behandelnde Person
   a) in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben und
   b) mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung durchgeführt haben.

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

35. Anlage 4 wird wie folgt gefasst:

„**Anlage 4**
**(zu § 22 Absatz 1)**

**Beihilfefähige Medizinprodukte**

| Nr. | Produktbezeichnung | Medizinische Anwendungsfälle |
|---|---|---|
| 1 | 1xklysma salinisch | Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen; nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern. |
| 2.1 | AMO ENDOSOL | Für intraokulare und topische Spülungen des Auges bei chirurgischen Prozeduren und für diagnostische und therapeutische Maßnahmen. |
| 2.2 | Ampuwa<br>für Spülzwecke | Zum Anfeuchten von Tamponaden und Verbänden; zur Atemluftbefeuchtung nur zur Anwendung in geschlossenen Systemen in medizinisch notwendigen Fällen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist. |
| 2.3 | Amvisc | Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt. |
| 2.4 | Amvisc Plus | Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt. |
| 2.5 | Aqua B. Braun | Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern und zur mechanischen Augenspülung. |
| 3.1 | Bausch & Lomb Balanced Salt Solution | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 3.2 | belAir® NaCl 0,9 % | Als isotone Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist. |
| 3.3 | BSS DISTRA-SOL | Zur Spülung der Vorderkammer während Kataraktoperationen und anderer intraokularer Eingriffe. |
| 3.4 | BSS PLUS<br>(Alcon Pharma GmbH) | Als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist. |
| 3.5 | BSS STERILE SPÜLLÖSUNG<br>(Alcon Pharma GmbH) | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 4.1 | Dimet 20 | Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die<br>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,<br>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 4.2 | Dk-line | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie, zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen oder okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum. |
| 4.3 | DuoVisc | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraocularlinse. |
| 5.1 | EtoPril | Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die<br>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,<br>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |

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

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

| Nr. | Produktbezeichnung | Medizinische Anwendungsfälle |
|---|---|---|
| 11.1 | Macrogol 1A Pharma | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.2 | Macrogol AbZ | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.3 | Macrogol-CT<br>Abführpulver | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |

| Nr. | Produktbezeichnung | Medizinische Anwendungsfälle |
|---|---|---|
| 11.4 | Macrogol dura | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.5 | Marcrogol HEXAL | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.6 | Marcrogolratiopharm | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |

| Nr. | Produktbezeichnung | Medizinische Anwendungsfälle |
|---|---|---|
| 11.7 | Macrogol Sandoz | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.8 | Macrogol TAD | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.9 | Medicoforum Laxativ | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.10 | Microvisc plus | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Opthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| 11.11 | Mosquito med Läuse-Shampoo 10 | Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die<br>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,<br>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |

| Nr. | Produktbezeichnung | Medizinische Anwendungsfälle |
|---|---|---|
| 11.12 | MOVICOL | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation der chronischen Niereninsuffienz,<br>c) bei Opiat- oder Opioidtherapie,<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.13 | MOVICOL flüssig Orange | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.14 | MOVICOL Junior aromafrei | Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zweite, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben.<br>Behandlung der Koprostase bei Personen, die das fünfte, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben. |
| 11.15 | MOVICOL Junior Schoko | Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zweite, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben. |
| 11.16 | MucoClear 6 % | Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben. |
| 11.17 | myVISC Hyal 1.0 | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Opthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| 12.1 | NaCl 0,9 % B. Braun | Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern sowie zur mechanischen Augenspülung. |
| 12.2 | NaCl 0,9 %<br>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 Anfeuchten von Tüchern und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist. |

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

| Nr. | Produktbezeichnung | Medizinische Anwendungsfälle |
|---|---|---|
| 14.4 | ParkoLax | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 14.5 | Pe-Ha-Luron 1,0 % | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| 14.6 | Pe-Ha-Visco 2,0 % | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| 14.7 | Polyvisc 2,0 % | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| 14.8 | Polysol | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 14.9 | ProVisc | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse. |
| 14.10 | PURI CLEAR | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 14.11 | Purisole SM verdünnt | Zur intraoperativen und postoperativen Blasenspülung bei urologischen Eingriffen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist. |
| 17.1 | Ringer B. Braun | Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen sowie zur intraoperativen und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen. |
| 17.2 | Ringer Fresenius<br>Spüllösung | Zum Freispülen und Reinigen des Operationsgebietes, zum Feuchthalten des Gewebes, zur Wundspülung bei äußeren Traumen und Verbrennungen, zur Spülung bei diagnostischen Untersuchungen sowie zum Anfeuchten von Wunden und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist. |
| 18.1 | Saliva natura | Zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmunerkrankungen. |
| 18.2 | Sentol | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 18.3 | Serag BSS | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 18.4 | Serumwerk-Augenspüllösung BSS | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 19.1 | VISCOAT | Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt, insbesondere bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse. |

| Nr. | Produktbezeichnung | Medizinische Anwendungsfälle |
|---|---|---|
| 19.2 | VISMED | Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophtalmus. |
| 19.3 | VISMED MULTI | Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophtalmus. |
| 20.1 | Z-HYALIN | Zur Unterstützung intraokularer Eingriffe am vorderen Augenabschnitt bei Kataraktoperationen.“ |

36. Anlage 5 wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt 1 wird wie folgt geändert:

aa) In der Zeile zum Wirkstoff A 08 AA 13 Phenylpropanolamin werden in der rechten Spalte Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken die Wörter „Antiadipositum Riemser“ gestrichen.

bb) Die Zeile zum Wirkstoff A 08 AX 01 Rimonabant wird durch die folgenden Zeilen ersetzt:

| Wirkstoff | Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken |
|---|---|
| „A 08 AA 62 Bupropion, Naltrexon | Mysimba |
| A 08 AA 63 Phenylpropanolamin, Kombinationen | Antiadipositum Riemser |
| A 08 AX 01 Rimonabant | |
| A 10 BX 07 Liraglutid | Saxenda“. |

b) Abschnitt 3 wird wie folgt geändert:

aa) In der Zeile zum Wirkstoff G 04 BE 01 Alprostadil (außer als Diagnostikum) werden in der rechten Spalte nach dem Wort „VIRIDAL“ die Wörter „Vitaros HEXAL“ angefügt.

bb) Nach der Zeile zum Wirkstoff G 04 BE 10 Avanafil wird folgende Zeile eingefügt:

| Wirkstoff | Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken |
|---|---|
| „N 01 BB 20 Lidocain; Prilocain | Fortacin“. |

c) Abschnitt 6 wird wie folgt geändert:

aa) In der Zeile zum Wirkstoff D 11 AX 01 Minoxidil werden in der rechten Spalte nach dem Wort „REGAINE“ die Wörter „Minoxidil BIO-H-TIN-Pharma“ angefügt.

bb) In der Zeile zum Wirkstoff Alfatradiol wird in der rechten Spalte das Wort „alpha“ gestrichen.

37. Anlage 6 wird wie folgt geändert:

a) Nach Nummer 1.03.1 wird folgende Nummer 1.03.2 eingefügt:

„1.03.2 Capecitabin: orale Darreichungsformen“.

b) Die bisherigen Nummern 1.03.2 bis 1.03.33 werden die Nummern 1.03.3 bis 1.03.34.

c) In der neuen Nummer 1.03.28 werden die Wörter „Nasenspray, Nasentropfen, Spray“ durch die Wörter „nasale Darreichungsformen“ ersetzt.

d) In der neuen Nummer 1.03.29 werden die Wörter „Augentropfen/Nasenspray (Kombipackung)“ durch die Wörter „Ophtalmika und nasale Darreichungsformen in Kombipackungen“ ersetzt.

e) Nach Nummer 1.13.6 wird folgende Nummer 1.13.7 eingefügt:

„1.13.7 Memantin: orale Darreichungsformen“.

f) Die bisherigen Nummern 1.13.7 bis 1.13.33 werden die Nummern 1.13.8 bis 1.13.34.

g) Nummer 1.17.1 wird wie folgt gefasst:

„1.17.1 Quetiapin: orale Darreichungsformen“.

h) Nach Nummer 1.18.1 werden folgende Nummern 1.18.2 und 1.18.3 eingefügt:

„1.18.2 Riluzol: orale Darreichungsformen
1.18.3 Rivastigmin: transdermale Darreichungsformen“.

i) Die bisherige Nummer 1.18.2 wird die Nummer 1.18.4.

j) In den Nummern 2.04.1 und 2.04.2 wird jeweils das Wort „Simethicon“ durch das Wort „Simeticon“ ersetzt.

k) In Nummer 2.08.3 wird das Wort „unitdose“ durch das Wort „single dose“ ersetzt.

l) In Nummer 2.16.8 wird vor der Zeile „Esomeprazol: Esomeprazol Magnesiumsalze“ das Wort „Dexlansoprazol“ eingefügt.

m) In Nummer 3.08.9 wird vor dem Wort „Antihistaminika“ das Wort „weitere“ eingefügt.

n) Folgende Nummer 3.21.1 wird angefügt:

„3.21.1 Urologische Spasmolytika: feste, orale Darreichungsformen
Wirkstoff:
Darifenacin
Darifenacin hydrobromid
Fesoterodin
Fesoterodin fumarat
Propiverin
Propiverin hydrochlorid
Solifenacin
Solifenacin succinat
Tolterodin
Tolterodin (R,R)-tartrat
Trospiumchlorid“.

38. Anlage 7 wird wie folgt gefasst:

„**Anlage 7**
**(zu § 23 Absatz 1)**

**Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel**

Abschnitt 1
Leistungsverzeichnis

| Nr. | Leistung | beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro |
|---|---|---|
| | **Bereich Inhalation** | |
| 1 | Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung | |
| | a) als Einzelinhalation | 8,80 |
| | b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 4,80 |
| | c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 7,50 |
| | Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig. | |
| 2 | Radon-Inhalation | |
| | a) im Stollen | 14,90 |
| | b) mittels Hauben | 18,20 |
| | **Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen** | |
| 3 | Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans | 16,50 |
| 4 | Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten | 25,70 |
| 5 | Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten | 33,80 |
| 6 | Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten | 45,30 |
| 7 | Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 8,20 |
| 8 | Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 14,30 |
| 9 | Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bron-chialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten | 71,40 |
| 10 | Krankengymnastik im Bewegungsbad | |
| | a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 31,20 |
| | b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 19,50 |
| | c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 15,60 |
| 11 | Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten | 29,70 |

| Nr. | Leistung | beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro |
|---|---|---|
| 12 | Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten | 19,00 |
| 13 | Bewegungsübungen | |
| | a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten | 10,20 |
| | b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten | 6,60 |
| 14 | Bewegungsübungen im Bewegungsbad | |
| | a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 31,20 |
| | b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 19,50 |
| | c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 15,60 |
| 15 | Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag | 108,10 |
| 16 | Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr | 46,20 |
| 17 | Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten | 8,80 |
| | **Bereich Massagen** | |
| 18 | Massage einzelner oder mehrerer Körperteile | |
| | a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten | 18,20 |
| | b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten | 18,20 |
| 19 | Manuelle Lymphdrainage (MLD) | |
| | a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten | 25,70 |
| | b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten | 38,50 |
| | c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten | 58,30 |
| | d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig | 12,40 |
| 20 | Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten | 30,50 |
| | **Bereich Palliativversorgung** | |
| 21 | Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten | 66,00 |

| Nr. | Leistung | beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro |
|---|---|---|
| | **Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder** | |
| 22 | Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 13,60 |
| 23 | Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe | |
| | a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) | 15,60 |
| | b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid | |
| | aa) Teilpackung | 36,20 |
| | bb) Großpackung | 47,80 |
| 24 | Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 19,70 |
| 25 | Kaltpackung (Teilpackung) | |
| | a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem | 10,20 |
| | b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid | 20,30 |
| 26 | Heublumensack, Peloidkompresse | 12,10 |
| 27 | Wickel, Auflagen, Kompressen und anderen, auch mit Zusatz | 6,10 |
| 28 | Trockenpackung | 4,10 |
| 29 | a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss | 4,10 |
| | b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss | 6,10 |
| | c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung | 5,40 |
| 30 | a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 16,20 |
| | b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 26,40 |
| 31 | Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe | |
| | a) Teilbad | 12,10 |
| | b) Vollbad | 17,60 |
| 32 | Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 25,10 |
| 33 | Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe | |
| | a) Teilbad | 43,30 |

| Nr. | Leistung | beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro |
|---|---|---|
| | b) Vollbad | 52,70 |
| 34 | Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe | |
| | a) Teilbad | 37,90 |
| | b) Vollbad | 43,30 |
| 35 | Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe | 43,30 |
| 36 | Medizinisches Bad mit Zusatz | |
| | a) Hand- oder Fußbad | 8,80 |
| | b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 17,60 |
| | c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 24,40 |
| | d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz | 4,10 |
| 37 | Gashaltiges Bad | |
| | a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 25,70 |
| | b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 29,70 |
| | c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforder-lichen Nachruhe | 27,70 |
| | d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 24,40 |
| | e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat | 4,10 |
| 38 | Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig. | |
| | **Bereich Kälte- und Wärmebehandlung** | |
| 39 | Kältetherapie bei einem oder mehreren Körper-teilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen | 12,90 |
| 40 | Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten | 7,50 |
| 41 | Ultraschall-Wärmetherapie | 11,90 |
| | **Bereich Elektrotherapie** | |
| 42 | Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen | 8,20 |
| 43 | Elektrostimulation bei Lähmungen | 15,60 |

| Nr. | Leistung | beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro |
|---|---|---|
| 44 | Iontophorese | 8,20 |
| 45 | Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad) | 14,90 |
| 46 | Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 29,00 |
| | **Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie** | |
| 47 | Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall | 108,00 |
| 48 | Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluck-störungen | |
| | a) Richtwert: 30 Minuten | 41,80 |
| | b) Richtwert: 45 Minuten | 59,00 |
| | c) Richtwert: 60 Minuten | 68,90 |
| | d) Richtwert: 90 Minuten | 103,40 |
| | Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfe-fähig. | |
| 49 | Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | |
| | a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten | 50,40 |
| | b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten | 34,60 |
| | c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten | 67,60 |
| | d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten | 56,10 |
| | Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfe-fähig. | |
| | **Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)** | |
| 50 | Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall | 41,80 |
| 51 | Einzelbehandlung | |
| | a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten | 41,80 |
| | b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten | 54,80 |
| | c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten | 72,30 |
| | d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten | 128,20 |
| | e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall | |

| Nr. | Leistung | beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro |
|---|---|---|
| | aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit | |
| | aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen | 40,70 |
| | bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen | 54,40 |
| | bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen | 67,70 |
| 52 | Gruppenbehandlung | |
| | a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teil-nehmerin oder Teilnehmer | 16,00 |
| | b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 20,60 |
| | c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teil-nehmerin oder Teilnehmer | 37,90 |
| | d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 70,20 |
| 53 | Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten | 46,20 |
| 54 | Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teil-nehmerin oder Teilnehmer | 20,60 |
| | **Bereich Podologie** | |
| 55 | Hornhautabtragung an beiden Füßen | 26,70 |
| 56 | Hornhautabtragung an einem Fuß | 18,90 |
| 57 | Nagelbearbeitung an beiden Füßen | 25,10 |
| 58 | Nagelbearbeitung an einem Fuß | 18,90 |
| 59 | Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße | 41,60 |
| 60 | Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes | 26,70 |
| 61 | Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen | 194,60 |
| 62 | Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen | 37,40 |

| Nr. | Leistung | beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro |
|---|---|---|
| 63 | Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation | 64,80 |
| 64 | Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen | 74,80 |
| 65 | Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen | 37,40 |
| | **Bereich Ernährungstherapie** | |
| 66 | Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten | 66,00 |
| 67 | Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr | 33,00 |
| 68 | Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr | 11,00 |
| | **Bereich Sonstiges** | |
| 69 | Ärztlich verordneter Hausbesuch | 12,10 |
| 70 | 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 | |
| 71 | Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 69 und 70 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig. | |

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

## Abschnitt 2
## Erweiterte ambulante Physiotherapie

1. Aufwendungen für eine EAP nach Abschnitt 1 Nummer 15 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Therapie in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist und bei einer der folgenden Indikationen angewendet wird:

   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 von mehr als 50°Grad nach Cobb,

b) Operationen am Skelettsystem bei
aa) posttraumatischen Osteosynthesen,
bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,

c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulären Defiziten bei
aa) Schulterprothesen,
bb) Knieendoprothesen,
cc) Hüftendoprothesen,

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

e) Amputationen.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit 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 „Phy-sikalische 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,

c) MAT.

4. Werden Lymphdrainage, Massage, Bindegewebsmassage, Isokinetik oder Unterwassermassage zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 15 abgegolten.

5. Die Patientin oder der Patient muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdo-kumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

## Abschnitt 3
## Medizinisches Aufbautraining

1. Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes MAT nach Abschnitt 1 Nummer 16 mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn

   a) das Training verordnet wird von
      aa) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
      bb) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
      cc) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
      dd) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“,

   b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der The-rapieeinrichtung vorgenommen werden und

   c) jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird; die Durch-führung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.

2. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.

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

   a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich bio-mechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog. Aufwendungen für eine Kontrolluntersuchung (Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) nach Abschluss der Behandlungsserie sind beihilfefähig.

   b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen (Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog), zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings (Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) und begleitender krankengymnastischer Übungen (Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte). Aufwendungen für Leistungen nach Nummer 506, Nummer 558 analog sowie Nummer 846 analog der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind pro Sitzung jeweils nur einmal beihilfefähig.

4. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringerinnen oder Leistungser-bringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Abschnitt 1 Nummer 16.

5. Aufwendungen für Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen nach Nummer 1 entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

## Abschnitt 4
## Palliativversorgung

1. Aufwendungen für Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 40 Absatz 1 umfasst sind.

2. Aufwendungen für Palliativversorgung werden als beihilfefähig anerkannt bei

   a) passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,

   b) aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,

   c) atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,

   d) spastischen Lähmungen (cerebral oder spinal bedingt),

   e) schlaffen Lähmungen,

   f) abnormen Bewegungen/Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,

   g) Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,

   h) funktionellen Störungen von Organsystemen (zum Beispiel Herz-Kreislaufer-krankungen, Lungen-/Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur),

   i) unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.

3. Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 umfassen folgende Leistungen:

   a) Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan,

   b) Wahrnehmungsschulung,

   c) Behandlung von Organfehlfunktionen (zum Beispiel Atemtherapie),

   d) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübungen),

   e) angepasstes, gerätegestütztes Training,

   f) Anwendung entstauender Techniken,

   g) Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnas-tischen Behandlung,

h) ergänzende Beratung,

i) Begleitung in der letzten Lebensphase,

j) Anleitung oder Beratung der Bezugsperson,

k) Hilfsmittelversorgung,

l) interdisziplinäre Absprachen.“

39. Anlage 8 wird wie folgt gefasst:

„**Anlage 8**

**(zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1)**

**Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel**

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass das Heilmittel in einem der folgenden Bereiche und von einer der folgenden Personen angewandt wird und dass die Anwendung dem Berufsbild der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers entspricht:

1. Bereich Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativver-sorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektro-therapie

   a) Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,

   b) Masseurin und medizinische Bademeisterin oder Masseur und medizinischer Bademeister,

   c) Krankengymnastin oder Krankengymnast,

2. Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

   a) Logopädin oder Logopäde,

   b) staatlich anerkannte Sprachtherapeutin oder staatlich anerkannter Sprachtherapeut,

   c) staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin der Schule Schlaffhorst-Andersen oder staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,

   d) medizinische Sprachheilpädagogin oder medizinischer Sprachheilpädagoge,

   e) klinische Linguistin oder klinischer Linguist,

   f) klinische Sprechwissenschaftlerin oder klinischer Sprechwissenschaftler,

   g) bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungs-störungen, Stottern oder Poltern auch
      aa) Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,
      bb) Diplomlehrerin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomlehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,

cc) Diplomvorschulerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
dd) Diplomerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplom-erzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,

h) Diplompatholinguistin oder Diplompatholinguist,

3. Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

a) Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,

b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,

4. Bereich Podologie

a) Podologin oder Podologe,

b) medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podo-logengesetzes,

5. Bereich Ernährungstherapie

a) Diätassistentin oder Diätassistent,

b) Oecotrophologin oder Oecotrophologe,

c) Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler.“

40. Anlage 9 wird wie folgt geändert:

a) Abschnitt 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Nummer 1.2 wird folgende Nummer 1.3 eingefügt:

„1.3 Adaptionshilfen“.

bb) Die bisherigen Nummern 1.3 bis 1.20 werden die Nummern 1.4 bis 1.21.

cc) Nach Nummer 3.1 wird folgende Nummer 3.2 eingefügt:

„3.2 Cochlea-Implantate einschließlich Zubehör“.

dd) Die bisherigen Nummern 3.2 und 3.3 werden die Nummern 3.3 und 3.4.

ee) In Nummer 8.8 werden nach dem Wort „[IdO-Geräte]“ das Komma und die Wörter „schallaufnehmende Geräte bei teilimplantiertem Knochenleitungs-Hörsystem“ gestrichen.

ff) Nach Nummer 17.1 wird folgende Nummer 18.1 angefügt:

„18.1 Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige“.

gg) Die bisherigen Nummern 18.1 bis 18.5 werden die Nummern 18.2 bis 18.6.

b) In Abschnitt 4 Unterabschnitt 4 Nummer 1 Buchstabe a werden die Wörter „begründeten Einzelfällen“ durch das Wort „Ausnahmefällen“ ersetzt.

41. Anlage 10 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 6.1 wird aufgehoben.

b) Die Nummern 6.2 und 6.3 werden die Nummern 6.1 und 6.2.

c) Nummer 21.3 wird aufgehoben.

d) Nummer 21.4 wird Nummer 21.3.

42. Anlage 12 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 2 wird die Angabe „5 900 Euro“ durch die Angabe „4 500 Euro“ und die Angabe „360 Euro“ durch die Angabe „250 Euro“ ersetzt.

b) In Nummer 4 werden in der Zeile nach Hannover die Wörter „Institut für Zell- und Molekularpathologie“ durch die Wörter „Institut für Humangenetik“ ersetzt.

43. Folgende Anlage 13 wird angefügt:

„**Anlage 13**
**(zu § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4)**

**Heilbäder- und Kurorteverzeichnis**

Abschnitt 1
Heilbäder und Kurorte im Inland

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| **A** | | | | |
| Aachen | 52066 | Aachen | Burtscheid | Heilbad |
| | 52062 | Aachen | Monheimsallee | Heilbad |
| Aalen | 73433 | Aalen | Röthardt | Heilklimatischer Kurort |
| Abbach | 93077 | Bad Abbach | Bad Abbach, Abbach-Schloss-berg, Au, Kalkofen, Weichs | Heilbad |
| Ahlbeck | 17419 | Ahlbeck | G | Ostseeheilbad |
| Ahrenshoop | 18347 | Ostseebad Ahrens-hoop | G | Seebad |
| Aibling | 83043 | Bad Aibling | Bad Aibling, Harthausen, Thürham, Zell | Heilbad |
| Alexandersbad | 95680 | Bad Alexandersbad | G | Heilbad |
| Altenau | 38707 | Altenau | G | Heilklimatischer Kurort |
| Altenberg | 01773 | Altenberg | Altenberg | Kneippkurort |
| Andernach | 56626 | Andernach | Bad Tönisstein | Heilbad |
| Arolsen | 34454 | Bad Arolsen | K | Heilbad |
| Aulendorf | 88326 | Aulendorf | Aulendorf | Kneippkurort |
| **B** | | | | |
| Baden-Baden | 76530 | Baden-Baden | Baden-Baden, Balg, Lichten-tal, Oos | Heilbad |
| Badenweiler | 79410 | Badenweiler | Badenweiler | Heilbad |
| Baiersbronn | 72270 | Baiersbronn | Schönmünzach-Schwarzen-berg Obertal | Kneippkurort Heilklimatischer Kurort |
| Balge | 31609 | Balge | B – Bad Blenhorst | Ort mit Moor-Kurbetrieb |
| Baltrum | 26579 | Baltrum | G | Nordseeheilbad |
| Bansin | 17429 | Bansin | G | Ostseeheilbad |
| Bayersoien | 82435 | Bad Bayersoien | Bad Bayersoien | Heilbad |
| Bayreuth | 95410 | Bayreuth | B – Lohengrin Therme Bay-reuth | Heilquellenkurbe-trieb |
| Bayrischzell | 83735 | Bayrischzell | G | Heilklimatischer Kurort |
| Bederkesa | 27624 | Bad Bederkesa | G | Ort mit Moor-Kurbetrieb |
| Bellingen | 79415 | Bad Bellingen | Bad Bellingen | (Mineral-)Heilbad |
| Belzig | 14806 | Bad Belzig | Bad Belzig | Heilbad |
| Bentheim | 48455 | Bad Bentheim | Bad Bentheim | (Mineral-)Heilbad |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| Berchtesgaden | 83471 | Berchtesgaden | G | Heilklimatischer Kurort |
| Berggießhübel | 01819 | Bad Gottleuba-Berggießhübel | Berggießhübel | Kneippkurort |
| Bergzabern | 76887 | Bad Bergzabern | Bad Bergzabern | Kneippheilbad u. heilklimatischer Kurort |
| Berka | 99438 | Bad Berka | G | Ort mit Heilquellenkurbetrieb |
| Berleburg | 57319 | Bad Berleburg | Bad Berleburg | Kneippheilbad |
| Berneck | 95460 | Bad Berneck | Bad Berneck im Fichtelgebirge<br><br>Frankenhammer, Kutschenrangen, Rödlasberg, Warmeleithen | Kneippheilbad |
| Bernkastel-Kues | 54470 | Bernkastel-Kues | Kueser Plateau | Heilklimatischer Kurort |
| Bertrich | 56864 | Bad Bertrich | Bad Bertrich | Heilbad |
| Beuren | 72660 | Beuren | G | Ort mit Heilquellenkurbetrieb |
| Bevensen | 29549 | Bad Bevensen | Bad Bevensen | (Jod- u. Sole-)Heilbad |
| Biberach | 88400 | Biberach | Jordanbad | Kneippkurort |
| Binz | 18609 | Ostseebad Binz auf Rügen | G | Seebad |
| Birnbach | 84364 | Birnbach | Birnbach, Aunham | Heilquellenkurbetrieb |
| Bischofsgrün | 95493 | Bischofsgrün | G | Heilklimatischer Kurort |
| Bischofswiesen | 83483 | Bischofswiesen | G | Heilklimatischer Kurort |
| Blankenburg, Harz | 38889 | Blankenburg, Harz | G | Heilbad |
| Blieskastel | 66440 | Blieskastel | Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen) | Kneippkurort |
| Bocklet | 97708 | Bad Bocklet | G | Heilbad |
| Bodenmais | 94249 | Bodenmais | G | Heilklimatischer Kurort |
| Bodenteich | 29389 | Bodenteich | G | Kneippkurort |
| Boll | 73087 | Bad Boll | Bad Boll | Ort mit Heilquellenkurbetrieb |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| Boltenhagen | 23946 | Ostseebad Boltenhagen | G | Ostseeheilbad |
| Boppard | 56154 | Boppard | a) Boppard<br>b) Bad Salzig | Kneippheilbad<br>Heilbad |
| Borkum | 26757 | Borkum | G | Nordseeheilbad |
| Brambach | 08648 | Bad Brambach | Bad Brambach | (Mineral-)Heilbad |
| Bramstedt | 24576 | Bad Bramstedt | Bad Bramstedt | (Moor-)Heilbad |
| Braunlage | 38700 | Braunlage | G mit Hohegeiß | Heilklimatischer Kurort |
| Breisig | 53498 | Bad Breisig | Bad Breisig | Heilbad |
| Brilon | 59929 | Brilon | Brilon | Kneippkurort |
| Brückenau | 97769 | Bad Brückenau | G – sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs | Heilbad |
| Buchau | 88422 | Bad Buchau | Bad Buchau | (Moor- u. Mineral-) Heilbad |
| Buckow | 15377 | Buckow | G – ausgenommen der Ortsteil Hasenholz | Kneippkurort |
| Bünde | 32257 | Bünde | Randringhausen | Kurmittelgebiet (Heilquelle u. Moor) |
| Büsum | 25761 | Büsum | Büsum | Nordseeheilbad |
| Burg | 03096 | Burg | Burg | Ort mit Heilquellenkurbetrieb |
| Burgbrohl | 56659 | Burgbrohl | Bad Tönisstein | Heilbad |
| Burg/Fehmarn | 23769 | Burg/Fehmarn | Burg | Ostseeheilbad |
| **C** | | | | |
| Camberg | 65520 | Bad Camberg | K | Kneippheilbad |
| Clausthal-Zellerfeld | 38678 | Clausthal-Zellerfeld | Clausthal-Zellerfeld | Heilklimatischer Kurort |
| Colberg-Heldburg | 98663 | Bad Colberg-Heldburg | Bad Colberg | Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb |
| Cuxhaven | 27478 | Cuxhaven | G | Nordseeheilbad |
| **D** | | | | |
| Dahme | 23747 | Dahme | Dahme | Ostseeheilbad |
| Damp | 24351 | Damp | Damp 2000 | Ostseeheilbad |
| Daun | 54550 | Daun | Daun | Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort |
| Detmold | 32760 | Detmold | Hiddesen | Kneippkurort |
| Diez | 65582 | Diez | Diez | Heilbad |
| Ditzenbach | 73342 | Bad Ditzenbach | Bad Ditzenbach | Heilbad |
| Dobel | 75335 | Dobel | G | Heilklimatischer Kurort |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| Doberan | 18209 | Bad Doberan | a) Bad Doberan<br>b) Heiligendamm | (Moor-)Heilbad<br>Seeheilbad |
| Driburg | 33014 | Bad Driburg | Bad Driburg, Hermannsborn | Heilbad |
| Düben | 04849 | Bad Düben | Bad Düben | (Moor-)Heilbad |
| Dürkheim | 65098 | Bad Dürkheim | Bad Dürkheim | Heilbad |
| Dürrheim | 78073 | Bad Dürrheim | Bad Dürrheim | (Sole-)Heilbad, heilklimatischer Kurort u. Kneippkurort |
| **E** | | | | |
| Ehlscheid | 56581 | Ehlscheid | G | Heilklimatischer Kurort |
| Eilsen | 31707 | Bad Eilsen | G | Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb |
| Elster | 04645 | Bad Elster | Bad Elster, Sohl | (Moor- u. Mineral-) Heilbad |
| Ems | 56130 | Bad Ems | Bad Ems | Heilbad |
| Emstal | 34308 | Bad Emstal | Sand | Heilbad |
| Endbach | 35080 | Bad Endbach | K | Kneippheilbad |
| Endorf | 83093 | Bad Endorf | Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham, Kurf, Rachental, Ströbing | Heilbad |
| Erwitte | 59597 | Erwitte | Bad Westernkotten | Heilbad |
| Esens | 26422 | Esens | Bensersiel | Nordseeheilbad |
| Essen | 49152 | Bad Essen | Bad Essen | Ort mit Sole-Kurbetrieb |
| Eutin | 23701 | Eutin | G | Heilklimatischer Kurort |
| **F** | | | | |
| Feilnbach | 83075 | Bad Feilnbach | G – ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf | (Moor-)Heilbad |
| c | 17258 | Feldberger Seenlandschaft | Feldberg | Kneippkurort |
| Fischen | 87538 | Fischen/Allgäu | G | Heilklimatischer Kurort |
| Frankenhausen | 06567 | Bad Frankenhausen | G | (Sole-)Heilbad |
| Freiburg | 79098 | Freiburg | Ortsbereich „An den Heil-quellen“ | Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb |
| Freienwalde | 16259 | Bad Freienwalde | Bad Freienwalde | (Moor-)Heilbad |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| Freudenstadt | 72250 | Freudenstadt | Freudenstadt | Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort |
| Friedrichroda | 99894 | Friedrichroda | Friedrichroda, Finsterbergen | Heilklimatischer Kurort |
| Friedrichskoog | 25718 | Friedrichskoog | Friedrichskoog | Nordseeheilbad |
| Füssen | 87629 | Füssen | a) Bad Faulenbach<br>b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See | Heilbad Kneippkurort |
| Füssing | 94072 | Bad Füssing | Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Egglfing a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Göging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, teinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn | Heilbad |
| **G** | | | | |
| Gaggenau | 76571 | Gaggenau | Bad Rotenfels | Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb |
| Gandersheim | 37581 | Bad Gandersheim | Bad Gandersheim | Soleheilbad |
| Garmisch-Partenkirchen | 82467 | Garmisch-Partenkirchen | G – ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg | Heilklimatischer Kurort |
| Gelting | 24395 | Gelting | G | Kneippkurort |
| Gersfeld | 36129 | Gersfeld (Rhön) | K | Heilklimatischer Kurort u. Kneippkurort |
| Gladenbach | 35075 | Gladenbach | K | Kneippheilbad |
| Glücksburg | 24960 | Glücksburg | Glücksburg | Ostseeheilbad |
| Göhren | 18586 | Ostseebad Göhren | G | Kneippkurort |
| Goslar | 38644 | Goslar | Hahnenklee-Bockswiese | Heilklimatischer Kurort |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| Gottleuba | 01816 | Bad Gottleuba-Berggießübel | Bad Gottleuba | Kneippkurort u. (Moor-)Heilbad |
| Graal-Müritz | 18181 | Graal-Müritz | G | Ostseeheilbad |
| Grasellenbach | 64689 | Grasellenbach | K | Kneippkurort u. Heilbad |
| Griesbach i. Rottal | 94086 | Bad Griesbach i. Rottal | Bad Griesbach i. Rottal | Heilbad |
| Grömitz | 23743 | Grömitz | Grömitz | Ostseeheilbad |
| Grönenbach | 87728 | Bad Grönenbach | Bad Grönenbach, Au, Brandholz, in der Tarrast, Egg, Gmeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhofen, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldegg b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel | Kneippheilbad |
| Großenbrode | 23775 | Großenbrode | G | Ostseeheilbad |
| Grund | 37539 | Bad Grund | Bad Grund | Heilklimatischer Kurort mit Heil-stollen-Kurbetrieb |
| **H** | | | | |
| Haffkrug-Scharbeutz | 23683 | Haffkrug-Scharbeutz | Haffkrug | Ostseeheilbad |
| Haigerloch | 72401 | Haigerloch | Bad Imnau | Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb |
| Harzburg | 38667 | Bad Harzburg | K | (Sole-)Heilbad |
| Heilbrunn | 83670 | Bad Heilbrunn | Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Mürnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindlschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern | Heilbad u. heilklimatischer Kurort |
| Heiligenhafen | 23774 | Heiligenhafen | Heiligenhafen | Ostseeheilbad |
| Heiligenstadt | 37308 | Heilbad Heiligenstadt | G | (Sole-)Heilbad |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| Helgoland | 27498 | Helgoland | G | Nordseeheilbad |
| Herbstein | 36358 | Herbstein | B | Heilquellen-Kurbetrieb |
| Heringsdorf | 17424 | Heringsdorf | G | Ostseeheilbad u. (Sole-)Heilbad |
| Herrenalb | 76332 | Bad Herrenalb | Bad Herrenalb | Heilbad u. heil-klimatischer Kurort |
| Hersfeld | 36251 | Bad Hersfeld | K | (Mineral-)Heilbad |
| Hille | 32479 | Hille | Rothenuffeln | Kurmittelgebiet (Heilquelle u. Moor) |
| Hindelang | 87541 | Bad Hindelang | Bad Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang | Kneippheilbad u. heilklimatischer Kurort |
| Hinterzarten | 79856 | Hinterzarten | G | Heilklimatischer Kurort u. Kneippkurort |
| Höchenschwand | 79862 | Höchenschwand | Höchenschwand | Heilklimatischer Kurort |
| Hönningen | 53557 | Bad Hönningen | Bad Hönningen | Heilbad |
| Höxter | 37671 | Höxter | Bruchhausen | Heilquellen-Kurbetrieb |
| Hohwacht | 24321 | Hohwacht | G | Ostseeheilbad |
| Homburg | 61348 | Bad Homburg v. d. Höhe | K | Heilbad |
| Horn | 32805 | Horn-Bad Meinberg | Bad Meinberg | Heilbad |
| **I** | | | | |
| Iburg | 49186 | Bad Iburg | Bad Iburg | Kneippkurort |
| Isny | 88316 | Isny | Isny, Neutrauchburg | Heilklimatischer Kurort |
| **J** | | | | |
| Juist | 26571 | Juist | G | Nordseeheilbad |
| **K** | | | | |
| Karlshafen | 34385 | Bad Karlshafen | K | Heilbad |
| Kassel | 34117 | Kassel | Wilhelmshöhe | Kneippheilbad u. (Thermal-Sole-)Heil-bad |
| Kellenhusen | 23746 | Kellenhusen | Kellenhusen | Ostseeheilbad |
| Kissingen | 97688 | Bad Kissingen | G | Heilbad |
| Klosterlausnitz | 07639 | Bad Klosterlausnitz | G | Heilbad |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| König | 64732 | Bad König | K | Heilbad |
| Königsfeld | 78126 | Königsfeld | Königsfeld, Bregnitz, Grenier | Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort |
| Königshofen | 97631 | Bad Königshofen i. Grabfeld | G – ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen | Heilbad |
| Königstein | 61462 | Königstein im Taunus | K | Heilklimatischer Kurort |
| Kösen | 06628 | Bad Kösen | G | Heilbad |
| Kötzting | 93444 | Bad Kötzting | Liebenstein, Matzelsdorf, Wettzell, Arndorf, Gehstorf, Haus, Traidersdorf und Weißenregen | Kneippkurort |
| Kohlgrub | 82433 | Bad Kohlgrub | G | (Moor-)Heilbad |
| Kreuth | 83708 | Kreuth | G | Heilklimatischer Kurort |
| Kreuznach | 55543 | Bad Kreuznach | Bad Kreuznach | Heilbad |
| Krozingen | 79189 | Bad Krozingen | Bad Krozingen | Heilbad |
| Krumbach | 86381 | Krumbach (Schwaben) | B – Sanatorium Krumbad | Peloidkurbetrieb |
| Kühlungsborn | 18225 | Ostseebad Kühlungsborn | G | Seebad |
| **L** | | | | |
| Laasphe | 57334 | Bad Laasphe | Bad Laasphe | Kneippheilbad |
| Laer | 49196 | Bad Laer | G | (Sole-)Heilbad |
| Langensalza | 99947 | Bad Langensalza | K | (Schwefel-Sole-) Heilbad |
| Langeoog | 26465 | Langeoog | G | Nordseeheilbad |
| Lausick | 04651 | Bad Lausick | G | (Mineral-)Heilbad |
| Lauterberg | 37431 | Bad Lauterberg | Bad Lauterberg | Kneippheilbad |
| Lenzkirch | 79853 | Lenzkirch | Lenzkirch, Saig | Heilklimatischer Kurort |
| Liebenstein | 36448 | Bad Liebenstein | G | Heilbad |
| Liebenwerda | 04924 | Bad Liebenwerda | Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa | Ort mit Peloidkurbetrieb |
| Liebenzell | 75378 | Bad Liebenzell | Bad Liebenzell | Heilbad |
| Lindenfels | 64678 | Lindenfels | K | Heilklimatischer Kurort |
| Lippspringe | 33175 | Bad Lippspringe | Bad Lippspringe | Heilbad u. heilklimatischer Kurort |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| Lippstadt | 59556 | Lippstadt | Bad Waldliesborn | Heilbad |
| Lobenstein | 07356 | Bad Lobenstein | G | (Moor-)Heilbad |
| Ludwigsburg | 71638 | Ludwigsburg | Hoheneck | Ort mit Heilquellen-kurbetrieb |
| **M** | | | | |
| Malente | 23714 | Malente | Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf | Heilklimatischer Kurort |
| Manderscheid | 54531 | Manderscheid | Manderscheid | Heilklimatischer Kurort u. Kneipp-kurort |
| Marienberg | 56470 | Bad Marienberg | Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, Zinnheim und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim, Marienberg sowie die Bahntrasse Erbach-Bad Marienberg) | Kneippheilbad |
| Marktschellenberg | 83487 | Marktschellenberg | G | Heilklimatischer Kurort |
| Masserberg | 98666 | Masserberg | Masserberg | Heilklimatischer Kurort |
| Mergentheim | 97980 | Bad Mergentheim | Bad Mergentheim | Heilbad |
| Mölln | 23879 | Mölln | Mölln | Kneippkurort |
| Mössingen | 72116 | Mössingen | Bad Sebastiansweiler | Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb |
| Münder | 31848 | Bad Münder | Bad Münder | Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb |
| Münster/Stein | 55583 | Bad Münster am Stein-Ebernburg | Bad Münster am Stein | (Mineral-)Heilbad u. heilklimatischer Kurort |
| Münstereifel | 53902 | Bad Münstereifel | Bad Münstereifel | Kneippheilbad |
| Muskau | 02953 | Bad Muskau | G | Ort mit Moorkur-betrieb |
| **N** | | | | |
| Nauheim | 61231 | Bad Nauheim | K | Heilbad |
| Naumburg | 34309 | Naumburg | K | Kneippkurort |
| Nenndorf | 31542 | Bad Nenndorf | Bad Nenndorf | (Moor- u. Mineral-) Heilbad |
| Neualbenreuth | 95698 | Neualbenreuth | B – Badehaus Maiersreuth Sybillenbad | Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| Neubulach | 75387 | Neubulach | Neubulach | Heilklimatischer Kurort |
| Neuenahr | 53474 | Bad Neuenahr-Ahrweiler | Bad Neuenahr | Heilbad |
| Neuharlingersiel | 26427 | Neuharlingersiel | Neuharlingersiel | Nordseeheilbad |
| Neukirchen | 34626 | Neukirchen | K | Kneippkurort |
| Neustadt/D | 93333 | Neustadt a. d. Donau | Bad Gögging | Heilbad |
| Neustadt/Harz | 99762 | Neustadt/ Harz | G | Heilklimatischer Kurort |
| Neustadt/S | 97616 | Bad Neustadt a. d. Saale | Bad Neustadt a. d. Saale | Heilbad |
| Nidda | 63667 | Nidda | Bad Salzhausen | Heilbad |
| Nonnweiler | 66620 | Nonnweiler | Nonnweiler | Heilklimatischer Kurort |
| Norddorf | 25946 | Norddorf/Amrum | Norddorf | Nordseeheilbad |
| Norden | 26506 | Norddeich/ Westermarsch II | Norden | Nordseeheilbad |
| Norderney | 26548 | Norderney | G | Nordseeheilbad |
| Nordstrand | 25845 | Nordstrand | G | Nordseeheilbad |
| Nümbrecht | 51588 | Nümbrecht | G | Heilklimatischer Kurort |
| **O** | | | | |
| Oberstaufen | 87534 | Oberstaufen | G – ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde | (Schroth-)Heilbad u. heilklimatischer Kurort |
| Oberstdorf | 87561 | Oberstdorf | Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistennoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau | Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort |
| Oeynhausen | 32545 | Bad Oeynhausen | Bad Oeynhausen | Heilbad |
| Olsberg | 59939 | Olsberg | Olsberg | Kneippkurort |
| Orb | 63619 | Bad Orb | G | Heilbad |
| Ottobeuren | 87724 | Ottobeuren | Ottobeuren, Eldern | Kneippkurort |
| Oy-Mittelberg | 87466 | Oy-Mittelberg | Oy | Kneippkurort |
| **P** | | | | |
| Pellworm | 25847 | Pellworm | Pellworm | Nordseeheilbad |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| Petershagen | 32469 | Petershagen | Hopfenberg | Kurmittelgebiet |
| Peterstal-Griesbach | 77740 | Bad Peterstal-Griesbach | G | Heilbad u. Kneipp-kurort |
| Porta Westfalica | 32457 | Porta Westfalica | Hausberge | Kneippkurort |
| Prerow | 18375 | Ostseebad Prerow | G | Seebad |
| Preußisch Oldendorf | 32361 | Preußisch Oldendorf | Bad Holzhausen | Heilbad |
| Prien | 83209 | Prien a. Chiemsee | G ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart | Kneippkurort |
| Pyrmont | 31812 | Bad Pyrmont | K | (Moor- u. Mineral-) Heilbad |
| **R** | | | | |
| Radolfzell | 78315 | Radolfzell | Mettnau | Kneippkurort |
| Ramsau | 83486 | Ramsau b. Berchtesgaden | G | Heilklimatischer Kurort |
| Rappenau | 74906 | Bad Rappenau | Bad Rappenau | (Sole-)Heilbad |
| Reichenhall | 83435 | Bad Reichenhall | Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling | Heilbad |
| Reichshof | 51580 | Reichshof | Eckenhagen | Heilklimatischer Kurort |
| Rengsdorf | 56579 | Rengsdorf | Rengsdorf | Heilklimatischer Kurort |
| Rippoldsau-Schapbach | 77776 | Bad Rippoldsau-Schapbach | Bad Rippoldsau | (Moor- u. Mineral-) Heilbad |
| Rodach | 96476 | Bad Rodach b. Coburg | Bad Rodach | Heilbad |
| Rothenfelde | 49214 | Bad Rothenfelde | G | (Sole-)Heilbad |
| Rottach-Egern | 83700 | Rottach-Egern | G | Heilklimatischer Kurort |
| **S** | | | | |
| Saalfeld/Saale | 07318 | Saalfeld/Saale | G, ausgenommen Ortsteil Arnsgereuth | Ort mit Heilstollen-kurbetrieb |
| Saarow | 15526 | Bad Saarow | Bad Saarow | (Moor- u. Sole-) Heilbad |
| Sachsa | 37441 | Bad Sachsa | Bad Sachsa | Heilklimatischer Kurort |
| Säckingen | 79713 | Bad Säckingen | Bad Säckingen | Heilbad |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| Salzdetfurth | 31162 | Bad Salzdetfurth | Bad Salzdetfurth, Detfurth | (Moor- u. Sole-) Heilbad |
| Salzgitter | 38259 | Salzgitter | Salzgitter-Bad | Ort mit Sole-Kurbetrieb |
| Salzschlirf | 36364 | Bad Salzschlirf | G | (Mineral- u. Sole-) Heilbad |
| Salzuflen | 32105 | Bad Salzuflen | Bad Salzuflen | Heilbad u. Kneipp-kurort |
| Salzungen | 36433 | Bad Salzungen | Bad Salzungen, Dorf Allendorf | (Sole-)Heilbad |
| Sasbachwalden | 77887 | Sasbachwalden | G | Heilklimatischer Kurort u. Kneipp-kurort |
| Sassendorf | 59505 | Bad Sassendorf | Bad Sassendorf | (Sole-)Heilbad |
| Saulgau | 88348 | Saulgau | Saulgau | Heilbad |
| Schandau | 01814 | Bad Schandau | Bad Schandau | Kneippkurort |
| Scharbeutz | 23683 | Scharbeutz | Scharbeutz | Ostseeheilbad |
| Scheidegg | 88175 | Scheidegg | G | Kneippkurort u. heil-klimatischer Kurort |
| Schieder | 32816 | Schieder-Schwalenberg | Schieder, Glashütte | Kneippkurort |
| Schlangenbad | 65388 | Schlangenbad | K | Heilbad |
| Schleiden | 53937 | Schleiden | Gemünd | Kneippkurort |
| Schlema | 08301 | Bad Schlema | G | Heilbad |
| Schluchsee | 79859 | Schluchsee | Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach | Heilklimatischer Kurort |
| Schmallenbach | 57392 | Schmallenbach | a) Fredeburg<br>b) Grafschaft | Kneippkurort<br>Heilklimatischer Kurort |
| Schmiedeberg | 06905 | Bad Schmiedeberg | G | Heilbad |
| Schömberg | 75328 | Schömberg | Schömberg | Heilklimatischer Kurort u. Kneipp-kurort |
| Schönau | 83471 | Schönau a. Königsee | G | Heilklimatischer Kurort |
| Schönberg | 24217 | Schönberg | Holm | Heilbad |
| Schönborn | 76669 | Bad Schönborn | a) Bad Mingolsheim<br>b) Langenbrücken | Heilbad<br>Ort mit Heilquellen-kurbetrieb |
| Schönebeck-Salzelmen | 39624 | Schönebeck-Salzelmen | G | (Sole-)Heilbad |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| Schönwald | 78141 | Schönwald | G | Heilklimatischer Kurort |
| Schussenried | 88427 | Bad Schussenried | Bad Schussenried | (Moor-)Heilbad |
| Schwalbach | 65307 | Bad Schwalbach | K | Heilbad |
| Schwangau | 87645 | Schwangau | G | Heilklimatischer Kurort |
| Schwartau | 23611 | Bad Schwartau | Bad Schwartau | (Jodsole- u. Moor-) Heilbad |
| Segeberg | 23795 | Bad Segeberg | G | Heilbad |
| Sellin | 18586 | Ostseebad Sellin | G | Seebad |
| Siegsdorf | 83313 | Siegsdorf | B – Kurheim Bad Adelholzen | Heilquellen-Kurbetrieb |
| Sobernheim | 55566 | Bad Sobernheim | Bad Sobernheim | Heilbad |
| Soden am Taunus | 65812 | Bad Soden am Taunus | K | Heilbad |
| Soden-Salmünster | 63628 | Bad Soden-Salmünster | Bad Soden | (Mineral-)Heilbad |
| Soltau | 29614 | Soltau | Soltau | Ort mit Sole-Kurbetrieb |
| Sooden-Allendorf | 37242 | Bad Sooden-Allendorf | K | Heilbad |
| Spiekeroog | 26474 | Spiekeroog | G | Nordseeheilbad |
| St. Blasien | 79837 | St. Blasien | St. Blasien | Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort |
| St. Peter-Ording | 25826 | St. Peter-Ording | St. Peter-Ording | Nordseeheilbad u. Schwefelbad |
| Staffelstein | 96226 | Bad Staffelstein | G | Heilbad |
| Steben | 95138 | Bad Steben | G | Heilbad |
| Stuttgart | 70173 | Stuttgart | a) Berg<br>b) Bad Cannstatt | Mineralbad<br>Ort mit Heilquellen-kurbetrieb |
| Suderode | 06507 | Bad Suderode | G | (Calciumsole-) Heilbad |
| Sülze | 18334 | Bad Sülze | G | Peloidkurbetrieb |
| Sulza | 99518 | Bad Sulza | G | (Sole-)Heilbad |
| **T** | | | | |
| Tabarz | 99891 | Bad Tabarz | G | Kneippheilbad |
| Tecklenburg | 49545 | Tecklenburg | Tecklenburg | Kneippkurort |
| Tegernsee | 83684 | Tegernsee | G | Heilklimatischer Kurort |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| Teinach-Zavelstein | 75385 | Bad Teinach-Zavelstein | Bad Teinach | Heilbad |
| Templin | 17268 | Templin | Templin | (Thermalsole-)Heilbad |
| Tennstedt | 99955 | Bad Tennstedt | G | Ort mit Heilquellenkurbetrieb |
| Thiessow | 18586 | Ostseebad Thiessow | G | Seebad |
| Thyrnau | 94136 | Thyrnau | B – Sanatorium Kellberg | Mineralquellen-kurbetrieb |
| Timmendorfer Strand | 23669 | Timmendorfer Strand | Timmendorfer Strand, Niendorf | Ostseeheilbad |
| Titisee-Neustadt | 79822 | Titisee-Neustadt | Titisee | Heilklimatischer Kurort |
| Todtmoos | 79682 | Todtmoos | G | Heilklimatischer Kurort |
| Tölz | 83646 | Bad Tölz | a) Gebiet der ehem. Stadt Bad Tölz<br>b) Gebiet der ehem. Gemeinde Oberfischbach | (Moor-)Heilbad u. heilklimatischer Kurort<br>Heilklimatischer Kurort |
| Traben-Trarbach | 56841 | Traben-Trarbach | Bad Wildstein | Heilbad |
| Travemünde | 23570 | Travemünde | Travemünde | Ostseeheilbad |
| Treuchtlingen | 91757 | Treuchtlingen | B – Altmühltherme/Lambertusbad | Ort mit Heilquellenkurbetrieb |
| Triberg | 78098 | Triberg | Triberg | Heilklimatischer Kurort |
| **U** | | | | |
| Überkingen | 73337 | Bad Überkingen | Bad Überkingen | Heilbad |
| Überlingen | 88662 | Überlingen | Überlingen | Kneippheilbad |
| Urach | 72574 | Bad Urach | Bad Urach | Heilbad |
| **V** | | | | |
| Vallendar | 56179 | Vallendar | Vallendar | Kneippkurort |
| Vilbel | 61118 | Bad Vilbel | K | Heilbad |
| Villingen-Schwenningen | 78050 | Villingen-Schwenningen | Villingen | Kneippkurort |
| Vlotho | 32602 | Vlotho | Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West | Kurmittelgebiet (Heilquelle u. Moor) |
| **W** | | | | |
| Waldbronn | 76337 | Waldbronn | Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach | Ort mit Heilquellenkurbetrieb |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| Waldsee | 88399 | Bad Waldsee | Bad Waldsee, Steinach | (Moor-)Heilbad u. Kneippkurort |
| Wangerland | 26434 | Wangerland | Horumersiel, Schillig | Nordseeheilbad |
| Wangerooge | 26486 | Wangerooge | G | Nordseeheilbad |
| Warburg | 34414 | Warburg | Germete | Kurmittelbetrieb (Heilquelle) |
| Waren | 17192 | Waren/Müritz | Waren/Müritz | (Sole-)Heilbad |
| Warmbad | 09429 | Wolkenstein | Warmbad | Ort mit Heilquellen-kurortbetrieb |
| Warnemünde | 18119 | Hansestadt Rostock | G | Seebad |
| Weiskirchen | 66709 | Weiskirchen | Weiskirchen | Heilklimatischer Kurort |
| Wenningstedt | 25996 | Wenningstedt/Sylt | Wenningstedt | Nordseeheilbad |
| Westerland | 25980 | Westerland | Westerland | Nordseeheilbad |
| Westfeld-Ohlen-bach | 57392 | Schmallenberg | Westfeld, Ohlenbach, Hoher Knochen | Luftkurort |
| Wiesbaden | 65189 | Wiesbaden | K | Heilbad |
| Wiesenbad | 09488 | Wiesa | Thermalbad Wiesenbad | Ort mit Heilquellen-kurbetrieb |
| Wiessee | 83707 | Bad Wiessee | G | Heilbad |
| Wildbad | 75323 | Bad Wildbad | Bad Wildbad | Heilbad |
| Wildungen | 34537 | Bad Wildungen | K | Heilbad |
| Willingen | | Willingen (Upland) | a) K<br>b) Usseln | Heilklimatischer Kurort, Kneipp-kurort u. Heilbad<br>Heilklimatischer Kurort |
| Wilsnack | 19336 | Bad Wilsnack | K | (Thermal- u. Moor-) Heilbad |
| Wimpfen | 74206 | Bad Wimpfen | Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe | (Sole-)Heilbad |
| Windsheim | 91438 | Bad Windsheim | Bad Windsheim, Kleinwindsheimer Mühle, Walkmühle | Heilbad |
| Winterberg | 59955 | Winterberg | Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen | Heilklimatischer Kurort |
| Wittdün/Amrum | 25946 | Wittdün/Amrum | Wittdün | Nordseeheilbad |
| Wörishofen | 86825 | Bad Wörishofen | Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, | Kneippheilbad |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad oder Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*) | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|
| | | | Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart | |
| Wolfegg | 88364 | Wolfegg | G | Heilklimatischer Kurort |
| Wünnenberg | 33181 | Wünnenberg | Wünnenberg | Kneippheilbad |
| Wurzach | 88410 | Bad Wurzach | Bad Wurzach | (Moor-)Heilbad |
| Wustrow | 18347 | Ostseebad Wustrow | G | Seebad |
| Wyk a. F. | 25938 | Wyk a. F. | Wyk | Nordseeheilbad |
| **Z** | | | | |
| Zingst | 18374 | Ostseebad Zingst | G | Ostseeheilbad |
| Zwesten | 34596 | Bad Zwesten | K | Heilbad u. Ort mit Heilquellenkurbetrieb |
| Zwischenahn | 26160 | Bad Zwischenahn | Bad Zwischenahn | (Moor-)Heilbad |

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

## Abschnitt 2

## Heilbäder und Kurorte im Inland, die Ortsteile einer Gemeinde sind

| Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“ | aufgeführt bei |
|---|---|
| **A** | |
| Abbach-Schloßberg | Abbach |
| Achmühl | Heilbrunn |
| Adelholzen | Siegsdorf |
| Aichmühle | Füssing |
| Ainsen | Füssing |
| Alschbach | Blieskastel |
| Altastenberg | Winterberg |
| Anatswald | Oberstdorf |
| An den Heilquellen | Freiburg |
| Angering | Füssing |
| Au | Abbach |
| Au | Grönenbach |
| Aunham | Birnbach |
| **B** | |
| Balg | Baden-Baden |
| Baumberg | Heilbrunn |

| Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“ | aufgeführt bei |
|---|---|
| Bayerisch Gmain | Reichenhall |
| Bensersiel | Esens |
| Berg | Stuttgart |
| Bernwies | Heilbrunn |
| Birgsau | Oberstdorf |
| Blenhorst | Balge |
| Bockswiese | Goslar |
| Brandholz | Grönenbach |
| Brandschachen | Füssing |
| Bregnitz | Königsfeld |
| Bruchhausen | Höxter |
| Bruck | Hindelang |
| Burtscheid | Aachen |
| Busenbach | Waldbronn |
| **C** | |
| Cannstatt | Stuttgart |
| **D** | |
| Detfurth | Salzdetfurth |
| Dietersberg | Oberstdorf |
| Dobra | Liebenwerda |
| Dürnöd | Füssing |
| **E** | |
| Ebene | Oberstdorf |
| Eckarts | Brückenau |
| Eckenhagen | Reichshof |
| Egg | Grönenbach |
| Egglfing a. Inn | Füssing |
| Einödsbach | Oberstdorf |
| Eisenbartling | Endorf |
| Eitlöd | Füssing |
| Eldern | Ottobeuren |
| Elkeringhausen | Winterberg |
| Erbach | Wimpfen |
| **F** | |
| Faistenoy | Oberstdorf |
| Faulenbach | Füssen |
| Faulenfürst | Schluchsee |
| Feldberg | Feldberger Seenlandschaft |
| Fischbach | Schluchsee |
| Fleckinger Mühle | Wimpfen |
| Flickenöd | Füssing |
| Frankenhammer | Berneck |
| Fredeburg | Schmallenberg |
| **G** | |

| Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“ | aufgeführt bei |
|---|---|
| Gailenberg | Hindelang |
| Gemünd | Schleiden |
| Germete | Warburg |
| Gerstruben | Oberstdorf |
| Glashütte | Schieder |
| Gmeinschwenden | Grönenbach |
| Gögging | Füssing |
| Gögging | Neustadt a. d. Donau |
| Gottenried | Oberstdorf |
| Graben | Heilbrunn |
| Greit | Grönenbach |
| Gremsmühlen | Malente |
| Grenier | Königsfeld |
| Griesbach | Peterstal-Griesbach |
| Groß | Hindelang |
| Gruben | Oberstdorf |
| Gundsbach | Oberstdorf |
| **H** | |
| Hahnenklee | Goslar |
| Hartenthal | Wörishofen |
| Harthausen | Aibling |
| Hausberge | Porta Westfalica |
| Heiligendamm | Doberan |
| Herbisried | Grönenbach |
| Hermannsborn | Driburg |
| Hiddesen | Detmold |
| Hinterstallau | Heilbrunn |
| Hinterstein | Hindelang |
| Höhenhöfe | Wimpfen |
| Hofham | Endorf |
| Hohegeiß | Braunlage |
| Hoheneck | Ludwigsburg |
| Holm | Schönberg |
| Holzhäuser | Füssing |
| Holzhaus | Füssing |
| Holzhausen | Preußisch Oldendorf |
| Hopfen am Berg | Petershagen |
| Hopfen am See | Füssen |
| Horumersiel | Wangerland |
| Hub | Füssing |
| Hub | Heilbrunn |
| Hueb | Grönenberg |
| **I** | |
| Imnau | Haigerloch |

| Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“ | aufgeführt bei |
|---|---|
| In der Tarrast | Grönenbach |
| Irching | Füssing |
| **J** | |
| Jauchen | Oberstdorf |
| Jordanbad | Biberach |
| **K** | |
| Kalkofen | Abbach |
| Kellberg | Thyrnau |
| Kibling | Reichenhall |
| Kiensee | Heilbrunn |
| Kleinwindsheimer Mühle | Windsheim |
| Klevers | Grönenbach |
| Kornau | Oberstdorf |
| Kornhofen | Grönenbach |
| Kosilenzien | Liebenwerda |
| Kreuzbühl | Grönenbach |
| Krummsee | Malente |
| Kurf | Endorf |
| Kutschenrangen | Berneck |
| **L** | |
| Langau | Heilbrunn |
| Langenbach | Marienberg |
| Langenbrücken | Schönborn |
| Lautzkirchen | Blieskastel |
| Lichtental | Baden-Baden |
| Liebenstein | Hindelang |
| Linden | Heilbrunn |
| **M** | |
| Maasdorf | Liebenwerda |
| Manneberg | Grönenberg |
| Meinberg | Horn |
| Mettnau | Radolfzell |
| Mingolsheim | Schönberg |
| Mitterreuthen | Füssing |
| Monheimsallee | Aachen |
| Mürnsee | Heilbrunn |
| **N** | |
| Neutrauchburg | Isny |
| Niederholz | Grönenbach |
| Niendorf | Timmendorfer Strand |
| **O** | |
| Oberbuchen | Heilbrunn |
| Oberdorf | Hindelang |
| Oberenzenau | Heilbrunn |

| Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“ | aufgeführt bei |
|---|---|
| Oberes Hart | Wörishofen |
| Oberfischbach | Tölz |
| Obergammenried | Wörishofen |
| Oberjoch | Hindelang |
| Obermühl | Heilbrunn |
| Oberreuthen | Füssing |
| Obersteinbach | Heilbrunn |
| Obertal | Baiersbronn |
| Ölmühle | Grönenbach |
| Oos | Baden-Baden |
| Ostfeld | Heilbrunn |
| Ostrau | Schandau |
| **P** | |
| Pichl | Füssing |
| Pimsöd | Füssing |
| Poinzaun | Füssing |
| **R** | |
| Rachental | Endorf |
| Ramsau | Heilbrunn |
| Randringhausen | Bünde |
| Raupolz | Grönenbach |
| Rechberg | Grönenbach |
| Reckenberg | Hindelang |
| Reichenbach | Waldbronn |
| Reindlschmiede | Heilbrunn |
| Reute | Oberstdorf |
| Riedenburg | Füssing |
| Riedle | Hindelang |
| Ringang | Oberstdorf |
| Rödlasberg | Berneck |
| Röthardt | Aalen |
| Rotenfels | Gaggenau |
| Rothenstein | Grönenbach |
| Rothenuffeln | Hille |
| **S** | |
| Safferstetten | Füssing |
| Saig | Lenzkirch |
| Salzhausen | Nidda |
| Salzig | Boppard |
| Sand | Emstal |
| Schieferöd | Füssing |
| Schillig | Wangerland |
| Schöchlöd | Füssing |
| Schönau | Heilbrunn |

| Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“ | aufgeführt bei |
|---|---|
| Schöneschach | Wörishofen |
| Schwand | Oberstdorf |
| Schwarzenberg-Schönmünzach | Baiersbronn |
| Schwenden | Grönenbach |
| Sebastiansweiler | Mössingen |
| Seebruch | Vlotho |
| Seefeld | Grönenbach |
| Senkelteich | Vlotho |
| Sohl | Elster |
| Spielmannsau | Oberstdorf |
| Steinach | Waldsee |
| Steinreuth | Füssing |
| Ströbing | Endorf |
| **T** | |
| Thalau | Füssing |
| Thalham | Füssing |
| Thierham | Füssing |
| Thürham | Aibling |
| Timmdorf | Malente |
| Tönisstein | Andernach |
| Tönisstein | Burgbrohl |
| **U** | |
| Unterbuchen | Heilbrunn |
| Unterenzenau | Heilbrunn |
| Unteres Hart | Wörishofen |
| Untergammenried | Wörishofen |
| Unterjoch | Hindelang |
| Unterreuthen | Füssing |
| Untersteinbach | Heilbrunn |
| Usseln | Willingen |
| **V** | |
| Valdorf-West | Vlotho |
| Voglherd | Heilbrunn |
| Voglöd | Füssing |
| Vorderhindelang | Hindelang |
| **W** | |
| Waldegg b. Grönenbach | Grönenbach |
| Waldliesborn | Lippstadt |
| Walkmühle | Windsheim |
| Waren/Müritz | Waren |
| Warmbad | Wolkenstein |
| Warmeleithen | Berneck |
| Weghof | Griesbach |
| Weichs | Abbach |

| Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“ | aufgeführt bei |
|---|---|
| Weidach | Füssing |
| Weiherweber | Heilbrunn |
| Westernkotten | Erwitte |
| Wies | Füssing |
| Wiesweber | Heilbrunn |
| Wildstein | Traben-Trarbach |
| Wilhelmshöhe | Kassel |
| Wörnern | Heilbrunn |
| Würding | Füssing |
| **Z** | |
| Zeischa | Liebenwerda |
| Zeitlofs | Brückenau |
| Zell | Aibling |
| Ziegelberg | Grönenbach |
| Ziegelstadel | Grönenbach |
| Zieglöd | Füssing |
| Zinnheim | Marienberg |
| Zwicklarn | Füssing |

## Abschnitt 3
## Heilbäder und Kurorte im EU-Ausland

a) Frankreich
   aa) Aix-les-Bains
   bb) Amélie-les-Bains-Palada
   cc) Cambo-les-Bains
   dd) La Roche-Posay

b) Italien
   aa) Abano Terme
   bb) Galzignano
   cc) Ischia
   dd) Meran
   ee) Montegrotto
   ff) Montepulciano

c) Kroatien
   Cres

d) Österreich
   aa) Bad Gastein
   bb) Bad Hall in Tirol
   cc) Bad Hofgastein
   dd) Bad Ischl

ee) Bad Schönau
ff) Bad Traunstein
gg) Oberlaa

e) Polen
aa) Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroy
bb) Kolberg / Kolobrzeg
cc) Swinemünde / Świnoujście
dd) Ustroń

f) Rumänien
Bad Felix / Băile Felix

g) Slowakei
aa) Dudince
bb) Piešťany
cc) Turčianske Teplice

h) Slowenien
Moravske Toplice (Therme 3000)

i) Tschechien
aa) Bad Bělohrad / Lázně Bělohrad
bb) Bad Joachimsthal / Jáchymov
cc) Bad Luhatschowitz / Luhačovice
dd) Bad Teplitz / Lázně Teplice v Čechách
ee) Franzenbad / Františkovy Lázně
ff) Freiwaldau / Lázně Jesenik
gg) Johannisbad / Janské Lázně
hh) Karlsbad / Karlovy Vary
ii) Konstantinsbad / Konstantinovy Lázně
jj) Marienbad / Mariánské Lázně

j) Ungarn
aa) Bad Hévíz
bb) Bad Zalakaros
cc) Bük
dd) Hajdúszoboszló
ee) Komárom
ff) Sárváar

## Abschnitt 4

## Heilbäder und Kurorte im Nicht-EU-Ausland

a) Ein Boqeq
b) Sweimeh“

Artikel 3

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin in Kraft. Abweichend von Satz 1 tritt Artikel 1 mit Wirkung vom 1. Januar 2017 und Artikel 2 Nummer 38 und 39 mit Wirkung vom 1. Januar 2019 in Kraft.

A. Begründung

a) Allgemeines:
Die Dritte Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung dient der Beibehaltung der sozialen Symmetrie zwischen den Mitgliedern der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und den beihilfeberechtigten Personen insbesondere durch die wirkungsgleiche Übernahme der Regelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II). Gleichzeitig wird dem Änderungsbedarf Rechnung getragen, der sich aus der praktischen Anwendung der Landesbeihilfeverordnung ergibt.

Regelungsschwerpunkte sind die Erweiterung der beihilfefähigen Aufwendungen auf Grund der Angleichung an das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bei der häuslichen Pflege (Artikel 1 Nummer 2), die Anpassung an die Begrifflichkeiten des PSG II sowie die Umsetzung der Leistungsänderungen gemäß PSG II in der Beihilfe (Artikel 1 Nummer 4), die Aufnahme eines weiteren Tatbestandes für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen bei Erwachsenen (Artikel 2 Nummer 7), die Erweiterung der beihilfefähigen Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfe bei bestimmten Voraussetzungen (Artikel 2 Nummer 15 Buchstabe a), die Anpassung der Liste beihilfefähiger Medizinprodukte an die Regelungen für gesetzlich krankenversicherte Personen (Artikel 2 Nummer 35), die Angleichung der Regelungen an das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Arzneimitteln, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen (Artikel 2 Nummer 36), die Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel anzuheben und das Leistungsverzeichnis an die Regelungen für die gesetzliche Krankenversicherung anzupassen (Artikel 2 Nummer 38) und die Aufnahme des Heilbäder- und Kurorteverzeichnisses in die Verordnung (Artikel 2 Nummer 43).

b) Einzelbegründung:

**Zu Artikel 1**
**Zu Artikel 1 Nummer 1** (Inhaltsübersicht)
**Zu Buchstabe a** (§ 27)
Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 2.

**Zu Buchstabe b** (§§ 38 bis 38h)
Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 4.

**Zu Buchstabe c** (§§ 39a und 39b)
Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 4.

**Zu Artikel 1 Nummer 2** (§ 27)
Redaktionelle Anpassung der Überschrift an die Erweiterung der beihilfefähigen Aufwendungen auf Grund der Angleichung der Regelungen an das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bei der häuslichen Pflege.

**Zu Absatz 1**
Entspricht dem bisherigen § 27 Absatz 1 Satz 1. Satz 2 dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

**Zu Absatz 2**
Entspricht dem bisherigen § 27 Absatz 2 mit Erweiterung und Anpassung auf Grund der wirkungsgleichen Übertragung in Anlehnung an SGB V sowie an die Begrifflichkeiten des PSG II.

**Zu Absatz 3**
Satz 1 und 3 entsprechen den bisherigen § 27 Absatz 1 Satz 2 und 3. Satz 2 entspricht der wirkungsgleichen Übertragung aus dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 37 Absatz 2a Satz 2 SGB V).

**Zu Absatz 4**
Entspricht dem bisherigen § 27 Absatz 3.

**Zu Absatz 5**
Erweiterung der beihilfefähigen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege um Kurzzeitpflege bei bestimmten Voraussetzungen. Die Aufnahme in die Beihilfe erfolgte auf Grund der wirkungsgleichen Übertragung in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch. Grundlage für die Leistungserweiterung im GKV-Bereich ist Artikel 6 Nummer 0b des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG).

**Zu Artikel 1 Nummer 3** (§ 37 Absatz 2)
Redaktionelle Folgeänderung zu Nummer 4 und Anpassung an die Begrifflichkeiten des PSG II.

**Zu Artikel 1 Nummer 4** (§§ 38 bis 39b)
Anpassung an die Begrifflichkeiten des PSG II sowie Umsetzung der Leistungsänderungen entsprechend PSG II in der Beihilfe.

Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit, Lesbarkeit und Verständlichkeit wird der Regelungsstoff der §§ 38 und 39 auf zwölf Paragraphen aufgeteilt.

§ 38a Absatz 1 entspricht der Fassung des § 38 Absatz 1 vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 38a Absatz 2 entspricht der Fassung des § 38 Absatz 8 vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 38a Absatz 3 entspricht der Fassung des § 38 Absatz 2 Satz 1 bis 4 vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 38a Absatz 4 entspricht der Fassung des § 38 Absatz 4 vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 38a Absatz 5 entspricht der Fassung des § 38 Absatz 2 Satz 5 und 6 vor Inkrafttreten des Artikels 2.

§ 38a Absatz 6 entspricht der Fassung des § 38 Absatz 9 vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 38b entspricht der Fassung des § 38 Absatz 3 vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 38c entspricht der Fassung des § 38 Absatz 7 bezüglich Verhinderungspflege vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 38d entspricht der Fassung des § 38 Absatz 6 bezüglich der teilstationären Pflege vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 38e entspricht der Fassung des § 38 Absatz 7 bezüglich der Kurzzeitpflege vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 38f entspricht der Fassung des § 38 Absatz 5 vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 38g entspricht Fassung des § 38 Absatz 10 vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 38h entspricht der Fassung des § 38 Absatz 2 Satz 7 vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 39 entspricht der Fassung des § 39 Absatz 1 bis 3, 5 und 6 vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 39a entspricht der Fassung des § 39 Absatz 4 vor Inkrafttreten des Artikels 1.

§ 39b beinhaltet die Leistungsübersicht der beihilfefähigen Aufwendungen für Pflegegrad 1.

**Zu Artikel 1 Nummer 5** (§ 47)

**Zu Buchstabe a** (Absatz 4)

Klarstellung, dass Aufwendungen der Pflege von einer Erhöhung des Bemessungssatzes ausgeschlossen sind.

**Zu Buchstabe b** (Absatz 7)

Folgeänderung zu Nummer 4 und Anpassung an die Begrifflichkeiten des PSG II.

**Zu Artikel 1 Nummer 6** (§ 48 Absatz 1)

Folgeänderung zu Nummer 4 (Aufteilung des Regelungsstoffs der §§ 38 und 39 auf zwölf Paragraphen).

**Zu Artikel 1 Nummer 7** (§ 58 Absatz 6)

Übergangsregelung für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Pflegepersonen entsprechend dem PSG II.

**Zu Artikel 2**

**Zu Artikel 2 Nummer 1** (Inhaltsübersicht)

Redaktionelle Folgeänderungen zu den Nummern 7, 14, 25, 26 und 41.

**Zu Artikel 2 Nummer 2** (§ 2 Absatz 2)

Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

**Zu Artikel 2 Nummer 3** (§ 5)

**Zu Buchstabe a** (Absatz 4)

Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

**Zu Buchstabe b** (Absatz 5)

Folgeänderung zu Buchstabe a.

**Zu Artikel 2 Nummer 4** (§ 6 Absatz 3)

Um Kostenersparnisse zu erzielen, werden immer mehr Vereinbarungen zwischen den privaten Krankenversicherungen oder den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ge-

schlossen. Die Abrechnung erfolgt gegenüber den Kostenträgern in pauschaler Form. Die bisherige Regelung lässt die Beihilfe an den Einsparungen teilhaben. Solche Vereinbarungen werden aber auch zwischen Beihilfeträgern und den Leistungserbringern geschlossen. Damit auch der Träger der Beihilfe des Landes Berlin an diesen Einsparungen partizipieren kann, ist die Erweiterung um die Beihilfeträger notwendig.

**Zu Artikel 2 Nummer 5** (§ 9 Absatz 2)
Die Änderung dient der Klarstellung.

**Zu Artikel 2 Nummer 6** (§ 11 Absatz 2)
Änderung im Interesse einer konsistenten Terminologie.

**Zu Artikel 2 Nummer 7** (§ 15 bis § 15b)
Die Aufteilung des § 15 in drei Paragraphen dient der besseren Lesbarkeit.

§ 15 Absatz 1
Entspricht dem bisherigen § 15 Absatz 1 Satz 1 und 2. Des Weiteren dient die Änderung der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten. Die Änderung dient ebenfalls der Klarstellung, was unter einem zahnlosen Kiefer zu verstehen ist. Vom Begriff der implantologischen Leistungen werden neben den Leistungen nach Abschnitt K der Anlage 1 zur GOZ auch Aufwendungen für gegebenenfalls erforderliche vorbereitende operative Maßnahmen nach der Anlage zur GOÄ erfasst (z. B. Knochenaufbau).

§ 15 Absatz 2
Entspricht dem bisherigen § 15 Absatz 1 Satz 3 und 4. Satz 2 regelt, wie entstandene Aufwendungen für beihilfefähige und nicht beihilfefähige Implantate, die in einer Rechnung enthalten sind, berücksichtigt werden. Eine „spitze“ Zuordnung zu einzelnen Implantaten ist nicht immer möglich. Da in den meisten Fällen für bestimmte Positionen eine Gesamtleistung in Rechnung gestellt wird, muss ein Verhältnis gebildet werden. Dabei sind unterschiedliche Fallgruppen bei mehr als zwei Implantaten zu regeln:

1. Es werden im Rahmen einer Behandlung erstmalig drei oder mehr Implantate eingesetzt.
2. Es ist bereits ein Implantat vorhanden, welches aus öffentlichen Kassen bezahlt wurde und mehr als ein Implantat in Rechnung gestellt wird. Beihilfefähig ist in diesem Fall die Summe, die sich aus der Gesamtsumme der Rechnung ergibt, dividiert durch die Anzahl der in Rechnung gestellten Implantate.
3. Es sind bereits zwei Implantate aus öffentlichen Kassen bezahlt worden und werden nunmehr weitere Implantate eingesetzt. Es bedarf keiner Ermittlung eines Betrages, da bereits

zwei Implantate bezahlt wurden. Die Aufwendungen sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

§ 15 Absatz 3
Entspricht dem bisherigen § 15 Absatz 1 Satz 5.

§ 15a Absatz 1
Entspricht der Regelung zum früheren § 15 Absatz 2.

§ 15a Absatz 2
Aufnahme eines weiteren Tatbestandes für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen bei Erwachsenen. Dabei wurde das Urteil des VGH Baden-Württem-berg vom 2. Mai 2012 – 2 S 2904/10 – zugrunde gelegt. Sofern die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können, keine Behandlungsalternative vorhanden ist, erhebliche Folgeprobleme (z. B. craniomandibuläre Dysfunktion) bestehen und eine sekundäre Anomalie vorliegt, die erst im Erwachsenalter erworben wurde, liegen besondere Umstände vor, die für diesen Einzelfall die beihilfefähige Anerkennung der Aufwendungen rechtfertigt.

§ 15a Absatz 3
Entspricht dem bisherigen § 15 Absatz 2 Satz 4.

§ 15a Absatz 4
Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten. Die Regelung, dass pro Jahr der Weiterbehandlung die kieferorthopädischen Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 der Anlage 1 zur GOZ mit einem Viertel der vollen Gebühr als beihilfefähig anerkannt werden, beruht auf dem Urteil des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 24. März 1997 – 3 B 95.1895 –.

§ 15a Absatz 5
Entspricht dem bisherigen § 15 Absatz 2 Satz 2.

§ 15a Absatz 6
Entspricht dem bisherigen § 15 Absatz 3.

§ 15b
Entspricht dem bisherigen § 15 Absatz 4.

**Zu Artikel 2 Nummer 8** (§ 18a)

Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

**Zu Artikel 2 Nummer 9** (§ 19 Absatz 1)

**Zu Buchstabe a**

Änderung im Interesse einer konsistenten Terminologie.

**Zu Buchstabe b**

Streichung der Reduzierung auf Behandlungen über die festgelegte Höchstzahl von Sitzungen von Kindern und Jugendlichen. § 23 Absatz 2 und § 23b Satz 2 Nummer 9 Satz 2 der Psychotherapie-Richtlinie gilt für eine Behandlung über die festgelegte Höchstzahl von Sitzungen sowohl für Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene. Eine Begrenzung auf bestimmte Personengruppen ist nicht enthalten.

**Zu Artikel 2 Nummer 10** (§ 20)

**Zu Buchstabe a** (Absatz 1)

**Zu Doppelbuchstabe aa**

Änderung im Interesse einer konsistenten Terminologie.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Änderung im Interesse einer konsistenten Terminologie.

**Zu Doppelbuchstabe cc**

Eine Behandlung über die festgelegte Höchstgrenze hinaus gilt auch für die Verhaltenstherapie.

**Zu Buchstabe b** (Absatz 3)

Änderung im Interesse einer konsistenten Terminologie.

**Zu Artikel 2 Nummer 11** (§ 21 Absatz 3)

Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

**Zu Artikel 2 Nummer 12** (§ 22 Absatz 2)

**Zu Buchstabe a**

Folgeänderung zu Buchstabe b.

**Zu Buchstabe b**

Die Änderung dient der Klarstellung und Rechtssicherheit. Entstehende Aufwendungen für die Beschaffung oder Versandkosten sollen nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören. Sie sind keine medizinisch notwendigen und krankheitsbedingten Aufwendungen.

**Zu Artikel 2 Nummer 13** (§ 24)

**Zu Buchstabe a** (Absatz 1)

Redaktionelle Anpassung. Eine Abweichung kann nur von Satz 1 und 2 erfolgen, da Satz 3 die Grundlage für die Anerkennung der Aufwendungen der Komplextherapie ist.

**Zu Buchstabe b** (Absatz 2)

Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

**Zu Buchstabe c** (Absatz 3)

Redaktionelle Anpassung.

**Zu Artikel 2 Nummer 14** (§§ 26 und 26a)

Die Regelung des früheren § 26 künftig in zwei Paragraphen mit verschiedenen Absätzen verbunden mit einer inhaltlich korrekten Überschrift aufzugliedern, dient der besseren Lesbarkeit und dem besseren Verständnis.

§ 26

Entspricht den bisherigen Absätzen 1 und 2.

Des Weiteren wird klargestellt, dass auch die Aufwendungen für Leistungen von Belegärztinnen und Belegärzten in Krankenhäusern zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören. Sie werden neben den allgemeinen Krankenhausleistungen als beihilfefähig anerkannt. Aus Gründen der Rechtssicherheit wurde dieser Teil, der bisher in der Verwaltungsvorschrift enthalten war, in die Verordnung übernommen.

§ 26a Absatz 1

Entspricht dem bisherigen § 26 Absatz 3 Satz 1 und 2.

§ 26a Absatz 2

Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

§ 26a Absatz 3
Entspricht dem bisherigen § 26 Absatz 3 Satz 3.

§ 26a Absatz 4
Entspricht dem bisherigen § 26 Absatz 3 Satz 4.

§ 26a Absatz 5
Entspricht dem bisherigen § 26 Absatz 4.

**Zu Artikel 2 Nummer 15** (§ 28)
**Zu Buchstabe a** (Absätze 1 bis 3)

Absatz 1
Konkretisierung der bisherigen Regelung. Zur Erleichterung der Rechtsanwendung wird nunmehr auf den Stundensatz abgestellt.

Absatz 2
Erweiterung der beihilfefähigen Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfe bei bestimmten Voraussetzungen. Die Aufnahme der Beihilfe erfolgte auf Grund der wirkungsgleichen Übertragung in Anlehnung an das SGB V. Grundlage für die Leistungserweiterung im GKV-Bereich ist Artikel 6 Nummer 0a KHSG.

Absatz 3
Neugliederung. Entspricht dem bisherigen § 28 Absatz 2 Satz 3.

**Zu Buchstabe b** (Absatz 4)
Folgeänderung zu Buchstabe a.

**Zu Buchstabe c** (Absatz 5)
Auf Grund des Verweises in Absatz 3 auf § 27 Absatz 4 sind auch entstandene Fahrkosten beihilfefähig. Es wird klargestellt, dass sich die Höhe dieser Aufwendungen nach § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit dem Bundesreisekostengesetz richtet.

**Zu Artikel 2 Nummer 16** (§ 31)

**Zu Buchstabe a** (Absatz 2)

**Zu Doppelbuchstabe aa**

Änderung im Interesse einer konsistenten Terminologie.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Änderung im Interesse einer konsistenten Terminologie.

**Zu Doppelbuchstabe cc**

Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

**Zu Buchstabe b** (Absatz 5)

**Zu Doppelbuchstabe aa**

Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Änderung im Interesse einer konsistenten Terminologie.

**Zu Doppelbuchstabe cc**

Klarstellung, dass die Hin- und Rückfahrt als eine Fahrt zu betrachten ist.

**Zu Artikel 2 Nummer 17** (§ 33)

Anpassung an § 2 Absatz 1a Satz 1 SGB V.

**Zu Artikel 2 Nummer 18** (§ 34)

**Zu Buchstabe a** (Absatz 1)

**Zu Doppelbuchstabe aa**

Das Abstellen auf einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 SGB V soll verhindern, dass Anschlussheil- und Suchtbehandlungen in Einrichtungen mit Hotelcharakter durchgeführt werden und für diese Aufwendungen höhere Ausgaben als beihilfefähig anerkannt werden als für die eigentliche Krankenhausbehandlung.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Konkretisierung des bisherigen Satzes 3. Auf Grund des medizinischen Fortschritts werden immer mehr ambulante Operationen und Behandlungen durchgeführt, die einer Anschlussheilbehandlung bedürfen.

**Zu Buchstabe b** (Absatz 2)
Das Abstellen auf einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 SGB V soll verhindern, dass Anschlussheil- und Suchtbehandlungen in Einrichtungen mit Hotelcharakter durchgeführt werden und für diese Aufwendungen höhere Ausgaben als beihilfefähig anerkannt werden als für die eigentliche Krankenhausbehandlung.

**Zu Buchstabe c** (Absatz 3)
**Zu Doppelbuchstabe aa**
Klarstellung und Änderung im Interesse einer konsistenten Terminologie.

**Zu Doppelbuchstabe bb**
Änderung im Interesse einer konsistenten Terminologie.

**Zu Buchstabe d** (Absatz 4)
**Zu Doppelbuchstabe aa**
Redaktionelle Anpassung.

**Zu Doppelbuchstabe bb**
Redaktionelle Anpassung.

**Zu Buchstabe e** (Absatz 5)
Aufwendungen von privaten Rehabilitationseinrichtungen, die keinen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 SGB V haben, sollen analog in Höhe der Aufwendungen für private Krankenhäuser, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, als beihilfefähig anerkannt werden.

Durch die Änderungen nach den Buchstaben a und e wird zudem sichergestellt, dass eine notwendige weitere Krankenhausbehandlung im Krankenhaus nicht fortgeführt und in einer Rehabilitationseinrichtung ohne Höchstsätze nach § 26a weitergeführt wird.

**Zu Artikel 2 Nummer 19** (§ 35)
**Zu Buchstabe a** (Absatz 1)
**Zu Doppelbuchstabe aa**
Klarstellung.

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Klarstellung.

**Zu Buchstabe b** (Absatz 2)

Redaktionelle Korrekturen und Anpassungen.

**Zu Artikel 2 Nummer 20** (§ 36)

**Zu Buchstabe a** (Absatz 1)

Redaktionelle Anpassung (Folgeänderung zur Änderung des § 35).

**Zu Buchstabe b** (Absatz 3)

**Zu Doppelbuchstabe aa**

Redaktionelle Anpassung (Folgeänderung zur Änderung des § 35).

**Zu Doppelbuchstabe bb**

Redaktionelle Anpassung (Folgeänderung zur Änderung des § 35).

**Zu Artikel 2 Nummer 21** (§ 41 Absatz 3)

Redaktionelle Bereinigung. Die Zentren werden von der Deutschen Krebshilfe benannt und nicht zugelassen im Sinne eines Zulassungsverfahrens.

**Zu Artikel 2 Nummer 22** (§ 42 Absatz 1)

Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

**Zu Artikel 2 Nummer 23** (§ 43 Absatz 2)

**Zu Buchstabe a**

Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

**Zu Buchstabe b**

Folgeänderung zu Buchstabe a.

**Zu Artikel 2 Nummer 24** (§ 44 Absatz 1)

Folgeänderung zur Ablösung des Melderechtsrahmengesetzes durch das am 1. November 2015 in Kraft getretene Bundesmeldegesetz.

**Zu Artikel 2 Nummer 25** (§ 45)
Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

§ 45 Absatz 1
Entspricht dem bisherigen § 45 Absatz 1 Nummer 1 und 2.

§ 45 Absatz 2
Entspricht dem bisherigen § 45 Absatz 1 Nummer 3.

**Zu Artikel 2 Nummer 26** (§§ 45a und 45b)
Die Aufteilung des § 45 in drei Paragraphen dient der besseren Lesbarkeit.

§ 45a Absatz 1 Satz 1 entspricht dem bisherigen § 45 Absatz 2.
§ 45a Absatz 1 Satz 3 der Vorschrift regelt, dass das Bundesministerium des Innern die nach § 11 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes vereinbarten Pauschalen lediglich bekannt gibt. Die Regelung dient der Verwaltungsvereinfachung und Anwenderfreundlichkeit.
§ 45a Absatz 2 entspricht dem bisherigen § 45 Absatz 3.
§ 45a Absatz 3 entspricht dem bisherigen § 45 Absatz 4.
§ 45b entspricht dem bisherigen § 45 Absatz 5 Satz 1 und 2.

**Zu Artikel 2 Nummer 27** (§ 47)
**Zu Buchstabe a** (Absatz 2)
**Zu Doppelbuchstabe aa**
Klarstellung, dass der Bemessungssatz nur für krankheitsbedingte Aufwendungen erhöht werden soll.

**Zu Doppelbuchstabe bb**
Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

**Zu Buchstabe b** (Absatz 3)
Änderung im Interesse einer konsistenten Terminologie.

**Zu Buchstabe c** (Absatz 5)

Redaktionelle Änderung. Der Bezug auf die Vorschrift ist ausreichend.

**Zu Artikel 2 Nummer 28** (§ 48 Absatz 1)

**Zu Buchstabe a**

Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

**Zu Buchstabe b**

Folgeänderung zu Buchstabe a.

**Zu Artikel 2 Nummer 29** (§ 49 Absatz 1)

Redaktionelle Anpassung (Folgeänderung zur Änderung des § 35).

**Zu Artikel 2 Nummer 30** (§ 51)

**Zu Buchstabe a**

Redaktionelle Anpassung.

**Zu Buchstabe b**

Hier wurde eine Forderung des Bundesrechnungshofes umgesetzt. Entlassungsanzeige und Wahlleistungsvereinbarung sind wichtige Nachweise zur Prüfung der Krankenhausabrechnung. Ohne diese Nachweise ist eine exakte Überprüfung nicht möglich.

**Zu Artikel 2 Nummer 31** (§ 54)

Festlegung der Antragsfrist für die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften nach § 45a Absatz 2 Satz 2 oder der Entgeltfortzahlung nach § 45a Absatz 2 Satz 3.

**Zu Artikel 2 Nummer 32** (§ 55)

Im Hinblick auf § 85 des Landesbeamtengesetzes ist Absatz 1 Satz 2 sowie Absatz 2 entbehrlich.

**Zu Artikel 2 Nummer 33** (Anlage 1)

**Zu Buchstabe a**

Die Methode wird von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Es gibt keinen wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit. Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie verneinen eine evidenzbasierte Bewertung der antimikrobiellen Therapie zur Behandlung der Parodontitis.

**Zu Buchstabe b**

Folgeänderung zu Buchstabe a.

**Zu Artikel 2 Nummer 34** (Anlage 3)
**Zu Buchstabe a** (Abschnitt 3 Nummer 9)
**Zu Doppelbuchstabe aa**
Redaktionelle Änderung.

**Zu Doppelbuchstabe bb**
Änderung im Interesse einer konsistenten Terminologie.

**Zu Buchstabe b** (Abschnitt 5)
Mit der Aufnahme des Abschnitts 5 erfolgt die Angleichung der Regelung an das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie).

**Zu Artikel 2 Nummer 35** (Anlage 4)
Die Änderung dient der Anpassung der Liste beihilfefähiger Medizinprodukte an die Regelungen für gesetzlich krankenversicherte Personen.

**Zu Artikel 2 Nummer 36** (Anlage 5)
**Zu Buchstabe a** (Abschnitt 1)
**Zu den Doppelbuchstaben aa und bb**
Angleichung der Regelungen an das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Arzneimitteln, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen.

**Zu Buchstabe b** (Abschnitt 3)
**Zu den Doppelbuchstaben aa und bb**
Angleichung der Regelungen an das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Arzneimitteln, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen.

**Zu Buchstabe c** (Abschnitt 6)
**Zu den Doppelbuchstaben aa und bb**
Angleichung der Regelungen an das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Arzneimitteln, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen.

**Zu Artikel 2 Nummer 37** (Anlage 6)
**Zu Buchstabe a**
Redaktionelle Anpassung an das Recht der GKV.

**Zu Buchstabe b**

Folgeänderung zu Buchstabe a.

**Zu Buchstabe c**

Redaktionelle Anpassung an das Recht der GKV.

**Zu Buchstabe d**

Redaktionelle Anpassung an das Recht der GKV.

**Zu Buchstabe e**

Redaktionelle Anpassung an das Recht der GKV.

**Zu Buchstabe f**

Folgeänderung zu Buchstabe e.

**Zu Buchstabe g**

Redaktionelle Anpassung an das Recht der GKV.

**Zu Buchstabe h**

Redaktionelle Anpassung an das Recht der GKV.

**Zu Buchstabe i**

Folgeänderung zu Buchstabe h.

**Zu Buchstabe j**

Redaktionelle Änderung.

**Zu Buchstabe k**

Redaktionelle Anpassung an das Recht der GKV.

**Zu Buchstabe l**

Redaktionelle Anpassung an das Recht der GKV.

**Zu Buchstabe m**

Redaktionelle Anpassung an das Recht der GKV.

**Zu Buchstabe n**

Redaktionelle Anpassung an das Recht der GKV.

**Zu Artikel 2 Nummer 38** (Anlage 7)
Weitgehend wirkungsgleiche Übertragung von Regelungen der GKV in die Beihilfe. Dabei werden auch die Leistungsbeschreibungen der einzelnen Behandlungen an den Heilmittelkatalog der GKV angepasst.

In den letzten 25 Jahren hat es keine Anpassung der beihilferechtlichen Erstattungsbeträge für Heilmittel gegeben. Betriebswirtschaftliche Kalkulationen der Leistungserbringer belegen allerdings deutliche Kostenzuwächse. Eine bedarfsgerechte Versorgung der beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen seitens der Leistungserbringer kann nicht mehr angemessen sichergestellt werden. Daher ist auch aus Fürsorgegründen eine Anhebung der beihilfefähigen Höchstbeträge unvermeidbar.

Der Bund hat daher für seine beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen mit Wirkung ab 1. Januar 2019 eine Erhöhung der beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel um Rund 30 Prozent vorgenommen. Mit der Dritten Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung werden die beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel des Bundes wirkungsgleich in das Berliner Beihilferecht übertragen.

**Zu Artikel 2 Nummer 39** (Anlage 8)
Neustrukturierung und Anpassung der Anlage 8 an die Bezeichnungen der Leistungserbringer-innen und Leistungserbringer im GKV-Bereich sowie Aufnahme von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Bereich Ernährungstherapie auf Grund der Leistungserweiterung in Anlage 7.

**Zu Artikel 2 Nummer 40** (Anlage 9)
**Zu Buchstabe a** (Abschnitt 1)
**Zu Doppelbuchstabe aa**
Redaktionelle Anpassung an das Recht der GKV.

**Zu Doppelbuchstabe bb**
Folgeänderung zu Doppelbuchstabe aa.

**Zu Doppelbuchstabe cc**
Das Cochlea-Implantat unterliegt nicht dem Höchstbetrag nach Nummer 8.8. Hier werden die gesamten Aufwendungen einschließlich der OP als beihilfefähig anerkannt.

**Zu Doppelbuchstabe dd**
Folgeänderung zu Doppelbuchstabe cc.

**Zu Doppelbuchstabe ee**

Die Streichung ist erforderlich, da das Cochlea-Implantat nicht dem Höchstbetrag unterliegt.

**Zu Doppelbuchstabe ff**

Aufnahme der Aufwendungen für Rauchwarnmelder von Gehörlosen auf Grund des BSG-Urteils vom 18. Juni 2014 – B KR 8/13R –. Hochgradig Schwerhörige werden mit einbezogen, da die Entscheidungsgründe ebenso auf diesen Personenkreis zutreffen.

**Zu Doppelbuchstabe gg**

Folgeänderung zu Doppelbuchstabe ff.

**Zu Buchstabe b** (Abschnitt 4)

Änderung im Interesse einer konsistenten Terminologie.

**Zu Artikel 2 Nummer 41** (Anlage 10)

**Zu Buchstabe a**

Farberkennungsgeräte werden im GKV-Bereich für hochgradig Sehbehinderte und Blinde als Hilfsmittel anerkannt, daher ist ein genereller Ausschluss nicht mehr gerechtfertigt. Durch die Rücknahme des Ausschlusses besteht nunmehr die Möglichkeit von Einzelfallentscheidungen.

**Zu Buchstabe b**

Folgeänderung zu Buchstabe a.

**Zu Buchstabe c**

Umweltkontrollgeräte gehören zur Untergruppe der Adaptionshilfen. Diese werden im GKV-Bereich als Hilfsmittel anerkannt, daher ist ein genereller Ausschluss nicht mehr gerechtfertigt. Der Begriff der Adaptionshilfen wird in die Verordnung aufgenommen. Redaktionelle Anpassung an das Recht der GKV.

**Zu Buchstabe d**

Folgeänderung zu Buchstabe c.

**Zu Artikel 2 Nummer 42** (Anlage 12)

**Zu Buchstabe a** (Nummer 2)

Anpassung der Beträge auf Grund der Anschlussvereinbarung zur Vereinbarung vom 24. August 2006 zwischen dem Klinikum der Universität zu Köln und dem PKV-Verband.

**Zu Buchstabe b** (Nummer 4)
Redaktionelle Anpassung der Bezeichnung des Instituts auf Grund der Mitteilung des Instituts für Humangenetik vom 28. Januar 2016.

**Zu Artikel 2 Nummer 43** (Anlage 13)
Die Änderung dient der Rechtssicherheit. Erläuterungen, die bisher nur Teil der Verwaltungsvorschrift waren, werden nunmehr als Regelungen in die Verordnung aufgenommen, um das Verfahren rechtssicher zu gestalten.

**Zu Artikel 3** (Inkrafttreten)
Artikel 3 regelt das Inkrafttreten der Verordnung. Satz 2 1. Halbsatz dient der wirkungsgleichen Übernahme der Regelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II). Weiterhin werden mit dieser Verordnung die beihilfefähigen Höchstbeträge für Heilmittel des Bundes wirkungsgleich zum 1. Januar 2019 in das Berliner Beihilferecht übertragen (Artikel 2 Nummer 38 und 39).

c) Beteiligungen:

Der Entwurf der Dritten Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung (LBhVO) wurde den Spitzenorganisationen der zuständigen Gewerkschaften und Berufsverbände nach § 83 LBG bzw. § 7 Berliner Richtergesetz, dem Hauptpersonalrat, dem Hauptrichter- und Staatsanwaltsrat und der Hauptschwerbehindertenvertretung zur Stellungnahme zugeleitet. Stellungnahmen haben der dbb – beamtenbund und tarifunion – berlin, der Deutsche Richterbund – Landesverband Berlin – und der Hauptpersonalrat abgegeben.

Der dbb regt in seiner Stellungnahme u. a. an, die Regelung zu den Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung im Hinblick auf die Schaffung eines attraktiven Beihilferechts neu zu überdenken.

Gemäß Artikel V des Haushaltsstrukturgesetzes 1998 (HStrG 98) vom 19. Dezember 1997 (GVBl. S. 686) wurden durch eine Änderung des § 44 des Landesbeamtengesetzes (LBG) die sog. Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung (Chefarztbehandlung, Zweibettzimmerzuschlag) im Leistungskatalog des Berliner Beihilferechts gestrichen (Anm.: jetzt in § 76 Absatz 4 LBG geregelt). Nur für einen besonderen Personenkreis wurde seinerzeit in Bezug auf den Wegfall der sog. Wahlleistungen in Artikel XVI HStrG 98 eine Übergangsregelung getroffen, die nunmehr seit dem Inkrafttreten des Dienstrechtsänderungsgesetzes (DRÄndG) vom 19. März 2009 (GVBl. S. 70) in § 108 LBG abgebildet ist. Danach bleiben für am 1. April 1998 vorhandene

1. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger,
2. Schwerbehinderte und

3. Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben,

Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung nach den bis zum 31. März 1998 geltenden Beihilfevorschriften beihilfefähig. Für beihilfeberechtigte Angehörige gilt Satz 1 entsprechend.

Nach § 26 Absatz 2 LBhVO sind daher für den in § 108 LBG genannten Personenkreis ergänzend zu § 26 Absatz 1 LBhVO die Aufwendungen für Wahlleistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden, beihilfefähig in Form

a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung,
b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und
c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Leistungen nach § 22.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass nur noch für den in § 108 LBG genannten Personenkreis Aufwendungen für sog. Wahlleistungen beihilferechtlich anerkannt werden. Für die Mehrzahl der Beihilfeberechtigten des Landes Berlin besteht beihilferechtlich hier ein Leistungsanspruch nicht mehr.

In diesem Zusammenhang muss auch auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts beachtet werden. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluss vom 7. November 2002 – 2 BvR 1053/98 – entschieden, dass § 44 Satz 1 des Berliner Landesbeamtengesetzes (Anmerkung: jetzt § 76 Absatz 4 LBG) in der Fassung des Haushaltsstrukturgesetzes 1998 mit dem Grundgesetz und dem sonstigen Bundesrecht vereinbar ist. In der Entscheidung lautet der Leitsatz wie folgt:

> „Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn als hergebrachter Grundsatz des Berufsbeamtentums (Art. 33 Abs. 5 GG) gebietet nicht, einem Beamten Wahlleistungen in der Krankenhausversorgung zu gewährleisten."

Vor diesem Hintergrund ist eine Änderung dieser beihilferechtlichen Regelungen des Landes Berlin nicht beabsichtigt.

Da sich der Senat mit dem Erlass der LBhVO entschieden hat, die beihilferechtlichen Regelungen des Bundes mit wenigen Abweichungen inhaltsgleich in das Landesbeihilferecht zu übertragen, konnte seitens der Verwaltung vier weiteren Änderungsvorschlägen des Deutschen Richterbundes

– Landesverband Berlin – und des Hauptpersonalrats nicht gefolgt werden. Die Gründe hierfür wurden dem Deutschen Richterbund – Landesverband Berlin – und dem Hauptpersonalrat schriftlich dargelegt.

Diese Vorlage hat dem Rat der Bürgermeister zur Stellungnahme vorgelegen (§ 14 AZG). Er hat sich mit dem Inhalt einverstanden erklärt.

B. Rechtsgrundlage:

§ 76 Absatz 5 Satz 1 des Landesbeamtengesetzes vom 19. März 2009 (GVBl. S. 70), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 2. November 2018 (GVBl. S. 620) geändert worden ist.

C. Kostenauswirkungen auf Privathaushalte und/oder Wirtschaftsunternehmen

Die Änderungsverordnung hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf Privathaushalte und Wirtschaftsunternehmen.

D. Gesamtkosten:

Den geringfügigen Mehrausgaben für die Beihilfefähigkeit zusätzlicher Medizinprodukte stehen Einsparungen durch den Fortfall der Ersatzmedikation für diese Medizinprodukte und durch die Schärfung der Anspruchsvoraussetzungen bei Rehabilitationsmaßnahmen zur Verhinderung so genannter Kur-Urlaube in geschätzt gleichem Umfang gegenüber.

Die finanziellen Auswirkungen des PSG II für das Beihilferecht des Landes Berlin folgen den gesetzlichen Vorgaben. Die den Beihilfeträgern durch die Umsetzung entstehenden Ausgaben sind bereits im PSG II erfasst (siehe Bundestagsdrucksache 18/5926). Demgemäß entstehen für das Land Berlin Mehrausgaben in Höhe von ungefähr 7,1 Mio. Euro pro Jahr, die in den einzelnen Haushaltstiteln zu erwirtschaften sind.

Weiterhin führt die erstmalige Anpassung nach 25 Jahren der beihilferechtlichen Erstattungsbeträge für Heilmittel zu weiteren Mehrausgaben für das Land Berlin in Höhe von ungefähr 7,1 Mio. Euro pro Jahr, die ebenfalls in den einzelnen Haushaltstiteln zu erwirtschaften sind.

E. Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg:

Es sind keine Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit dem Land Brandenburg zu erwarten.

F. Auswirkungen auf den Haushaltsplan und die Finanzplanung:

a) Auswirkungen auf Einnahmen und Ausgaben:

Siehe Ausführungen zu D.

b) Personalwirtschaftliche Auswirkungen:

Keine.

Berlin, den 05.02.2019

Der Senat von Berlin

| | |
|---|---|
| Michae Müller | Dr. Matthias Kollatz |
| Regierender Bürgermeister | Senator für Finanzen |

Anlage zur Vorlage
an das Abgeordnetenhaus

I. Gegenüberstellung der Verordnungstexte

## Landesbeihilfeverordnung

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| **Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Landesbeihilfeverordnung – LBhVO) vom 8. September 2009 (GVBl. S. 436), die zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 19. Dezember 2017 (GVBl. S. 695) geändert worden ist** | **Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Landesbeihilfeverordnung – LBhVO) vom 8. September 2009 (GVBl. S. 436), die zuletzt durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Landesbeihilfeverordnung vom geändert worden ist** |
| | **Artikel 1** |
| **Inhaltsübersicht** | **Inhaltsübersicht** |
| **Kapitel 2**<br>**Aufwendungen in Krankheitsfällen**<br>**Abschnitt 2**<br>**Sonstige Aufwendungen** | **Kapitel 2**<br>**Aufwendungen in Krankheitsfällen**<br>**Abschnitt 2**<br>**Sonstige Aufwendungen** |
| § 27 Häusliche Krankenpflege | § 27 Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit |
| **Kapitel 3**<br>**Aufwendungen in Pflegefällen** | **Kapitel 3**<br>**Aufwendungen in Pflegefällen** |
| § 38 Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege | § 38 Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen |
| | § 38a Häusliche Pflege |
| | § 38b Kombinationsleistungen |
| | § 38c Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson |
| | § 38d Teilstationäre Pflege |
| | § 38e Kurzzeitpflege |
| | § 38f Ambulant betreute Wohngruppen |
| | § 38g Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes |
| | § 38h Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson |
| § 39 Vollstationäre Pflege | § 39 Vollstationäre Pflege |
| | § 39a Einrichtungen der Behindertenhilfe |
| | § 39b Aufwendungen bei Pflegegrad 1 |
| **§ 27** | **§ 27** |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| **Häusliche Krankenpflege** | **Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit** |
| (1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, soweit sie angemessen und nach ärztlicher ~~Verordnung medizinisch~~ erforderlich sind und die ~~häusliche Kranken~~pflege<br>1. nicht länger als vier Wochen ~~an~~dauert,<br>2. weder von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person noch von einer anderen im Haushalt lebenden Person durchgeführt werden kann und<br>3. im eigenen Haushalt oder an einem anderen ge-eigneten Ort erbracht wird.<br>~~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.~~ | (1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für häusliche Krankenpflege, soweit sie angemessen und nach ärztlicher Bescheinigung erforderlich sind und die Pflege<br>1. nicht länger als vier Wochen dauert,<br>2. weder von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person noch von einer anderen im Haushalt lebenden Person durchgeführt werden kann und<br>3. im eigenen Haushalt oder an einem anderen geeigneten Ort erbracht wird.<br>Angemessen im Sinne des Satzes 1 sind Aufwendungen bis zur Höhe des tariflichen oder ortsüblichen Entgelts einer Pflegekraft der öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger, die für die häusliche Krankenpflege in Betracht kommen. Bis zu dieser Höhe beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft, die die Ärztin oder der Arzt für geeignet erklärt. |
| (2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 umfasst<br>1. Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung,<br>2. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen und<br>3. ambulante psychiatrische Krankenpflege. | (2) Häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 Satz 1 umfasst<br>1. Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung,<br>2. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen,<br>3. ambulante psychiatrische Krankenpflege und<br>4. ambulante Palliativversorgung.<br>Aufwendungen für die hauswirtschaftliche Versorgung sind beihilfefähig auch an geeigneten Orten für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit keine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt. |
| | (3) In Ausnahmefällen können die Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum anerkannt werden, wenn eine ärztliche Bescheinigung darüber vorgelegt wird, dass häusliche Krankenpflege über einen längeren Zeitraum notwendig ist. Die ambulante Palliativversorgung nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 ist regelmäßig als Ausnahmefall zu werten. Ist eine Behandlungspflege erforderlich, um sicherzustellen, dass das Ziel der ärztlichen Behandlung erreicht wird, ist Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nicht anzuwenden. |
| (3) Wird häusliche Krankenpflege im Sinne der Absätze 1 ~~und~~ 2 durch die Ehegattin, den Ehegatten, die ~~eingetragene~~ Lebenspartnerin, den ~~eingetragenen~~ Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder der gepflegten Person durchgeführt, sind nur beihilfefähig<br>1. Aufwendungen für Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person und<br>2. eine an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausgefallenen Arbeitseinkünfte. | (4) Wird häusliche Krankenpflege im Sinne der Absätze 1, 2 und 3 durch die Ehegattin, den Ehegatten, die Lebenspartnerin, den Lebenspartner, die Eltern oder die Kinder der gepflegten Person durchgeführt, sind nur beihilfefähig:<br>1. Aufwendungen für Fahrtkosten der die häusliche Krankenpflege durchführenden Person und<br>2. eine an die die häusliche Krankenpflege durch-führende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe der infolge der häuslichen Krankenpflege ausge-fallenen Arbeitseinkünfte. |
| | (5) Ist häusliche Krankenpflege nach Absatz 1 |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| | 1. bei schwerer Krankheit oder<br>2. wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichend und liegt keine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch vor, sind Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in zuge-lassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege ärztlich bescheinigt worden ist. |
| **§ 37**<br>**Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen** | **§ 37**<br>**Pflegeberatung, Anspruch auf Beihilfe für Pflegeleistungen** |
| (1) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn<br>1. beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen Leistungen der Pflegeversicherung<br>a) beziehen oder<br>b) beantragt haben und erkennbar Hilfe- und Be-ratungsbedarf besteht und<br>2. die für das Beihilferecht zuständige Senatsverwaltung einer entsprechenden Vereinbarung des Bundes und den Trägern der Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beigetreten ist. | (1) unverändert |
| (2) Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen~~, wenn sie~~<br>~~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<br>~~2. die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, nach Maßgabe des § 38 Absatz 8 und 9.~~ | (2) Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen nach Maßgabe der §§ 38 bis 38g und der §§ 39 bis 39b, ~~wenn sie~~ pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind. |
| **§ 38**<br>**Häusliche Pflege, Tagespflege und Nachtpflege** | **§ 38**<br>**Anspruchsberechtigte bei Pflegeleistungen** |
| (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. | Aufwendungen für Pflegeleistungen sind nur beihilfefähig bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen<br>1. der Pflegegrade 2 bis 5 nach Maßgabe der §§ 38a bis 39a und<br>2. des Pflegegrades 1 nach § 39b. |
| | **§ 38a**<br>**Häusliche Pflege** |
| (2) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 kann auch eine Pauschalbeihilfe gewährt werden, soweit die häusliche | (1) Aufwendungen für häusliche Pflege entsprechend § 36 Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Form von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung sind in Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Sätze beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte erbracht wird, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| 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 Kriegsopferfürsorge nach § 26c des Bundesversorgungsgesetzes berühren die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 44 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie die in § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit und das Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung einschließlich der damit verbundenen Leistungen zur sozialen Sicherung sind beihilfefähig. | jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat. Satz 1 ist nicht anwendbar, wenn Aufwendungen wegen desselben Sachverhalts für eine häusliche Krankenpflege nach § 27 beihilfefähig sind. § 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.<br><br>(2) Aufwendungen für Leistungen<br>1. zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende oder<br>2. zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags<br>sind entsprechend den §§ 45a und 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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. | (3) Anstelle der Beihilfe nach Absatz 1 wird eine Pauschalbeihilfe gewährt, sofern die häusliche Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 2 genannten Pflegekräfte erfolgt. Die Höhe der Pauschalbeihilfe richtet sich dabei nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf Pauschalbeihilfen anzurechnen. Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, erhalten die Pauschalbeihilfe zur Hälfte. |
| (4) 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 vier 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. | (4) Besteht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. Pauschalbeihilfe wird fortgewährt<br>1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und<br>2. während einer Kurzzeitpflege nach § 38e für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr.<br>Die Höhe der fortgewährten Pauschalbeihilfe beträgt die Hälfte der vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pauschalbeihilfe. Verstirbt die oder der Pflegebedürftige, wird die Pauschalbeihilfe bis zum Ende des Kalendermonats gewährt, in dem der Tod eingetreten ist. |
| (5) 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 entsprechend § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. | (5) Pauschalbeihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht. Ein Anspruch auf Pflegepauschalen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach § 26c des Bundesversorgungsgesetzes berührt die Gewährung von Pauschalbeihilfe nicht. |
| (6) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind 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 | (6) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, sofern für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. |
| | **§ 38b** |

**Alte Fassung**

Nachtpflege und zurück. § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Aufwendungen für Leistungen der teilstationären Tages- und Nachtpflege sind neben den Aufwendungen nach den Absätzen 1 bis 3 beihilfefähig.

(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 Satz 1 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. Für Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, sind zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bis zu einem Betrag von 104 Euro monatlich beihilfefähig.

(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.

**Neue Fassung**

**Kombinationsleistungen**

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

(2) Die anteilige Pauschalbeihilfe wird fortgewährt
1. während einer Verhinderungspflege nach § 38c für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und
2. während einer Kurzzeitpflege nach § 38e für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr.

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

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

**§ 38c**
**Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson**

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

**§ 38d**
**Teilstationäre Pflege**

(1) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind entsprechend § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn
1. häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder
2. die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

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

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

**§ 38e**
**Kurzzeitpflege**

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

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| | **§ 38f**<br>**Ambulant betreute Wohngruppen** |
| | Entstehen Aufwendungen nach § 38a Absatz 1, 2 oder 3 oder nach § 38b in ambulant betreuten Wohngruppen und sind auch die Voraussetzungen nach § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, wird eine weitere Beihilfe entsprechend § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum jeweiligen Bemessungssatz gewährt. Daneben sind Aufwendungen im Rahmen der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen entsprechend § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. |
| | **§ 38g**<br>**Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes** |
| | Beihilfefähig sind Aufwendungen für<br>1. Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1 bis 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und<br>2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.<br>Die Aufwendungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn auch ein Anspruch auf anteilige Zuschüsse für die jeweiligen Leistungen gegen die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. Bei privater Pflegeversicherung ist derjenige Betrag dem Grunde nach beihilfefähig, der für die Berechnung der anteiligen Versicherungsleistungen zugrunde gelegt worden ist. |
| | **§ 38h**<br>**Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson** |
| | (1) Auf Antrag der Pflegeperson sind beihilfefähig<br>1. Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44a Absatz 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und<br>2. Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.<br><br>(2) Die Festsetzungsstelle führt an die jeweiligen Leistungsträger Leistungen ab für die<br>1. Pflegeperson im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur sozialen Sicherung nach § 44 Absatz 1, 2 und 2b des Elften Buches Sozialgesetzbuch und<br>2. Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld nach § 26 Absatz 2 Nummer 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit den §§ 345 und 347 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.<br><br>(3) Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden in der Höhe gewährt, die dem Bemessungssatz der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person entspricht. |
| **§ 39**<br>**Vollstationäre Pflege** | **§ 39**<br>**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 | (1) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| 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:<br>1. pflegebedingte Aufwendungen,<br>2. Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, soweit hierzu nicht nach § 27 Beihilfe gewährt wird, und<br>~~3. Aufwendungen für soziale Betreuung~~.<br>§ 43 Absatz 2~~, 3~~ und ~~5~~ des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. | 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:<br>1. pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und<br>2. Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, sofern hierzu nicht nach § 27 Beihilfe gewährt wird.<br>§ 43 Absatz 2 und 4 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 sich für Bundesbeamtinnen und Bundesbeamte ergebenden folgenden monatlichen Beträge verbleibt:<br>1. ~~acht~~ Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede beihilfeberechtigte und jede berücksichtigungsfähige Person sowie für 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,<br>2. 30 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für eine beihilfeberechtigte Person sowie für 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,<br>3. ~~drei~~ 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<br>4. ~~drei~~ Prozent des Grundgehalts der letzten Besoldungsgruppe für die beihilfeberechtigte Person.<br>Satz 1 gilt bei anderen Abrechnungszeiträumen entsprechend. Satz 1 gilt nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Hat eine beihilfeberechtigte oder eine berücksichtigungsfähige Person Anspruch auf Zuschuss zu den Unterkunfts-, Investitions- und Verpflegungskosten nach landesrechtlichen Vorschriften, sind die Aufwendungen nach Satz 1 in Höhe des tatsächlich gezahlten Zuschusses zu mindern. | (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 sich für Bundesbeamtinnen und Bundesbeamte ergebenden folgenden monatlichen Beträge verbleibt:<br>1. 8 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede beihilfeberechtigte und jede berücksichtigungsfähige Person sowie für jede Ehegattin oder jeden Ehegatten oder für jede Lebenspartnerin oder jeden Lebenspartner, für die oder den ein Anspruch nach Absatz 1 oder nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,<br>2. 30 Prozent des Grundgehalts der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für eine beihilfeberechtigte Person sowie für eine Ehegattin oder einen Ehegatten oder für eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner, für die oder den kein Anspruch nach Absatz 1 oder nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht,<br>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<br>4. 3 Prozent des Grundgehalts der letzten Besoldungsgruppe für die beihilfeberechtigte Person.<br>Satz 1 gilt bei anderen Abrechnungszeiträumen entsprechend. Hat eine beihilfeberechtigte oder eine berücksichtigungsfähige Person Anspruch auf Zuschuss zu den Unterkunfts-, Investitions- und Verpflegungskosten nach landesrechtlichen Vorschriften, sind die Aufwendungen nach Satz 1 in Höhe des tatsächlich gezahlten Zuschusses zu mindern. |
| (3) ~~Als~~ Einnahmen im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 gelten die folgenden im Kalenderjahr vor der Antragstellung erzielten Einkünfte:<br>1. die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleibenden Bruttobezüge nach § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 und Absatz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin und der Altersteilzeitzuschlag; ~~ausgenommen ist~~ der kinderbezogene Familienzuschlag,<br>2. die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleibenden Bruttobezüge nach § 2 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes mit Ausnahme des Unterschiedsbetrags | (3) Einnahmen im Sinne des Absatzes 2 Satz 1 sind die folgenden im Kalenderjahr vor Antragstellung erzielten Einkünfte:<br>1. die Bruttobezüge nach § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 1 Absatz 2 Nummer 1 und 3 und Absatz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleiben, und der Altersteilzeitzuschlag; unberücksichtigt bleibt der kinderbezogene Familienzuschlag,<br>2. die Bruttobezüge nach § 2 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes, die nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| nach § 50 Absatz 1 Satz 2 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes, soweit der beihilfeberechtigten Person nicht nach § 57 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes geringere Versorgungsbezüge zustehen; der Unfallausgleich nach § 35 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes und die Unfallentschädigung nach § 43 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes bleiben unberücksichtigt, | verbleiben; unberücksichtigt bleiben der Unterschiedsbetrag nach § 50 Absatz 1 Satz 2 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes, sofern der beihilfeberechtigten Person nicht nach § 57 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes geringere Versorgungsbezüge zustehen, sowie der Unfallausgleich nach § 35 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes und die Unfallentschädigung nach § 43 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes, |
| 3. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person, der Ehegattin, 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, dabei bleiben Leistungen der Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch unberücksichtigt sowie | 3. der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person, der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; maßgeblich ist der Betrag, der sich vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses ergibt, dabei bleiben Leistungen der Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch unberücksichtigt, sowie |
| 4. der unter § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes fallende Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin, des Ehegatten, der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners, ausgenommen der der Besteuerung unterliegende Anteil einer gesetzlichen Rente. | 4. der unter § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes fallende Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; unberücksichtigt bleibt der Anteil einer gesetzlichen Rente, der der Besteuerung unterliegt. |
| Die Einnahmen sind jährlich nachzuweisen. Macht die beihilfeberechtigte Person glaubhaft, dass die Einnahmen im Jahr der Antragstellung voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zugrunde zu legen. | Die Einnahmen sind jährlich nachzuweisen. Macht die beihilfeberechtigte Person glaubhaft, dass die Einnahmen im Jahr der Antragstellung voraussichtlich wesentlich geringer sind als im Kalenderjahr davor, sind die aktuellen Einnahmen zugrunde zu legen. Hat die beihilfeberechtigte Person keine Einnahmen nach Satz 1 aus dem Kalenderjahr vor Antragstellung, werden die voraussichtlichen Einnahmen für das laufende Jahr zugrunde gelegt. |
| (4) Beihilfefähig sind ~~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.~~ | (4) Beihilfefähig sind Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung entsprechend § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht. |
| (5) Beihilfefähig sind Aufwendungen 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. | (5) Beihilfefähig sind Aufwendungen entsprechend § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, wenn |
| | 1. die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder |
| | 2. festgestellt wurde, dass die zuvor pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist. |
| (6) Aufwendungen für Vergütungszuschläge nach § 87b des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig. | (6) Absatz 2 gilt nicht für Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. |
| | **§ 39a**<br>**Einrichtungen der Behindertenhilfe** |
| | Beihilfefähig sind entsprechend § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| | schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen. |
| | **§ 39b**<br>**Aufwendungen bei Pflegegrad 1** |
| | Für pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen des Pflegegrades 1 sind Aufwendungen beihilfefähig für:<br>1. Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 38a Absatz 6,<br>2. zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38f, ohne dass Aufwendungen nach § 38 Absatz 1, 2 oder 3 oder nach § 38b entstanden sein müssen,<br>3. Pflegehilfsmittel sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 38g,<br>4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 39 Absatz 4,<br>5. vollstationäre Pflege nach § 39 Absatz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich,<br>6. den Entlastungsbetrag nach § 38a Absatz 2 in Verbindung mit § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch,<br>7. Rückstufung nach § 39 Absatz 5.<br>Daneben beteiligt sich das Land Berlin an den Kosten der Pflegeberatung nach § 37 Absatz 1 und an den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 38h Absatz 1 und Absatz 2 Nummer 2. |
| **§ 47**<br>**Abweichender Bemessungssatz** | **§ 47**<br>**Abweichender Bemessungssatz** |
| (1) Die Festsetzungsstelle kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes den Bemessungssatz für Aufwendungen anlässlich einer Dienstbeschädigung angemessen erhöhen, soweit nicht bereits Ansprüche nach dem Landesbeamtenversorgungsgesetz bestehen. | (1) unverändert |
| (2) Den Bemessungssatz von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und berücksichtigungsfähigen Personen mit geringen Gesamteinkünften kann die Festsetzungsstelle für höchstens drei Jahre um höchstens 10 Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent ihrer oder seiner Gesamteinkünfte übersteigt. Die geringen Gesamteinkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Ein zu zahlender Versorgungsausgleich der Versorgungsempfängerin oder des Versorgungsempfängers mindert die anzurechnenden Gesamteinkünfte nicht. Bei einer erneuten Antragstellung ist von den fiktiven Beiträgen zur Krankenversicherung auszugehen, die sich unter Zugrundelegung eines Bemessungssatzes nach § 76 Absatz 3 des Landesbeamtengesetzes ergeben würden. | (2) unverändert |
| (3) Die Festsetzungsstelle kann den Bemessungssatz in weiteren besonderen Ausnahmefällen im Einvernehmen mit der für das Beihilferecht zuständigen Senats- | (3) unverändert |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| verwaltung angemessen erhöhen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes 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. | (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. Satz 1 ist nicht anzuwenden auf Aufwendungen nach den §§ 37 bis 39b. |
| (5) Der Bemessungssatz erhöht sich für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, in den Fällen nach § 31 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. | (5) unverändert |
| (6) In Fällen des § 39 Absatz 2 und des § 44 erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent. | (6) unverändert |
| (7) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, erhöht sich der Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den §§ 38 ~~und~~ 39 auf 100 Prozent, wenn ein~~e~~ Pflege~~stufe~~ vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. | (7) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, erhöht sich der Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den §§ 38 bis 39b auf 100 Prozent, wenn ein Pflegegrad vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. |
| **§ 48**<br>**Begrenzung der Beihilfe** | **§ 48**<br>**Begrenzung der Beihilfe** |
| (1) Die Beihilfe darf zusammen mit den Leistungen, die aus demselben Anlass aus einer Krankenversicherung, aus einer Pflegeversicherung, auf Grund anderer Rechtsvorschriften oder auf Grund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen gewährt werden, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerenten- und Pflegerentenzusatzversicherungen bleiben unberücksichtigt, soweit sie nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen. Ebenfalls unberücksichtigt bleibt das Sterbegeld nach § 18 Absatz 2 Nummer 2 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes. Aufwendungen nach den §§ 35 bis 39 werden getrennt abgerechnet. | (1) Die Beihilfe darf zusammen mit den Leistungen, die aus demselben Anlass aus einer Krankenversicherung, aus einer Pflegeversicherung, auf Grund anderer Rechtsvorschriften oder auf Grund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen gewährt werden, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerenten- und Pflegerentenzusatzversicherungen bleiben unberücksichtigt, soweit sie nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen. Ebenfalls unberücksichtigt bleibt das Sterbegeld nach § 18 Absatz 2 Nummer 2 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes. Aufwendungen nach den §§ 35 bis 39b werden getrennt abgerechnet. |
| (2) Die beihilfeberechtigte Person hat nachzuweisen:<br>1. den Umfang des bestehenden Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes und<br>2. die gewährten Leistungen. | (2) unverändert |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| Satz 1 Nummer 2 gilt nicht für Erstattungen aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung nach einem Prozentsatz. | |
| **§ 58<br>Übergangsvorschriften** | **§ 58<br>Übergangsvorschriften** |
| (1) Auf Aufwendungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung entstanden sind, findet Artikel XIII § 5 des Dienstrechtsänderungsgesetzes vom 19. März 2009 (GVBl. S. 70) Anwendung. | (1) unverändert |
| (2) Auf Ehegattinnen, Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen und eingetragene Lebenspartner findet § 58 Absatz 2 der Bundesbeihilfeverordnung weiterhin Anwendung. | (2) unverändert |
| (3) Kinder, die mindestens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres berücksichtigungsfähig sind und im Wintersemester 2006/2007 an einer Hochschule oder Fachhochschule eingeschrieben waren, gelten bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres zuzüglich der geleisteten Zeiten des gesetzlichen Grundwehrdienstes oder Zivildienstes als berücksichtigungsfähige Personen. Die Übergangsregelung hat keine Auswirkung auf den Bemessungssatz der beihilfeberechtigten Person. | (3) unverändert |
| (4) § 46 Absatz 2 ist erstmals ab 1. Januar 2011 anzuwenden. Bis dahin findet § 58 Absatz 4 Satz 2 der Bundesbeihilfeverordnung weiterhin Anwendung. | (4) unverändert |
| (5) Für am 21. Januar 2017 vorhandene freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist § 47 Absatz 6 in der bis zum 20. Januar 2017 geltenden Fassung in Verbindung mit § 9 Absatz 1 Satz 1 bis zum 21. Januar 2022 weiter anzuwenden. Anschließend gilt § 6 Absatz 5 entsprechend für die Erhöhung des Bemessungssatzes. | (5) unverändert |
| | (6) § 141 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. |
| | **Artikel 2** |
| **Inhaltsübersicht** | **Inhaltsübersicht** |
| **Kapitel 2<br>Aufwendungen in Krankheitsfällen<br>Abschnitt 1<br>Ambulante Leistungen** | **Kapitel 2<br>Aufwendungen in Krankheitsfällen<br>Abschnitt 1<br>Ambulante Leistungen** |
| § 15 Implantologische~~, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische~~ Leistungen | § 15 Implantologische Leistungen |
| | § 15a Kieferorthopädische Leistungen |
| | § 15b Funktionsanalytische und funktionstherapeu-tische Leistungen |
| **Abschnitt 2<br>Sonstige Aufwendungen** | **Abschnitt 2<br>Sonstige Aufwendungen** |
| § 26 Krankenhausleistungen | § 26 Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern |
| | § 26a Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| **Kapitel 4**<br>**Aufwendungen in anderen Fällen** | **Kapitel 4**<br>**Aufwendungen in anderen Fällen** |
| § 45 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe, Organspende und klinisches Krebsregister | § 45 Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe<br>§ 45a Organspende und andere Spenden<br>§ 45b Klinisches Krebsregister<br>Anlage 13 (zu § 35 Absatz 1 Nummer 4) Heilbäder- und Kurorteverzeichnis |
| **§ 2**<br>**Beihilfeberechtigte Personen** | **§ 2**<br>**Beihilfeberechtigte Personen** |
| (1) Soweit nicht die Absätze 2 bis 4 etwas anderes bestimmen, ist beihilfeberechtigt, wer im Zeitpunkt der Leistungserbringung<br>1. Beamtin oder Beamter,<br>2. Versorgungsempfängerin oder Versorgungs-empfänger oder<br>3. frühere Beamtin oder früherer Beamter<br>ist. | (1) unverändert |
| (2) Die Beihilfeberechtigung setzt ferner voraus, dass der beihilfeberechtigten Person Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebührnisse, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeiträge nach Abschnitt II oder Abschnitt V, nach § 22 Absatz 1 oder nach § 26 Absatz 1 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes 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. | (2) Die Beihilfeberechtigung setzt ferner voraus, dass der beihilfeberechtigten Person Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebührnisse, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeiträge nach Abschnitt II oder Abschnitt V, nach § 22 Absatz 1 oder nach § 26 Absatz 1 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes zustehen. Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge wegen Elternzeit oder der Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden.<br>Ruhens- und Anrechnungsvorschriften im Sinne von Satz 2 sind insbesondere § 22 Absatz 1 Satz 2, die §§ 53 bis 56, § 61 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes, § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 9a des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin sowie § 10 Absatz 4 und 6 des Postpersonalrechtsgesetzes. Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach der Sonderurlaubsverordnung unberührt, wenn dieser nicht länger als einen Monat dauert. |
| (3) Nicht beihilfeberechtigt sind<br>1. Ehrenbeamtinnen und Ehrenbeamte,<br>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 § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 40 Absatz 6 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin beschäftigt sind,<br>3. Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen, und<br>4. Empfänger von Übergangsgeld nach § 47 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes, Empfänger von Unterhaltsbeitrag nach dem Landesbeamtenversorgungsgesetz auf Grund disziplinarrecht-licher Regelungen und Empfänger von Gnadenunterhaltsbeiträgen. | (3) unverändert |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| (4) Absatz 3 Nummer 3 gilt für Beihilfeberechtigte, denen Leistungen nach § 19 des Landesabgeordnetengesetzes zustehen, nur dann, wenn sie diese Leistungen in Anspruch nehmen. | (4) unverändert |
| **§ 5**<br>**Konkurrenzen** | **§ 5**<br>**Konkurrenzen** |
| (1) Die Beihilfeberechtigung aus einem Dienstverhältnis schließt<br>1. eine Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs sowie<br>2. die Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4<br>aus. | (1) unverändert |
| (2) Die Beihilfeberechtigung auf Grund eines Versorgungsbezugs schließt die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsansprüche sowie als berücksichtigungsfähige Person aus. Satz 1 gilt nicht, wenn der frühere Versorgungsanspruch aus einem eigenen Dienstverhältnis folgt. | (2) unverändert |
| (3) Die Beihilfeberechtigung aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach Regelungen, die dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbar sind, geht<br>1. der Beihilfeberechtigung aufgrund eines Versorgungsanspruchs und<br>2. der Berücksichtigungsfähigkeit nach § 4<br>vor. Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar. | (3) unverändert |
| (4) Ein Kind wird bei der beihilfeberechtigten Person berücksichtigt, die 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 § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin oder der Auslandskinderzuschlag nach § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin oder vergleichbare Leistungen auf anderer Rechtsgrundlage. | (4) Absatz 3 ist nicht anzuwenden bei privat krankenversicherten Versorgungs-empfängerinnen und Versorgungsempfängern, die<br>1. eine Teilzeitbeschäftigung als Tarifbeschäftigte im öffentlichen Dienst ausüben und<br>2. auf Grund ihres dienstrechtlichen Status weder einen Beitragszuschuss nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erhalten noch nach § 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versicherungspflichtig sind.<br><br>(5) Ein Kind wird bei der beihilfeberechtigten Person berücksichtigt, die 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 § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 40 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin oder der Auslandskinderzuschlag nach § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin oder vergleichbare Leistungen auf anderer Rechtsgrundlage. |
| **§ 6**<br>**Beihilfefähigkeit von Aufwendungen** | **§ 6**<br>**Beihilfefähigkeit von Aufwendungen** |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| (1) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und der Höhe nach angemessene Aufwendungen. Andere Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfe-fähig, soweit diese Verordnung die Beihilfefähigkeit vorsieht. | (1) unverändert |
| (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. | (2) unverändert |
| (3) 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 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. 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. Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind angemessen, wenn sie die Höchstbeträge nach Anlage 2 nicht übersteigen. | (3) 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 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. Angemessen sind auch Leistungen, die auf Grund von Vereinbarungen <u>oder Verträgen zwischen</u> Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern und gesetzlichen Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, Unternehmen der privaten Krankenversicherung <u>oder Beihilfeträgern</u> erbracht worden sind, wenn dadurch Kosten eingespart werden. Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern sind angemessen, wenn sie die Höchstbeträge nach Anlage 2 nicht übersteigen. |
| (4) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, gelten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland die ortsüblichen Gebühren als wirtschaftlich angemessen. Gelten Höchstbeträge nach Anlage 9, kann in entsprechender Anwendung des § 1b Absatz 1 Nummer 1 des Landesbesoldungsgesetzes in Verbindung mit § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes in der Überleitungsfassung für Berlin der für den Dienstort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzutreten. | (4) unverändert |
| (5) Sofern im Einzelfall die Ablehnung der Beihilfe eine besondere Härte darstellen würde, kann die Festsetzungsstelle mit Zustimmung der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung eine Beihilfe zur Milderung der Härte gewähren. Die Entscheidung ist besonders zu begründen und zu dokumentieren. | (5) unverändert |
| **§ 9**<br>**Anrechnung von Erstattungen und Sachleistungen** | **§ 9**<br>**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 Personen, die<br>1. dem gemeinsamen Krankenfürsorgesystem der Europäischen Gemeinschaft oder | (1) unverändert |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| 2. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis angehören. Unterhaltsansprüche von beihilfeberechtigten Personen gelten nicht als Ansprüche auf Kostenerstattung. | |
| (2) Von Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen ist der höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen. | (2) Von Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen ist der abstrakt höchstmögliche Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen. |
| (3) Sind Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche gegenüber Dritten nicht geltend gemacht worden, sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe anzusetzen. Andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, sind in Höhe von 50 Prozent der entstandenen Aufwendungen als zustehende Erstattungs- oder Sachleistungen anzusetzen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für<br>1. Erstattungen und Sachleistungen nach § 10 Absatz 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen,<br>2. berücksichtigungsfähige Kinder, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden und<br>3. Erstattungen und Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis. | (3) unverändert |
| (4) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, kann von der Anrechnung eines Leistungsanteils nach Absatz 3 Sätze 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. | (4) unverändert |
| **§ 11**<br>**Aufwendungen im Ausland** | **§ 11**<br>**Aufwendungen im Ausland** |
| (1) Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedsstaat 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. | (1) unverändert |
| (2) Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten, die im Inland entstanden wären, beihilfefähig, wenn<br>1. sie bei einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,<br>2. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,<br>3. in der Nähe der deutschen Grenze wohnende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungs-fähige Personen bei akutem Behandlungsbedarf das | (2) Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten, die im Inland entstanden wären, beihilfefähig, wenn<br>1. sie bei einer Dienstreise entstanden sind und die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in das Inland hätte aufgeschoben werden können,<br>2. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 1 000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen,<br>3. in der Nähe der deutschen Grenze wohnende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungs-fähige Personen bei akutem Behandlungsbedarf das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten, |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten,<br>4. beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten oder<br>5. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist.<br>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. | 4. beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen mussten oder<br>5. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist.<br>Eine Anerkennung nach Satz 1 Nummer 5 kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn ein von der Festsetzungsstelle beauftragtes ärztliches Gutachten nachweist, dass die Behandlung außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten oder eine Behandlung innerhalb der Europäischen Union nicht möglich ist; in Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen. |
| (3) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthaltes außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Gastland oder im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Dies gilt nicht in den Fällen des § 31 Absatz 5. | (3) unverändert |
| **§ 15**<br>**Implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen** | **§ 15**<br>**Implantologische Leistungen** |
| (1) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte sind beihilfefähig bei<br>1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in<br>a) Tumoroperationen,<br>b) Entzündungen des Kiefers,<br>c) Operationen infolge großer Zysten, ~~zum Beispiel großer follikulärer Zysten oder Keratozysten,~~<br>d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,<br>e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-~~,~~ Kiefer-~~,~~ Gaumenspalten, ektodermale Dyplasien oder<br>f) Unfällen,<br>2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,<br>3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,<br>4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich ~~(zum Beispiel Spastiken)~~ oder<br>5. implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer.<br>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 | (1) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K der Anlage <u>1</u> zur Gebührenordnung für Zahnärzte <u>und alle damit in Zusammenhang stehenden weiteren Aufwendungen nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte und der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte</u> sind beihilfefähig bei<br>1. größeren Kiefer- oder Gesichtsdefekten, die ihre Ursache haben in<br>a) Tumoroperationen,<br>b) Entzündungen des Kiefers,<br>c) Operationen infolge großer Zysten,<br>d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,<br>e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers, Lippen-Kiefer-Gaumen-<u>S</u>palten, ektodermale<u>n</u> Dysplasien oder<br>f) Unfällen,<br>2. dauerhaft bestehender extremer Xerostomie, insbesondere bei einer Tumorbehandlung,<br>3. generalisierter genetischer Nichtanlage von Zähnen,<br>4. nicht willentlich beeinflussbaren muskulären Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich oder<br>5. implantatbasiertem Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer.<br>Im Fall des Satzes 1 Nummer 5 sind die Aufwendungen für höchstens vier Implantate je Kiefer, einschließlich bereits vorhandener Implantate, zu denen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, beihilfefähig. <u>Maßgebend für die Voraussetzung eines zahnlosen Ober- oder Unterkiefers ist der Zeitpunkt der Fixierung der Prothese. Zahnlos im Sinne der Verordnung ist ein Kiefer ohne Zähne und Zahnfragmente.</u> |

**Alte Fassung**

§§ 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 beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Person 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 kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels sind nur beihilfefähig bei

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

**Neue Fassung**

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

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

**§ 15a**
**Kieferorthopädische Leistungen**

(1) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

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

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

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

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

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

(4) Ist eine Weiterbehandlung über den Regelfall eines vierjährigen Zeitraums hinaus medizinisch notwendig, muss der Festsetzungsstelle vor Ablauf der laufenden Behandlung ein neuer Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Pro Jahr der Weiterbehandlung werden 25 Prozent der Aufwendungen für die kieferorthopädischen Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte als beihilfefähig anerkannt. Aufwendungen für eine Behandlung, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde, sind auch bei einer medizinisch notwendigen

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| Die Frühbehandlung nach Satz 1 Nummer 4 soll innerhalb von sechs Kalenderquartalen abgeschlossen und nicht vor dem vierten Lebensjahr begonnen werden; eine reguläre kieferorthopädische Behandlung kann sich anschließen, wenn die zweite Phase des Zahnwechsels vorliegt. Aufwendungen für den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte sind neben den Aufwendungen für eine Behandlung nach Satz 1 Nummer 4 und 5 gesondert beihilfefähig. | Weiterbehandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres beihilfefähig. |
| (4) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen:<br>1. Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen,<br>2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,<br>3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte,<br>4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kiefer-chirurgischer Operationen oder<br>5. umfangreiche Gebiss-Sanierungen.<br>Eine Gebisssanierung ist umfangreich, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichgestellt werden, und die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise herstellbar ist. Die beihilfeberechtigte Person hat der Festsetzungsstelle eine Kopie der zahnärztlichen Dokumentation nach Nummer 8000 der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vorzulegen. | (5) Aufwendungen für Leistungen zur Retention sind bis zu zwei Jahre nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung beihilfefähig, die auf Grundlage des Heil- und Kostenplanes nach Absatz 1 Satz 2 von der Festsetzungsstelle genehmigt wurde.<br><br>(6) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen vor Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels sind nur beihilfefähig bei<br>1. Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Millimetern,<br>2. Beseitigung von Habits bei einem habituellen offenen oder seitlichen Biss bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,<br>3. Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigen Milchzahnverlustes,<br>4. Frühbehandlung<br>a) eines Distalbisses bei distal sagittaler Stufe mit einer Frontzahnstufe von mehr als 9 Milli-metern,<br>b) eines lateralen Kreuz- oder Zwangsbisses bei transversaler Abweichung mit einseitigem oder beidseitigem Kreuzbiss, der durch präventive Maßnahmen nicht zu korrigieren ist,<br>c) einer Bukkalokklusion, Nonokklusion oder Lingualokklusion permanenter Zähne bei transversaler Abweichung,<br>d) eines progenen Zwangsbisses oder frontalen Kreuzbisses bei mesial sagittaler Stufe,<br>e) bei Platzmangel zum Schaffen von Zahnlücken von mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern oder zum Vergrößern von Zahnlücken um mehr als 3 und höchstens 4 Millimetern,<br>5. früher Behandlung<br>a) einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder anderer kraniofazialer Anomalien,<br>b) eines skelettal offenen Bisses bei vertikaler Stufe von mehr als 4 Millimetern,<br>c) einer Progenie bei mesial sagittaler Stufe,<br>d) verletzungsbedingter Kieferfehlstellungen.<br>Die Frühbehandlung nach Satz 1 Nummer 4 soll nicht vor Vollendung des dritten Lebensjahres begonnen und innerhalb von sechs Kalenderquartalen abgeschlossen werden; eine reguläre kieferorthopädische Behandlung kann sich anschließen, wenn die zweite Phase des Zahnwechsels vorliegt. Aufwendungen für den Einsatz individuell gefertigter Behandlungsgeräte sind neben den Aufwendungen für eine Behandlung nach Satz 1 Nummer 4 oder Nummer 5 gesondert beihilfefähig.<br><br>**§ 15b**<br>**Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**<br><br>(1) Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn eine der folgenden Indikationen vorliegt:<br>1. Kiefer- und Muskelerkrankungen,<br>2. Zahnfleischerkrankungen im Rahmen einer systematischen Parodontalbehandlung,<br>3. Behandlungen mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nummern 7010 und 7020 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte, |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| | 4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen einschließlich kieferorthopädisch-kiefer-chirurgischer Operationen oder<br>5. umfangreiche Gebisssanierungen.<br>Eine Gebisssanierung ist umfangreich, wenn in einem Kiefer mindestens acht Seitenzähne mit Zahnersatz oder Inlays versorgt werden müssen, wobei fehlende Zähne sanierungsbedürftigen gleichstehen, und wenn die richtige Schlussbissstellung nicht mehr auf andere Weise herstellbar ist.<br><br>(2) Die beihilfeberechtigte Person hat der Festsetzungsstelle eine Kopie der zahnärztlichen Dokumentation nach Nummer 8000 der Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte vorzulegen. |
| **§ 18a**<br>**Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungs-formen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie** | **§ 18a**<br>**Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungs-formen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie** |
| (1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie sind beihilfefähig bei<br>1. affektiven Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen und Dysthymie,<br>2. Angststörungen und Zwangsstörungen,<br>3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen,<br>4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,<br>5. Essstörungen,<br>6. nichtorganischen Schlafstörungen,<br>7. sexuellen Funktionsstörungen,<br>8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. | (1) unverändert |
| (2) Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie beihilfefähig bei<br>1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen,<br>a) durch psychotrope Substanzen; im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder voraussichtlich innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,<br>b) durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,<br>2. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,<br>3. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,<br>4. schizophrenen und affektiven psychotischen Störungen.<br>Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einer Ärztin, einem Arzt, einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach den Abschnitten 2 bis 4 der Anlage 3 erbracht werden. Eine Sitzung der Psychotherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und von mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung. | (2) unverändert |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| (3) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn<br>1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen nach Absatz 1 dienen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist,<br>2. nach einer biographischen Analyse oder einer Verhaltensanalyse und nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens acht probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist und<br>3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zu Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.<br>Aufwendungen für Maßnahmen nach Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung später als nicht notwendig erwiesen hat. | (3) unverändert |
| (4) Das Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 ist bei einer Gutachterin oder einem Gutachter einzuholen, die oder der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung in der jeweils geltenden auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de) veröffentlichten Fassung bestellt worden ist. Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, kann das Gutachten beim Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes oder bei einer oder einem vom Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes beauftragten Ärztin oder Arzt eingeholt werden. | (4) unverändert |
| (5) Haben Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, am Dienstort keinen persönlichen Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen, sind die Aufwendungen für die folgenden Leistungen auch dann beihilfefähig, wenn die Leistungen telekommunikationsgestützt erbracht werden:<br>1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte oder<br>2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.<br>Bei telekommunikationsgestützter Therapie sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Wird von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder von einer analytischen Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie zu einer telekommunikationsgestützten Therapie gewechselt, sind die Aufwendungen für die telekommunikationsgestützte Therapie beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit nach Einholung eines Gutachtens zur Notwendigkeit des Wechsels anerkannt hat. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind. | (5) Haben Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, am Dienstort keinen persönlichen Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen, sind die Aufwendungen für die folgenden Leistungen auch dann beihilfefähig, wenn die Leistungen telekommunikationsgestützt erbracht werden:<br>1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte oder<br>2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.<br>Bei telekommunikationsgestützter Therapie sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Aufwendungen für Telekommunikationsdienstleistungen sind nicht beihilfe-fähig. Wird von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder von einer analytischen Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie zu einer telekommunikationsgestützten Therapie gewechselt, sind die Aufwendungen für die telekommunikationsgestützte Therapie beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit nach Einholung eines Gutachtens zur Notwendigkeit des Wechsels anerkannt hat. Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind. |

**Alte Fassung**

(6) Aufwendungen für eine Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung sind nur bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie beihilfefähig.

**§ 19**
**Psychoanalytisch begründete Verfahren**

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

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

| | **Einzelbehandlung** | **Gruppenbehandlung** |
|---|---|---|
| im Regelfall | 50 Sitzungen | 40 Sitzungen |
| in ~~besonderen~~ Fällen | 30 weitere Sitzungen | 20 weitere Sitzungen |
| wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist | höchstens 20 weitere Sitzungen | höchstens 20 weitere Sitzungen |

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

| | **Einzelbehandlung** | **Gruppenbehandlung** |
|---|---|---|
| im Regelfall | 80 Sitzungen | 40 Sitzungen |
| bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin / des Therapeuten | 80 weitere Sitzungen | 40 weitere Sitzungen |
| in ~~besonderen~~ Fällen | nochmals 80 weitere Sitzungen | nochmals 40 weitere Sitzungen |
| wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist | höchstens 60 weitere Sitzungen | höchstens 30 weitere Sitzungen |

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

| | **Einzelbehandlung** | **Gruppenbehandlung** |
|---|---|---|
| im Regelfall | 90 Sitzungen | 40 Sitzungen |

**Neue Fassung**

(6) unverändert

**§ 19**
**Psychoanalytisch begründete Verfahren**

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

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

| | **Einzelbehandlung** | **Gruppenbehandlung** |
|---|---|---|
| im Regelfall | 50 Sitzungen | 40 Sitzungen |
| in Ausnahmefällen | 30 weitere Sitzungen | 20 weitere Sitzungen |
| wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist | höchstens 20 weitere Sitzungen | höchstens 20 weitere Sitzungen |

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

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

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

| | **Einzelbehandlung** | **Gruppenbehandlung** |
|---|---|---|
| im Regelfall | 90 Sitzungen | 40 Sitzungen |

**Alte Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/des Therapeuten | 50 weitere Sitzungen | 20 weitere Sitzungen |
| in ~~besonderen~~ Fällen | höchstens 40 weitere Sitzungen | höchstens 30 weitere Sitzungen |

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

| | **Einzelbehandlung** | **Gruppenbehandlung** |
|---|---|---|
| im Regelfall | 70 Sitzungen | 40 Sitzungen |
| bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/des Therapeuten | 50 weitere Sitzungen | 20 weitere Sitzungen |
| in ~~besonderen~~ Fällen | höchstens 30 weitere Sitzungen | höchstens 30 weitere Sitzungen |

In ~~besonderen~~ Fällen kann die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Behandlung auch für eine über die in Satz 1 Nummer 3 und 4 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkennen, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.

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

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

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

**§ 20**
**Verhaltenstherapie**

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

| | **Einzelbehandlung** | **Gruppenbehandlung** |
|---|---|---|
| Regelfall | 45 Sitzungen | 45 Sitzungen |

**Neue Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/des Therapeuten | 50 weitere Sitzungen | 20 weitere Sitzungen |
| in Ausnahmefällen | höchstens 40 weitere Sitzungen | höchstens 30 weitere Sitzungen |

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

| | **Einzelbehandlung** | **Gruppenbehandlung** |
|---|---|---|
| im Regelfall | 70 Sitzungen | 40 Sitzungen |
| bei erneuter eingehender Begründung der Therapeutin/des Therapeuten | 50 weitere Sitzungen | 20 weitere Sitzungen |
| in Ausnahmefällen | höchstens 30 weitere Sitzungen | höchstens 30 weitere Sitzungen |

In Ausnahmefällen kann die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Behandlung auch für eine über die in Satz 1 Nummer 3 und 4 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkennen, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.

(2) unverändert

(3) unverändert

(4) unverändert

**§ 20**
**Verhaltenstherapie**

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

| | **Einzelbehandlung** | **Gruppenbehandlung** |
|---|---|---|
| im Regelfall | 45 Sitzungen | 45 Sitzungen |

| Alte Fassung | | |
|---|---|---|
| wenn das Behandlungsziel nicht innerhalb von 45 Sitzungen erreicht worden ist | 15 weitere Sitzungen | 15 weitere Sitzungen |
| in ~~besonderen~~ Fällen | 20 weitere Sitzungen | 20 weitere Sitzungen |

| Neue Fassung | | |
|---|---|---|
| wenn das Behandlungsziel nicht innerhalb von 45 Sitzungen erreicht worden ist | 15 weitere Sitzungen | 15 weitere Sitzungen |
| in Ausnahmefällen | 20 weitere Sitzungen | 20 weitere Sitzungen |

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

(2) § 19 Absatz 2 gilt entsprechend.

(2) unverändert

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

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

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

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

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

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

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

(4) unverändert

**§ 21**
**Psychosomatische Grundversorgung**

**§ 21**
**Psychosomatische Grundversorgung**

(1) Die psychosomatische Grundversorgung im Sinne dieser Verordnung umfasst

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

(1) unverändert

(2) Je Krankheitsfall sind beihilfefähig Aufwendungen für

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

(2) unverändert

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 sind nicht beihilfefähig, wenn sie zusammen mit Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nummer 2 und 3 in derselben Sitzung entstanden sind. Neben den Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 sind Aufwendungen für somatische ärztliche Untersuchungen und Behandlungen von Krankheiten und deren Auswirkungen beihilfefähig. | |
| (3) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind beihilfefähig. | (3) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind <u>bis zu der Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen ist,</u> beihilfefähig. |
| **§ 22**<br>**Arznei- und Verbandmittel** | **§ 22**<br>**Arznei- und Verbandmittel** |
| (1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich oder zahnärztlich nach Art und Umfang schriftlich verordnete oder während einer Behandlung verbrauchte<br>1. Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes, die apothekenpflichtig sind,<br>2. Verbandmittel,<br>3. Harn- und Bluttestreifen sowie<br>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. | (1) unverändert |
| (2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für<br>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<br>a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt oder<br>b) die anderen zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,<br>2. Arzneimittel zur Behandlung von<br>a) Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt,<br>b) Mund- und Rachenerkrankungen, ausgenommen bei<br>aa) Pilzinfektionen,<br>bb) Geschwüren in der Mundhöhle oder<br>cc) nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,<br>c) Verstopfung, ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitus, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase oder<br>d) Reisekrankheiten, ausgenommen bei der Anwendung gegen Erbrechen bei Tumortherapie | (2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für<br>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<br>a) es keine anderen zur Behandlung dieser Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt oder<br>b) die anderen zugelassenen Arzneimittel im Einzelfall unverträglich sind oder sich als nicht wirksam erwiesen haben,<br>2. Arzneimittel zur Behandlung von<br>a) Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich um geringfügige Gesundheitsstörungen handelt,<br>b) Mund- und Rachenerkrankungen, ausgenommen bei<br>aa) Pilzinfektionen,<br>bb) Geschwüren in der Mundhöhle oder<br>cc) nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,<br>c) Verstopfung, ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitus, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase oder<br>d) Reisekrankheiten, ausgenommen bei der Anwendung gegen Erbrechen bei Tumortherapie |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| und anderen Erkrankungen, zum Beispiel Menièrescher Symptomkomplex, soweit die Arzneimittel nicht für Minderjährige bestimmt sind, | und anderen Erkrankungen, zum Beispiel Ménièrescher Symptomkomplex, soweit die Arzneimittel nicht für Minderjährige bestimmt sind, |
| 3. 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. 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, |
| | 4. gesondert ausgewiesene Versandkosten. |
| (3) Aufwendungen für Arzneimittel, die nach Anlage 6 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. | (3) unverändert |
| (4) Aufwendungen für ärztlich verordnete Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind zur enteralen Ernährung bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit, sich auf natürliche Weise ausreichend zu ernähren, beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der natürlichen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. Aufwendungen für Elementardiäten sind beihilfefähig für Personen, die das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, mit Kuhmilcheiweiß-Allergie; dies gilt ferner bei Neurodermitis für einen Zeitraum von einem halben Jahr, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden. Im Übrigen sind Aufwendungen für Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Krankenkost und diätetische Lebensmittel nicht beihilfefähig. | (4) unverändert |
| (5) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, Teststreifen und Medizinprodukte, die eine Heilpraktikerin oder ein Heilpraktiker während einer Behandlung verbraucht hat. | (5) unverändert |
| **§ 24**<br>**Komplextherapie und integrierte Versorgung** | **§ 24**<br>**Komplextherapie und integrierte Versorgung** |
| (1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 6 Absatz 3 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 8 angehören müssen. | (1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, sind abweichend von § 6 Absatz 3 Satz 1 und 2 und § 23 Absatz 1 in angemessener Höhe beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Komplextherapie von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht wird, dem auch Ärztinnen, Ärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen nach Anlage 8 angehören müssen. |
| (2) Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht ~~nach Absatz 1~~ beihilfefähig. | (2) Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren, die zu einer solchen Behandlung nach § 119 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ermächtigt wurden, sind beihilfefähig bis zu der Höhe der Vergütung, die die Einrichtung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Kran- |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| | kenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern in einer Vereinbarung getroffen hat. Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht beihilfefähig. |
| (3) Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind in der Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, wenn dazu Verträge zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen. | (3) Aufwendungen für Leistungen, die als integrierte Versorgung erbracht und pauschal berechnet werden, sind in der Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, wenn dazu Verträge zwischen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern und den Unternehmen der privaten Krankenversicherung abgeschlossen wurden oder Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen. |
| **§ 26**<br>**Krankenhausleistungen** | **§ 26**<br>**Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern** |
| ~~(1)~~ Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen ~~in Krankenhäusern~~, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden, für<br>1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,<br>2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung) ~~sowie~~<br>3. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes). | Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden, für<br>1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,<br>2. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung),<br>3. im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte (§ 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes),<br>4. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, sofern dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes), und<br>5. für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis ergänzend zu Nummer 1 bis 4 Wahlleistungen in Form<br>a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung,<br>b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und<br>c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Leistungen nach § 22. |
| ~~(2) F~~ür den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis ~~sind~~ ergänzend zu ~~Absatz 1~~ die Aufwendungen für Wahlleistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden, beihilfefähig in Form<br>a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung,<br>b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und<br>c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Leistungen nach § 22. | |
| (3) Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, aber nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind wie folgt beihilfefähig:<br>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; | **§ 26a**<br>**Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung**<br><br>(1) Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, aber nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind wie folgt beihilfefähig:<br>1. bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| ~~dabei~~ wird die obere Grenze des nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt, | können, die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 26 Nummer 2) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt; bei der Ermittlung des Betrages wird die obere Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, sowie die mittlere Verweildauer gemäß des Fallpauschalenkataloges, |
| 2. ~~in allen anderen Fällen~~ der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, so~~weit~~ der tägliche Gesamtbetrag folgende Beträge nicht übersteigt:<br>a) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 293,80 Euro,<br>b) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 225,60 Euro,<br>c) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 462,80 Euro,<br>d) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 345,80 Euro, | 2. bei Indikationen, die nicht mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, sofern der tägliche Gesamtbetrag folgende Beträge nicht übersteigt:<br>a) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 293,80 Euro,<br>b) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 225,60 Euro,<br>c) bei vollstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 462,80 Euro,<br>d) bei teilstationärer Untersuchung und Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, 345,80 Euro, |
| 3. für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis 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, | 3. für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft in einem Zweibettzimmer bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, abzüglich 14,50 Euro täglich, |
| 4. zur Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste. | 4. zur Notfallversorgung, wenn das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste, |
| | 5. die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes). |
| ~~Absatz 1 Nummer 3 und Absatz 2 Buchstabe a gelten 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. | (2) Für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis sind gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen, sofern die Abrechnung nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte erfolgt, neben den Aufwendungen nach Absatz 1 beihilfefähig. |
| (4) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, so~~weit~~ die Unterbringung derjenigen in einem Mehrbettzimmer im Inland nach ~~Absatz 1~~ Nummer 2 und für den in ~~Absatz 2~~ genannten Personenkreis die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach ~~Absatz 2~~ Buchstabe b entspricht~~, es sei denn~~, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig. Der in ~~Absatz 2~~ 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. | (3) Mit den Beträgen nach Absatz 1 sind Aufwendungen für Leistungen abgegolten, die<br>1. von Krankenhäusern zusätzlich in Rechnung gestellt werden und<br>2. Bestandteile der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung sind. |
| | (4) Vor der Aufnahme in ein Krankenhaus nach Absatz 1 kann bei der Festsetzungsstelle eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden. |
| | (5) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt sind oder die bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenhäusern unter |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| | Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, sofern die Unterbringung derjenigen in einem Mehrbettzimmer im Inland nach § 26 Nummer 2 und für den in § 26 Nummer 5 genannten Personenkreis die Unterbringung derjenigen in einem Zweibettzimmer im Inland nach § 26 Nummer 5 Buchstabe b entspricht. Der in § 26 Nummer 5 Buchstabe b genannte Abzugsbetrag ist zu berücksichtigen. Satz 1 gilt nicht, wenn aus medizinischen Gründen eine andere Unterbringung notwendig ist. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen, die für den Einsatz von Unternehmen entstehen, die bei der Abrechnung von im Ausland erbrachten stationären Leistungen tätig werden. |
| **§ 28**<br>**Familien- und Haushaltshilfe** | **§ 28**<br>**Familien- und Haushaltshilfe** |
| (1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind in Höhe von 2,5 Prozent der sich aus § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro, beihilfefähig, wenn<br>1. die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person den Haushalt wegen ihrer 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,<br>2. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und<br>3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.<br>In besonderen Ausnahmefällen kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes mit Zustimmung der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung von diesen Voraussetzungen abgewichen werden. | (1) Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind pro Stunde in Höhe von 0,32 Prozent der sich aus § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden monatlichen Bezugsgröße, aufgerundet auf volle Euro, beihilfefähig, wenn<br>1. die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person den Haushalt wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§ 24 Absatz 1 und 3, §§ 26, 26a und 32 Absatz 1, §§ 34 und 35 Absatz 1 Nummer 1 bis 5, §§ 39 und 40 Absatz 2) nicht weiterführen kann oder verstorben ist,<br>2. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und<br>3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.<br>In Ausnahmefällen kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes mit Zustimmung der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung 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.~~ | (2) Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe, deren Notwendigkeit ärztlich bescheinigt worden ist, sind in der in Absatz 1 bestimmten Höhe bis zu 28 Tagen beihilfefähig<br>1. bei schwerer Krankheit oder<br>2. bei akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt, unmittelbar nach einer ambulanten Operation oder unmittelbar nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Satz 1 gilt auch für Alleinstehende. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. |
| (3) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe berücksichtigungsfähige Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Personen in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. | (3) Nach dem Tod der haushaltführenden Person sind die Aufwendungen nach Absatz 1 für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate, beihilfefähig. § 27 Absatz 4 gilt entsprechend.<br><br>(4) Werden statt der Inanspruchnahme einer Familien- und Haushaltshilfe berücksichtigungsfähige Personen, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Personen in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| | (5) Aufwendungen für notwendige Fahrtkosten sind in Höhe der Reisekostenvergütung nach § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit den §§ 3, 4 und 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes beihilfe-fähig. |
| **§ 31**<br>**Fahrtkosten** | **§ 31**<br>**Fahrtkosten** |
| (1) Aufwendungen für Rettungsfahrten und –flüge sind beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist. | (1) unverändert |
| (2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten<br>1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen,<br>2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn<br>a) dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder<br>b) die Festsetzungsstelle zugestimmt hat,<br>3. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung in ~~besonderen~~ Ausnahmefällen nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle,<br>4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine – andernfalls medizinisch gebotene - stationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,<br>5. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,<br>6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist, und<br>7. der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten Kindes, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, in ~~begründeten~~ Ausnahmefällen. | (2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrten<br>1. im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen,<br>2. anlässlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn<br>a) dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder<br>b) die Festsetzungsstelle zugestimmt hat,<br>3. anlässlich einer ambulanten Krankenbehandlung in Ausnahmefällen nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle,<br>4. anlässlich einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine – andernfalls medizinisch gebotene - stationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,<br>5. anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,<br>6. zum Krankentransport, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist, und<br>7. der Eltern anlässlich des Besuchs ihres stationär untergebrachten Kindes, das das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, in Ausnahmefällen.<br>Die Zustimmung der Festsetzungsstelle nach Satz 1 Nummer 3 gilt als erteilt bei<br>1. beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen<br>a) mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen<br>aa) „aG“,<br>bb) „Bl“,<br>cc) „H“, oder<br>b) der Pflegegrade 3 bis 5 oder<br>2. notwendigen Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie. |
| (3) Nicht beihilfefähig sind<br>1. Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen sowie<br>2. Fahrtkosten einschließlich Flugkosten anlässlich von Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der Europäischen Union.<br>Kosten nach Satz 1 Nummer 2 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn zwingende medizinische Gründe im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes vorliegen. Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 2 im Einvernehmen mit der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung. | (3) unverändert |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| (4) Für die Erstattung von Fahrtkosten gilt auf Grund der Verweisung in § 77 des Landesbeamtengesetzes 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. | (4) unverändert |
| (5) Ist für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn<br>1. eine sofortige Behandlung geboten war oder<br>2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat; in ~~begründeten~~ Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen. | (5) Ist für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, in Krankheits- oder Geburtsfällen eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort einschließlich der Kosten für die Rückfahrt beihilfefähig, wenn<br>1. eine sofortige Behandlung geboten war oder<br>2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat; in Ausnahmefällen kann die Anerkennung nachträglich erfolgen.<br>Die Hin- und Rückfahrt gelten als eine Fahrt. |
| **§ 33**<br>**Lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten** | **§ 33**<br>**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 für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung. | Beihilfefähig sind Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohlichen Erkrankung, anlässlich einer im Regelfall tödlich verlaufenden Erkrankung oder anlässlich einer Erkrankung, die diesen beiden Arten von Erkrankungen wertungsmäßig vergleichbar ist, wenn<br>1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht und<br>2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.<br>Die Festsetzungsstelle entscheidet in Fällen des Satzes 1 im Einvernehmen mit der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung. |
| **§ 34**<br>**Anschlussheil- und Suchtbehandlungen** | **§ 34**<br>**Anschlussheil- und Suchtbehandlungen** |
| (1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilita-tionsmaßnahmen 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.~~ | (1) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als medizinische Rehabilita-tionsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung im Sinne des Satzes 1 liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. Satz 1 gilt auch für Anschlussheilbehandlungen, wenn diese nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie notwendig sind. |
| (2) Aufwendungen für ärztlich verordnete Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden, sind | (2) Aufwendungen für ärztlich verordnete Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen in Rehabilitationsein-richtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| beihilfefähig. Aufwendungen für die ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig. | Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Aufwendungen für die ambulante Nachsorge nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig. |
| (3) Die Beihilfefähigkeit nach den Absätzen 1 und 2 setzt voraus, dass die ärztliche Verordnung die Rehabilitationsmaßnahme jeweils nach Art, Dauer ~~und Inhalt~~ begründet. Die Einrichtung muss für die Durchführung der Anschlussheil- oder Suchtbehandlung geeignet sein. Maßnahmen nach Absatz 2 sind nur nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. In ~~begründeten~~ Ausnahmefällen kann die Zustimmung nachträglich erfolgen. | (3) Die Beihilfefähigkeit nach den Absätzen 1 und 2 setzt voraus, dass die ärztliche Verordnung die Rehabilitationsmaßnahme jeweils nach Art und Dauer begründet. Die Einrichtung muss für die Durchführung der Anschlussheil- oder Suchtbehandlung geeignet sein. Maßnahmen nach Absatz 2 sind nur nach Zustimmung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. In Ausnahmefällen kann die Zustimmung nachträglich erfolgen. |
| (4) § 26 ~~Absatz 1~~ Nummer ~~3~~, § 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. | (4) § 26 Nummer 5, § 31 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3, 6 und 7, § 35 Absatz 2 Satz 1 und 2 Nummer 1 bis 4 und 5 Buchstabe a und b gelten entsprechend ohne die zeitliche Begrenzung des Satzes 2 Nummer 5 Buchstabe a und b auf 21 Tage. |
| | (5) Werden unter den Voraussetzungen des Absatzes 3 Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 oder 2 in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, mit denen kein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht, sind Aufwendungen nur entsprechend den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25, 26a Absatz 1 Nummer 2 und 3, Absatz 2, § 31 Absatz 2 Nummer 6 und 7, § 35 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 bis 4 und 5 Buchstabe b ohne zeitliche Begrenzung beihilfefähig. |
| **§ 35<br>Rehabilitationsmaßnahmen** | **§ 35<br>Rehabilitationsmaßnahmen** |
| (1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für<br>1. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,<br>2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitations-maßnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,<br>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,<br>4. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für beihilfeberechtigte Personen nach § 2 Absatz 1 Nummer 1,<br>5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen und<br>6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Über-wachung. | (1) Beihilfefähig sind Aufwendungen für<br>1. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,<br>2. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitations-maßnahmen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht,<br>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,<br>4. ambulante Rehabilitationsmaßnahmen unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung für beihilfeberechtigte Personen nach § 2 Absatz 1 Nummer 1,<br>5. ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen und<br>6. ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung. |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| | Anerkanntes Heilbad oder anerkannter Kurort sind solche, die in Anlage 13 aufgeführt sind. Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort befinden. |
| (2) Für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25 und 26 ~~Absatz 2~~ beihilfefähig. Daneben sind bei Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 bis 4 beihilfefähig:<br>1. Fahrtkosten für die An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderungskosten<br>a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwen-dungen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten und<br>b) mit privaten Kraftfahrzeugen in entsprechender Anwendung des § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes,<br>insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,<br>2. Aufwendungen und nachgewiesener Verdienstausfall von Begleitpersonen, wenn die medizinische Notwendigkeit einer Begleitung ärztlich bescheinigt worden ist,<br>3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitpersonen,<br>4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,<br>5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung<br>a) bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise), es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,<br>b) für Begleitpersonen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) 70 Prozent des niedrigsten Satzes, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen der oder des Begleiteten dringend erforderlich,<br>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,<br>d) bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Nummer 4 in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) und<br>e) der Begleitpersonen bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Nummer 4 in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise).<br>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. | (2) Für Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 sind Aufwendungen nach den §§ 12, 13, 18, 22 bis 25 und 26 Nummer 5 beihilfefähig. Daneben sind bei Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 4 beihilfefähig:<br>1. Fahrtkosten für die An- und Abreise einschließlich Gepäckbeförderungskosten<br>a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten und<br>b) mit privaten Kraftfahrzeugen in entsprechender Anwendung des § 77 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 5 Absatz 1 des Bundesreisekostengesetzes,<br>insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme,<br>2. Aufwendungen und nachgewiesener Verdienstausfall von Begleitpersonen, wenn die medizinische Notwendigkeit einer Begleitung ärztlich bescheinigt worden ist,<br>3. Aufwendungen für Kurtaxe, auch für die Begleitpersonen,<br>4. Aufwendungen für einen ärztlichen Schlussbericht,<br>5. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung<br>a) bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich der pflegerischen Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise), es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,<br>b) für Begleitpersonen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) 70 Prozent des niedrigsten Satzes, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen der oder des Begleiteten dringend erforderlich,<br>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,<br>d) bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 16 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) und<br>e) der Begleitpersonen bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 in Höhe von 13 Euro täglich für höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise).<br>Bei Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 gilt Satz 2 Nummer 1 entsprechend. Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 sind bis zur Höhe von 6,20 Euro je Übungseinheit beihilfefähig. |
| **§ 36**<br>**Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen** | **§ 36**<br>**Voraussetzungen für Rehabilitationsmaßnahmen** |
| (1) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf ~~entsprechen-~~ | (1) Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2 und 4 sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle auf Antrag |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| ~~den~~ 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<br>1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,<br>2. eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit ~~zur Erreichung der~~ Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind und<br>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.<br>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. | 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<br>1. die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,<br>2. eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichen, <u>um die</u> Rehabilitationsziele <u>zu erreichen</u> und<br>3. bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 <u>Satz 1</u> Nummer 1 ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme nach § 35 Absatz 1 <u>Satz 1</u> Nummer 4 erzielt werden kann.<br>Für die Anerkennung von Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 <u>Satz 1</u> 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 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. | (2) unverändert |
| (3) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 35 Absatz 1 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 Heimaturlaubsreise 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 | (3) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind Aufwendungen für eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des § 35 Absatz 1 <u>Satz 1</u> 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 <u>Satz 1</u> Nummer 1 bis 4 in einem Staat der Europäischen Union durchgeführt, sind die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem Behandlungsort beihilfefähig, wenn die An- und Abreise nicht mit einer Heimaturlaubsreise oder einer anderen amtlich bezahlten Reise verbunden werden kann. Dies gilt auch, wenn eine Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der in § 9 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 |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat. | der Fahrtkosten vorher dem Grunde nach anerkannt hat. |
| **§ 41**<br>**Früherkennungsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen** | **§ 41**<br>**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 11 aufgeführten Früherkennungs-untersuchungen, Vorsorgemaßnahmen und Schutz-impfungen beihilfefähig. | (1) unverändert |
| (2) Aufwendungen für Leistungen zur zahnärztlichen Früherkennung und Vorsorge sind beihilfefähig für<br>1. Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,<br>2. Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) und<br>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. | (2) unverändert |
| (3) Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind nur beihilfefähig, wenn die Leistung durch von der Deutschen Krebshilfe ~~zugelassene~~ Zentren und nach Maßgabe der Anlage 12 erbracht werden. | (3) Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind nur beihilfefähig, wenn die Leistung durch von der Deutschen Krebshilfe benannte Zentren und nach Maßgabe der Anlage 12 erbracht werden. |
| (4) Die für das Beihilferecht zuständige Senatsverwaltung 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 § 45 des Beamtenstatusgesetzes notwendig ist. | (4) unverändert |
| (5) § 31 Absatz 5 gilt entsprechend. | (5) unverändert |
| **§ 42**<br>**Schwangerschaft und Geburt** | **§ 42**<br>**Schwangerschaft und Geburt** |
| (1) Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind neben den Leistungen nach Kapitel 2 beihilfefähig Aufwendungen für<br>1. die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung,<br>2. die Hebamme oder den Entbindungspfleger,<br>3. von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,<br>4. eine Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen. § 27 Absatz 3 gilt entsprechend. | (1) Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind neben den Leistungen nach Kapitel 2 beihilfefähig Aufwendungen für<br>1. die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung,<br>2. die Hebamme oder den Entbindungspfleger im Rahmen der jeweiligen landesrechtlichen Gebührenordnung,<br>3. von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,<br>4. eine Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen. § 27 Absatz 3 gilt entsprechend. |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| (2) Bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind in Geburtsfällen zusätzlich die vor Aufnahme in ein Krankenhaus am Entbindungsort entstehenden Kosten der Unterkunft beihilfefähig. § 32 Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt des Ehegatten, der eingetragenen Lebenspartnerin, der Eltern oder der Kinder der Schwangeren. | (2) unverändert |
| **§ 43**<br>**Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch** | **§ 43**<br>**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. | (1) unverändert |
| | (2) Aufwendungen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, insbesondere die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen, sind außer in den Fällen des Satzes 2 nicht beihilfefähig. Aufwendungen für eine Kryokonservierung sind beihilfefähig, wenn die Kryokonservierung unmittelbar durch eine Krankheit bedingt ist und die für das Beihilferecht zuständige Senatsverwaltung zugestimmt hat. |
| (~~2~~) Aufwendungen für eine durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommene Sterilisation sind beihilfefähig, wenn diese wegen einer Krankheit notwendig ist. | (3) 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 Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht beihilfefähig. | (4) Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchungen und ärztlich verordnete empfängnisregelnde Mittel sind beihilfefähig. Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind nur bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr beihilfefähig, es sei denn, sie sind nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig. Aufwendungen für allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung sind nicht beihilfefähig. |
| (~~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. | (5) Für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind Aufwendungen nach den §§ 12, 22, 26, 28, 29, 31 und 32 beihilfefähig. Daneben sind auch die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung der Schwangerschaft und die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs beihilfefähig. |
| **§ 44**<br>**Überführungskosten** | **§ 44**<br>**Überführungskosten** |
| (1) Ist eine beihilfeberechtigte Person während einer Dienstreise, Abordnung, Zuweisung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes ihrer Hauptwohnung nach ~~§ 12 Absatz 2 Satz 2 des Melderechtsrahmengesetzes~~ verstorben, so sind die Kosten der Überführung beihilfefähig. | (1) Ist eine beihilfeberechtigte Person während einer Dienstreise, Abordnung, Zuweisung oder vor einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes ihrer Hauptwohnung nach § 22 Absatz 1 des Bundesmeldegesetzes verstorben, so sind die Kosten der Überführung beihilfefähig. |
| (2) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, sind die Kosten der Überführung in das Inland bis zum Beisetzungsort beihilfefähig. Liegt | (2) unverändert |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| der Beisetzungsort nicht im Inland, so sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Überführungskosten, die für eine Überführung in das Inland entstanden wären, beihilfefähig. | |
| **§ 45**<br>**Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe~~, Organspende und klinisches Krebsregister~~** | **§ 45**<br>**Erste Hilfe, Entseuchung, Kommunikationshilfe** |
| (1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für<br>~~1.~~ Erste Hilfe,<br>~~2.~~ eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe und<br>~~3.~~ ~~notwendige~~ Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Untersuchung und Behandlung, bei Verabreichung von Heilmitteln, bei Versorgung mit Hilfsmitteln, Zahnersatzversorgung oder Pflegeleistungen, wenn in Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes bestünde.<br>~~Die Notwendigkeit für den Einsatz einer Kommunikationshilfe ist gegeben, wenn~~ im Einzelfall der Informationsfluss zwischen Leistungserbringerin oder Leistungserbringer und den beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen nur so gewährleistet werden kann. | (1) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Erste Hilfe und für eine behördlich angeordnete Entseuchung sowie für die dabei verbrauchten Stoffe.<br><br>(2) Aufwendungen für Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen sind bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Untersuchung und Behandlung, bei Verabreichung von Heilmitteln, bei Versorgung mit Hilfsmitteln, Zahnersatzversorgung oder Pflegeleistungen beihilfefähig, wenn<br>1. in Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes bestünde und<br>2. im Einzelfall der Informationsfluss zwischen Leistungserbringerin oder Leistungserbringer und den beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen nur so gewährleistet werden kann. |
| ~~(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen bei postmortalen Organspenden für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung, Organisation der Bereitstellung und den Transport des Organs zur Transplantation, soweit es sich bei den Organempfängern um beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen handelt.~~ | |
| ~~(3) Aufwendungen für eine Spenderin oder einen Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind entsprechend Kapitel 2 beihilfefähig, wenn die Empfängerin oder der Empfänger der Spende eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person ist. Beihilfefähig ist auch der nachgewiesene Ausfall von Arbeitseinkünften<br>1. der Spenderin oder des Spenders,<br>2. von Personen, die als Spenderin oder Spender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.<br>Dem Arbeitgeber der Spenderin oder des Spenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt entsprechend dem Bemessungssatz der Empfängerin oder des Empfängers erstattet.~~ | |
| ~~(4) Aufwendungen für die Registrierung von beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen für die Suche nach einer nicht verwandten Blutstammzellspenderin oder einem nicht verwandten Blutstammzellspender im Zentralen Knochenmarkspender-Register sind beihilfefähig.~~ | |
| ~~(5) Die Festsetzungsstelle beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Krebsregistrierung beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen unmittelbar gegenüber dem klinischen Krebsregister für jede~~ | |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| ~~1. verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor nach § 65c Absatz 4 Satz 2 bis 4 und Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie~~<br>~~2. landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister nach § 65c Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.~~<br>~~Voraussetzung der Kostenbeteiligung ist der Beitritt der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung zu einer Vereinbarung zwischen dem Bund und dem klinischen Krebsregister.~~ | **§ 45a**<br>**Organspende und andere Spenden**<br><br>(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen bei postmortalen Organspenden für die Vermittlung, Entnahme, Versorgung, Organisation der Bereitstellung und für den Transport des Organs zur Transplantation, sofern es sich bei den Organempfängerinnen oder Organempfängern um beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen handelt. Die Höhe der Aufwendungen nach Satz 1 richtet sich nach den Entgelten, die die Vertragsparteien nach § 11 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes vereinbart haben. Das Bundesministerium des Innern gibt folgende Pauschalen durch Rundschreiben bekannt:<br>1. für die Organisation der Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs,<br>2. für die Aufwandserstattung der Entnahmekrankenhäuser,<br>3. für die Finanzierung des Transplantationsbeauftragten,<br>4. für die Finanzierung des Betriebs der Geschäftsstelle Transplantationsmedizin,<br>5. für die Flugtransportkosten,<br>6. für den Einsatz des Organ Care Systems je transplantiertem Herz.<br><br>(2) Aufwendungen für eine Spenderin oder einen Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen sind entsprechend Kapitel 2 beihilfefähig, wenn die Empfängerin oder der Empfänger der Spende eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person ist. Der Spenderin oder dem Spender wird auf Antrag auch der nachgewiesene transplantationsbedingte Ausfall von Arbeitseinkünften anteilig in Höhe des Bemessungssatzes der Empfängerin oder des Empfängers ausgeglichen. Dem Arbeitgeber der Spenderin oder des Spenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt anteilig in Höhe des Bemessungssatzes der Empfängerin oder des Empfängers erstattet. Den Spenderinnen und Spendern gleichgestellt sind Personen, die als Spenderin oder Spender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht kommen.<br><br>(3) Aufwendungen für die Registrierung beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen für die Suche nach einer nicht verwandten Blutstammzellspenderin oder einem nicht verwandten Blutstammzellspender im Zentralen Knochenmarkspender-Register sind beihilfefähig.<br><br>**§ 45b**<br>**Klinisches Krebsregister** |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| | Die Festsetzungsstelle beteiligt sich an den personenbezogenen Kosten der Krebsregistrierung beihilfeberechtigter und berücksichtigungsfähiger Personen unmittelbar gegenüber dem klinischen Krebsregister für<br>1. jede verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor nach § 65c Absatz 4 Satz 2 bis 4 und Absatz 5 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie<br>2. jede landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister nach § 65c Absatz 6 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.<br>Voraussetzung der Kostenbeteiligung ist der Beitritt der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung zu einer Vereinbarung zwischen dem Bund und dem klinischen Krebsregister. |
| **§ 47**<br>**Abweichender Bemessungssatz** | **§ 47**<br>**Abweichender Bemessungssatz** |
| (1) Die Festsetzungsstelle kann im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes den Bemessungssatz für Aufwendungen anlässlich einer Dienstbeschädigung angemessen erhöhen, soweit nicht bereits Ansprüche nach dem Landesbeamtenversorgungsgesetz bestehen. | (1) unverändert |
| (2) Den Bemessungssatz von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und berücksichtigungsfähigen Personen mit geringen Gesamteinkünften kann die Festsetzungsstelle für höchstens drei Jahre um höchstens 10 Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent ihrer oder seiner Gesamteinkünfte übersteigt. Die geringen Gesamteinkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Ein zu zahlender Versorgungsausgleich der Versorgungsempfängerin oder des Versorgungsempfängers mindert die anzurechnenden Gesamteinkünfte nicht. Bei einer erneuten Antragstellung ist von den fiktiven Beiträgen zur Krankenversicherung auszugehen, die sich unter Zugrundelegung eines Bemessungssatzes nach § 76 Absatz 3 des Landesbeamtengesetzes ergeben würden. | (2) Den Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den Kapiteln 2 und 4 von Versorgungsempfängerinnen, Versorgungsempfängern und berücksichtigungsfähigen Personen mit geringen Gesamteinkünften kann die Festsetzungsstelle für höchstens drei Jahre um höchstens 10 Prozentpunkte erhöhen, wenn der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 Prozent ihrer oder seiner Gesamteinkünfte übersteigt. Zu den maßgebenden Gesamteinkünften zählt das durchschnittliche Monatseinkommen der zurückliegenden zwölf Monate aus Bruttoversorgungsbezügen, Sonderzahlungen, Renten, Kapitalerträgen und aus sonstigen laufenden Einnahmen der beihilfeberechtigten Person und ihrer berücksichtigungsfähigen Personen nach § 4 Absatz 1; unberücksichtigt bleiben Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch. Die geringen Gesamteinkünfte betragen 150 Prozent des Ruhegehalts nach § 14 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes. Der Betrag erhöht sich um 255,65 Euro, wenn für die berücksichtigungsfähige Person nach § 4 Absatz 1 ebenfalls Beiträge zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden. Ein zu zahlender Versorgungsausgleich der Versorgungsempfängerin oder des Versorgungsempfängers mindert die anzurechnenden Gesamteinkünfte nicht. Bei einer erneuten Antragstellung ist von den fiktiven Beiträgen zur Krankenversicherung auszugehen, die sich unter Zugrundelegung eines Bemessungssatzes nach § 76 Absatz 3 des Landesbeamtengesetzes ergeben würden. |
| (3) Die Festsetzungsstelle kann den Bemessungssatz in weiteren ~~besonderen~~ Ausnahmefällen im Einvernehmen mit der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung angemessen erhöhen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes zwingend geboten ist. Hierbei ist ein sehr | (3) Die Festsetzungsstelle kann den Bemessungssatz in weiteren Ausnahmefällen im Einvernehmen mit der für das Beihilferecht zuständigen Senatsverwaltung angemessen erhöhen, wenn dies im Hinblick auf die Fürsorgepflicht nach § 45 des Beamtenstatusgesetzes |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| strenger Maßstab anzulegen. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit ist eine Erhöhung ausgeschlossen. | 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. Satz 1 ist nicht anzuwenden auf Aufwendungen nach den §§ 37 bis 39b. | (4) unverändert |
| (5) Der Bemessungssatz erhöht sich für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, in den Fällen nach § 31 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. | (5) Der Bemessungssatz erhöht sich für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, in den Fällen nach § 31 Absatz 5 und § 41 Absatz 5 auf 100 Prozent der beihilfefähigen Aufwendungen, 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 und des § 44 erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent. | (6) unverändert |
| (7) Für Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, erhöht sich der Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen nach den §§ 38 bis 39b auf 100 Prozent, wenn ein Pflegegrad vorliegt und während des dienstlichen Auslandsaufenthalts keine Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. | (7) unverändert |
| **§ 48**<br>**Begrenzung der Beihilfe** | **§ 48**<br>**Begrenzung der Beihilfe** |
| (1) Die Beihilfe darf zusammen mit den Leistungen, die aus demselben Anlass aus einer Krankenversicherung, aus einer Pflegeversicherung, auf Grund anderer Rechtsvorschriften oder auf Grund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen gewährt werden, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerenten- und Pflegerentenzusatzversicherungen bleiben unberücksichtigt, soweit sie nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen. Ebenfalls unberücksichtigt bleibt das Sterbegeld nach § 18 Absatz 2 Nummer 2 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes. Aufwendungen nach den §§ 35 bis 39b werden getrennt abgerechnet. | (1) Die Beihilfe darf zusammen mit den Leistungen, die aus demselben Anlass aus einer Krankenversicherung, aus einer Pflegeversicherung, auf Grund anderer Rechtsvorschriften oder auf Grund arbeitsvertraglicher Vereinbarungen gewährt werden, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerenten- und Pflegerentenzusatzversicherungen bleiben unberücksichtigt, soweit sie nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen. Ebenfalls unberücksichtigt bleibt das Sterbegeld nach § 18 Absatz 2 Nummer 2 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die Aufwendungen, für die im Einzelfall eine Beihilfe zu gewähren ist, in tatsächlicher Höhe. Die Aufwendungen nach den §§ 35 bis 39b werden jeweils getrennt, die übrigen Aufwendungen zusammen abgerechnet. Dabei ist der Summe der Aufwendungen, die mit dem Antrag geltend gemacht werden und die dem Grunde nach beihilfefähig sind, die Gesamtsumme der hierauf entfallenden Leistungen gegenüberzustellen. |
| (2) Die beihilfeberechtigte Person hat nachzuweisen: | (2) unverändert |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| 1. den Umfang des bestehenden Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes und<br>2. die gewährten Leistungen.<br>Satz 1 Nummer 2 gilt nicht für Erstattungen aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung nach einem Prozentsatz. | |
| **§ 49**<br>**Eigenbehalte** | **§ 49**<br>**Eigenbehalte** |
| (1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um zehn Euro je Kalendertag bei<br>1. vollstationären Krankenhausleistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 2, Absatz 3 und stationäre Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 34 Absatz 1 und 2 Satz 1, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und<br>2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Nummer 1 und 2. | (1) Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um zehn Euro je Kalendertag bei<br>1. vollstationären Krankenhausleistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 2, Absatz 3 und stationäre Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen nach § 34 Absatz 1 und 2 Satz 1, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr, und<br>2. Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2. |
| (2) Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für<br>1. Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und<br>2. Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung. | (2) unverändert |
| **§ 51**<br>**Bewilligungsverfahren** | **§ 51**<br>**Bewilligungsverfahren** |
| (1) Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit von Aufwendungen nach § 6 entscheidet die Festsetzungsstelle. Die beihilfeberechtigte Person ist zur Mitwirkung verpflichtet. § 60 Absatz 1 Satz 1, § 62 und die §§ 65 bis 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch sind entsprechend anzuwenden. Die Festsetzungsstelle kann auf eigene Kosten ein Sachverständigengutachten einholen. Ist für die Erstellung des Gutachtens die Mitwirkung der oder des Betroffenen nicht erforderlich, sind die nötigen Gesundheitsdaten vor der Übermittlung so zu ~~anonymisieren~~, dass die Gutachterin oder der Gutachter einen Personenbezug nicht herstellen kann. | (1) Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit von Aufwendungen nach § 6 entscheidet die Festsetzungsstelle. Die beihilfeberechtigte Person ist zur Mitwirkung verpflichtet. § 60 Absatz 1 Satz 1, § 62 und die §§ 65 bis 67 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch sind entsprechend anzuwenden. Die Festsetzungsstelle kann auf eigene Kosten ein Sachverständigengutachten einholen. Ist für die Erstellung des Gutachtens die Mitwirkung der oder des Betroffenen nicht erforderlich, sind die nötigen Gesundheitsdaten vor der Übermittlung so zu pseudonymisieren, dass die Gutachterin oder der Gutachter einen Personenbezug nicht herstellen kann. |
| (2) In Pflegefällen hat die Festsetzungsstelle im Regelfall das Gutachten zugrunde zu legen, das für die private oder soziale Pflegeversicherung zum Vorliegen dauernder Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt worden ist. Ist die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nicht in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung versichert, lässt die Festsetzungsstelle ein entsprechendes Gutachten erstellen. Satz 2 gilt entsprechend bei Personen, die nach § 3 beihilfeberechtigt oder bei einer nach § 3 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, wenn für diese kein Gutachten für die private oder soziale Pflegeversicherung erstellt worden ist. Auf Antrag kann die Festsetzungsstelle Beihilfe für Aufwendungen in Pflegefällen (§§ 37 bis 39) bis zu zwölf Monate regelmäßig wiederkehrend leisten, wenn die beihilfeberechtigte Person sich in dem Antrag verpflichtet,<br>1. der Festsetzungsstelle jede Änderung der Angaben im Beihilfeantrag unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen und<br>2. den Beihilfeanspruch übersteigende Zahlungen zu erstatten. | (2) unverändert |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| (3) Die Beihilfe wird auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der beihilfeberechtigten Person bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrunde liegenden Belege sind der Festsetzungsstelle als Zweitschrift oder in Kopie mit dem Antrag oder gesondert vorzulegen. Liegen konkrete Anhaltspunkte dafür vor, dass eingereichte Belege gefälscht oder verfälscht sind, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der beihilfeberechtigten Person bei dem Urheber des Beleges Auskunft über die Echtheit einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein, es sei denn, sie ist wegen des Kaufes im Ausland nicht erforderlich. Sofern die Festsetzungsstelle dies zulässt, können auch die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen. | (3) Die Beihilfe wird auf schriftlichen oder elektronischen Antrag der beihilfeberechtigten Person bei der Festsetzungsstelle gewährt. Die dem Antrag zugrunde liegenden Belege sind der Festsetzungsstelle als Zweitschrift oder in Kopie mit dem Antrag oder gesondert vorzulegen. Bei Aufwendungen nach § 26 sind zusätzlich die Entlassungsanzeige und für den in § 108 des Landesbeamtengesetzes genannten Personenkreis die Wahlleistungsvereinbarung vorzulegen, die nach § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung oder nach § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes vor Erbringung der Wahlleistungen abgeschlossen worden sind. Bei Aufwendungen nach § 26a gilt Satz 3 entsprechend. Liegen konkrete Anhaltspunkte dafür vor, dass eingereichte Belege gefälscht oder verfälscht sind, kann die Festsetzungsstelle mit Einwilligung der beihilfeberechtigten Person bei dem Urheber des Beleges Auskunft über die Echtheit einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein, es sei denn, sie ist wegen des Kaufes im Ausland nicht erforderlich. Sofern die Festsetzungsstelle dies zulässt, können auch die Belege elektronisch übermittelt werden. Die Festsetzungsstelle kann einen unterschriebenen Beihilfeantrag in Papierform verlangen. |
| (4) Die Belege über Aufwendungen im Ausland müssen grundsätzlich den im Inland geltenden Anforderungen entsprechen. Kann die beihilfeberechtigte Person die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringen, hat die Festsetzungsstelle die Angemessenheit der Aufwendungen festzustellen. Auf Anforderung muss mindestens für eine Bescheinigung des Krankheitsbilds und der erbrachten Leistungen eine Übersetzung vorgelegt werden. | (4) unverändert |
| (5) Der Bescheid über die Bewilligung oder die Ablehnung der beantragten Beihilfe (Beihilfebescheid) wird von der Festsetzungsstelle schriftlich oder elektronisch erlassen. Soweit Belege zur Prüfung des Anspruchs auf Abschläge für Arzneimittel benötigt werden, können sie einbehalten werden. Soweit die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Belegen herstellt, werden diese einbehalten. Spätestens sechs Monate nach Unanfechtbarkeit des Beihilfebescheides oder nach dem Zeitpunkt, zu dem die Belege für Prüfungen einer der Rabattgewährung nach § 3 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel nicht mehr benötigt werden, sind sie zu vernichten und elektronische Abbildungen spurenlos zu löschen. | (5) unverändert |
| (6) Zur Vermeidung unbilliger Härten kann die Festsetzungsstelle nach vorheriger Anhörung der beihilfeberechtigten Person zulassen, dass berücksichtigungsfähige Personen oder deren gesetzliche Vertreterinnen oder Vertreter ohne Zustimmung der beihilfeberechtigten Person die Beihilfe selbst beantragen. | (6) unverändert |
| (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. | (7) unverändert |
| | (8) unverändert |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| (8) Die Festsetzungsstelle kann auf Antrag der beihilfeberechtigten Person Abschlagszahlungen leisten. Sie kann die Beihilfe in Ausnahmefällen mit Zustimmung der beihilfeberechtigten Person an Dritte auszahlen. | |
| **§ 54**<br>**Antragsfrist** | **§ 54**<br>**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. | (1) Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Pflegeleistungen der letzte Tag des Monats maßgebend, in dem die Pflege erbracht wurde. Hat ein Sozialhilfeträger oder im Bereich der Pflege der Träger der Kriegsopferfürsorge vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger oder der Träger der Kriegsopferfürsorge die Aufwendungen bezahlt hat. Die Frist beginnt in Fällen des § 45a Absatz 2 Satz 2 und 3 mit Ablauf des Jahres, in dem die Transplantation oder gegebenenfalls der Versuch einer Transplantation erfolgte. |
| (2) Die Frist ist auch gewahrt, wenn der Antrag von beihilfeberechtigten Personen nach § 3 innerhalb der Frist nach Absatz 1 bei der zuständigen Beschäftigungsstelle im Ausland eingereicht wird. | (2) unverändert |
| **§ 55**<br>**Geheimhaltungspflicht** | **§ 55**<br>**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.~~<br><br>~~(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.~~ | Die bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags bekannt gewordenen personenbezogenen Daten sind geheim zu halten. |
| **Anlage 1**<br>(zu § 6 Absatz 2) | **Anlage 1**<br>(zu § 6 Absatz 2) |
| **Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen** | **Ausgeschlossene und teilweise ausgeschlossene Untersuchungen und Behandlungen** |
| **Abschnitt 1** | **Abschnitt 1** |
| **Völliger Ausschluss** | **Völliger Ausschluss** |
| | 16.1 photodynamische Therapie in der Parodonto-logie |
| 16.1 Psycotron-Therapie | 16.2 Psycotron-Therapie |
| 16.2 pulsierende Signaltherapie | 16.3 pulsierende Signaltherapie |
| 16.3 Pyramidenenergiebestrahlung | 16.4 Pyramidenenergiebestrahlung |
| **Anlage 3**<br>(zu §§ 18 – 21) | **Anlage 3**<br>(zu §§ 18 – 21) |
| **Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung** | **Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung** |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| **Abschnitt 3** | **Abschnitt 3** |
| **Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie** | **Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie** |
| 9. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in ~~besonderen~~ Ausnahmefällen (§ 19 Absatz 1 Nummer 3 und 4) ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt wird und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in ~~medizinisch besonders begründeten Einzelfällen~~ eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Voraussetzung für die Anerkennung ist eine Indikation nach § 18a Absatz 1 oder 2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. | 9. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in Ausnahmefällen (§ 19 Absatz 1 Nummer 3 und 4) ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt wird und die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in Ausnahmefällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Voraussetzung für die Anerkennung ist eine Indikation nach § 18a Absatz 1 oder 2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. |
| | **Abschnitt 5** |
| | **Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung** |
| | 1. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person<br>a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder Abschnitt 4 erfüllen und<br>b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensiti-zation-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.<br>2. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person<br>a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder Abschnitt 4 erfüllen und<br>b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensiti-zation-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.<br>3. Wurde die Qualifikation nach Nummer 1 oder Nummer 2 nicht im Rahmen der Weiterbildung erworben, muss die behandelnde Person<br>a) in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben und<br>b) mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung durchgeführt haben. |

**Alte Fassung**

**Anlage 4**
(zu § 22 Absatz 1)

**Beihilfefähige Medizinprodukte**

| Nr. | Produktbe-zeich-nung | Medizinische Anwendungsfälle |
|---|---|---|
| 1 | 1xklysma salinisch | Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen; nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern. |
| 2.1 | AMO<br>ENDOSOL | Für intraokulare und topische Spülungen des Auges bei chirurgischen Prozeduren und für diagnostische und therapeutische Maßnahmen. |
| 2.2 | Ampuwa<br>für Spülzwecke | Zum Anfeuchten von Tamponaden und Verbänden; zur Atemluftbefeuchtung nur zur Anwendung in geschlossenen Systemen in medizinisch notwendigen Fällen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist. |
| 2.3 | Amvisc | Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt. |
| 2.4 | Amvisc Plus | Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt. |
| 2.5 | Aqua B. Braun | Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern und zur mechanischen Augenspülung. |
| 3.1 | Bausch & Lomb Balanced Salt Solution | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 3.2 | 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<br>(Alcon Pharma GmbH) | Als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist. |

**Neue Fassung**

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

**Anlage 4**
(zu § 22 Absatz 1)

**Beihilfefähige Medizinprodukte**

| Nr. | Produktbe-zeich-nung | Medizinische Anwendungsfälle |
|---|---|---|
| 1 | 1xklysma salinisch | Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnostischen Eingriffen; nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern. |
| 2.1 | AMO<br>ENDOSOL | Für intraokulare und topische Spülungen des Auges bei chirurgischen Prozeduren und für diagnostische und therapeutische Maßnahmen. |
| 2.2 | Ampuwa<br>für Spülzwecke | Zum Anfeuchten von Tamponaden und Verbänden; zur Atemluftbefeuchtung nur zur Anwendung in geschlossenen Systemen in medizinisch notwendigen Fällen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist. |
| 2.3 | Amvisc | Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt. |
| 2.4 | Amvisc Plus | Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt. |
| 2.5 | Aqua B. Braun | Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern und zur mechanischen Augenspülung. |
| 3.1 | Bausch & Lomb Balanced Salt Solution | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 3.2 | belAir® NaCl 0,9% | Als isotone Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist. |

**Alte Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| 3.5 | BSS STERILE SPÜLLÖSUNG<br>(Alcon Pharma GmbH) | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 4.1 | Dimet 20 | Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die<br>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,<br>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 4.2 | Dk-line | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie, zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen oder okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum. |
| 4.3 | ~~Dr. Deppe EndoStar-Lavage~~ | ~~Darmreinigung zur Vorbereitung einer Darmspiegelung bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.~~ |
| ~~4.~~4 | DuoVisc | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraocularlinse. |
| 5.1 | EtoPril | Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die<br>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,<br>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 5.2 | EyE-Lotion BSS | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und interokularer Eingriffe. |
| 6.1 | Freka-Clyss | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) vor diagnostischen Eingriffen,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und |

**Neue Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| 3.3 | BSS DISTRA-SOL | Zur Spülung der Vorderkammer während Kataraktoperationen und anderer intraokularer Eingriffe. |
| 3.4 | BSS PLUS<br>(Alcon Pharma GmbH) | Als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist. |
| 3.5 | BSS STERILE SPÜLLÖSUNG<br>(Alcon Pharma GmbH) | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 4.1 | Dimet 20 | Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die<br>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,<br>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 4.2 | Dk-line | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie, zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen oder okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum. |
| 4.3 | DuoVisc | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraocularlinse. |
| 5.1 | EtoPril | Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die<br>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,<br>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 5.2 | EyE-Lotion BSS | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und interokularer Eingriffe. |
| 6.1 | Freka-Clyss | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, |

| Alte Fassung | | | Neue Fassung | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br>Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien<br>a) bei Personen, die das vierte, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, und<br>b) bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. | | | b) vor diagnostischen Eingriffen,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br>Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien<br>a) bei Personen, die das vierte, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, und<br>b) bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 6.2 | Freka Drainjet<br>NaCl 0,9 % | Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extrakorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darm-Trakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Anfeuchten von Tüchern und Verbänden. | 6.2 | Freka Drainjet<br>NaCl 0,9 % | Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extrakorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasenspülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darm-Trakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Anfeuchten von Tüchern und Verbänden. |
| 6.3 | Freka Drainjet<br>Purisole SM verdünnt | Zur intraoperativen und postoperativen Blasenspülung bei urologischen Eingriffen. | 6.3 | Freka Drainjet<br>Purisole SM verdünnt | Zur intraoperativen und postoperativen Blasenspülung bei urologischen Eingriffen. |
| ~~7.1~~ | ~~Globance Lavage~~ | ~~Zur Behandlung vor diagnostischen Eingriffen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.~~ | 7.1 | Healon | Für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen. |
| ~~7.2~~ | ~~Globance Lavage Apfel~~ | ~~Zur Behandlung vor diagnostischen Eingriffen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.~~ | 7.2 | Healon5 | Als viskoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Operationen am vorderen Augenabschnitt. |
| ~~8~~.1 | Healon | Für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen. | 7.3 | HEALON GV | Als viskoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Operationen am vorderen Augenabschnitt. |
| ~~8~~.2 | Healon5 | Als viskoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Operationen am vorderen Augenabschnitt. | 7.4 | HSO | Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt. |
| ~~8~~.3 | HEALON GV | Als viskoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Operationen am vorderen Augenabschnitt. | 7.5 | HSO Plus | Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt. |
| ~~8~~.4 | HSO | Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt. | 7.6 | Hylo-Gel | Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmuner- |
| ~~8~~.5 | HSO Plus | Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen | | | |

| Alte Fassung | | | Neue Fassung | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Eingriffen am vorderen und hinteren Augenabschnitt. | | | krankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bulosa, okulares Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus. |
| ~~8~~.6 | Hylo-Gel | Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bulosa, okulares Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus. | 8.1 | IsoFree | Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist. |
| ~~9~~.1 | IsoFree | Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist. | 8.2 | Isomol | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~9~~.2 | Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango) | Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist. | 8.3 | Isotonische Kochsalzlösung zur Inhalation (Eifelfango) | Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten, wenn der Zusatz einer isotonen Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist. |
| ~~10.1~~ | ~~Jacutin Pedicul Fluid~~ | ~~Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die~~<br>~~a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,~~<br>~~b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.~~ | 9.1 | Kinderlax elektrolytfrei | Zur Behandlung der Obstipation für Personen, die den fünften Lebensmonat, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. |
| ~~11.1~~ | Klistier Fresenius | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) vor diagnostischen Eingriffen,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br>Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen | 9.2 | Klistier Fresenius | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, |

| Alte Fassung | | | Neue Fassung | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien<br>a) bei Personen, die das vierte, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, und<br>b) bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. | | | b) vor diagnostischen Eingriffen,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien<br>a) bei Personen, die das vierte, aber noch nicht das zwölfte Lebensjahr vollendet haben, und<br>b) bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~12~~.1 | Lubricano | Zur Anwendung bei Personen mit Katheterisierung. | 10.1 | Lubricano | Zur Anwendung bei Personen mit Katheterisierung. |
| ~~13~~.1 | Macrogol 1A Pharma | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. | 11.1 | Macrogol 1A Pharma | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~13~~.2 | Macrogol AbZ | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben. | 11.2 | Macrogol AbZ | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), |

**Alte Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| | | Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~13.3~~ | ~~Macrogol AL~~ | ~~Behandlung~~<br>~~a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,~~<br>~~b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,~~<br>~~c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und~~<br>~~d) in der Terminalphase~~<br>~~bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.~~<br>~~Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.~~ |
| ~~13.4~~ | Macrogol-CT<br>Abführpulver | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~13.5~~ | Macrogol dura | Behandlung |

**Neue Fassung**

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

**Alte Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| | | a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~13.6~~ | Marcrogol HEXAL | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~13.7~~ | Marcrogol-ratiopharm | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung, |

**Neue Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| | | d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.5 | Marcrogol HEXAL | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.6 | Marcrogolratiopharm | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das |

**Alte Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| | | b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~13.8~~ | Macrogol Sandoz | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~13.9~~ | ~~Macrogol STADA~~ | ~~Behandlung~~<br>~~a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,~~<br>~~b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,~~<br>~~c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und~~<br>~~d) in der Terminalphase~~ |

**Neue Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| | | 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.7 | Macrogol Sandoz | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.8 | Macrogol TAD | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.9 | Medicoforum Laxativ | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), |

**Alte Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| | | ~~bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.~~<br><br>~~Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden.~~ |
| ~~13.10~~ | Macrogol TAD | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~13.11~~ | Medicoforum Laxativ | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das |

**Neue Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| | | Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.10 | Microvisc plus | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Opthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| 11.11 | Mosquito med Läuse-Shampoo 10 | Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die<br>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,<br>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.12 | MOVICOL | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phoshatbindender Medikation der chronischen Niereninsuffienz,<br>c) bei Opiat- oder Opioidtherapie,<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |

**Alte Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| | | 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~13.12~~ | Mosquito med Läuse-Shampoo 10 | Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die<br>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,<br>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~13.13~~ | MucoClear 6 % | Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben. |
| ~~13.14~~ | MOVICOL | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phoshatbindender Medikation der chronischen Niereninsuffienz,<br>c) bei Opiat- oder Opioidtherapie,<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~13.15~~ | MOVICOL flüssig Orange | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase |

**Neue Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| 11.13 | MOVICOL flüssig Orange | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 11.14 | MOVICOL Junior aromafrei | Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zweite, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben.<br>Behandlung der Koprostase bei Personen, die das fünfte, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben. |
| 11.15 | MOVICOL Junior Schoko | Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zweite, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben. |
| 11.16 | MucoClear 6 % | Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben. |
| 11.17 | myVISC Hyal 1.0 | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Opthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| 12.1 | NaCl 0,9 % B. Braun | Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen, zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden, zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern sowie zur mechanischen Augenspülung. |
| 12.2 | NaCl 0,9 %<br>Fresenius Kabi | Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, der postoperativen Blasen- |

**Alte Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| | | bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~13.16~~ | MOVICOL Junior aromafrei | Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zweite, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben.<br>Behandlung der Koprostase bei Personen, die das fünfte, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben. |
| ~~13.17~~ | MOVICOL Junior Schoko | Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zweite, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben. |
| ~~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 %<br>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 Anfeuchten 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 bei Personen ~~ab sechs Jahren~~. |
| ~~14~~.4 | NYDA | Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die<br>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,<br>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |

**Neue Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| | | spülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darm-Trakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wundbehandlung und zum Anfeuchten von Tüchern und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist. |
| 12.3 | Nebusal 7 % | Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose bei Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben. |
| 12.4 | NYDA | Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die<br>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,<br>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 13.1 | OcuCoat | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| 13.2 | Oculentis BSS | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Ein-griffe. |
| 13.3 | Okta-line | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie, zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum. |
| 13.4 | Optyluron NHS 1,0 % | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| 13.5 | Optyluron NHS 1,4 % | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| 13.6 | Oxane 1300 | Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien. |
| 13.7 | Oxane 5700 | Zur intraokularen Tamponade bei schweren Formen der Netzhautablösung sowie allen Netzhautablösungen, |

**Alte Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| ~~15~~.1 | OcuCoat | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| ~~15~~.2 | Oculentis BSS | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Ein-griffe. |
| ~~15~~.3 | Okta-line | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie, zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/PVR/PDR, Riesenrissen ~~oder~~ okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum. |
| ~~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 | Pädia~~s~~alin ~~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 | Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die<br>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,<br>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~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. |

**Neue Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| | | die mit anderen Therapieformen nicht behandelt werden können. Ausgenommen ist die Anwendung bei zentralen Foramina mit Ablösung und bei schweren diabetischen Retinopathien. |
| 14.1 | PädiaSalin 0,9 % | Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist. |
| 14.2 | Paranix ohne Nissenkamm | Behandlung des Kopfhaares bei Pediculosis capitis bei Personen, die<br>a) das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben,<br>b) das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| 14.3 | PARI NaCl Inhalationslösung | Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist. |
| 14.4 | ParkoLax | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |

**Alte Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| ~~16~~.4 | ParkoLax | Behandlung<br>a) der Obstipation im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose oder neurogener Darmlähmung,<br>b) bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz,<br>c) bei Opiat- sowie Opioidtherapie und<br>d) in der Terminalphase<br>bei Personen, die das zwölfte Lebensjahr vollendet haben.<br><br>Behandlung der Obstipation bei Personen, die das zwölfte, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben und an Entwicklungsstörungen leiden. |
| ~~16~~.5 | Pe-Ha-Luron 1,0 % | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| ~~16~~.6 | Pe-Ha-Visco 2,0 % | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| ~~16~~.7 | Polyvisc 2,0 % | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| ~~16~~.8 | Polysol | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| ~~16~~.9 | ProVisc | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse. |
| ~~16~~.10 | PURI CLEAR | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| ~~16~~.11 | Purisole SM verdünnt | Zur intraoperativen und postoperativen Blasenspülung bei urologischen Eingriffen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist. |
| 17.1 | Ringer B. Braun | Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen sowie zur intraoperativen und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen. |

**Neue Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| 14.5 | Pe-Ha-Luron 1,0 % | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| 14.6 | Pe-Ha-Visco 2,0 % | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| 14.7 | Polyvisc 2,0 % | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes. |
| 14.8 | Polysol | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 14.9 | ProVisc | Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse. |
| 14.10 | PURI CLEAR | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 14.11 | Purisole SM verdünnt | Zur intraoperativen und postoperativen Blasenspülung bei urologischen Eingriffen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist. |
| 17.1 | Ringer B. Braun | Zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen, zur Spülung von Wunden und Verbrennungen sowie zur intraoperativen und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen. |
| 17.2 | Ringer Fresenius Spüllösung | Zum Freispülen und Reinigen des Operationsgebietes, zum Feuchthalten des Gewebes, zur Wundspülung bei äußeren Traumen und Verbrennungen, zur Spülung bei diagnostischen Untersuchungen sowie zum Anfeuchten von Wunden und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist. |
| 18.1 | Saliva natura | Zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmunerkrankungen. |
| 18.2 | Sentol | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 18.3 | Serag BSS | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 18.4 | Serumwerk-Augenspüllösung BSS | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 19.1 | VISCOAT | Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am |

**Alte Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| 17.2 | Ringer Fresenius<br>Spüllösung | Zum Freispülen und Reinigen des Operationsgebietes, zum Feuchthalten des Gewebes, zur Wundspülung bei äußeren Traumen und Verbrennungen, zur Spülung bei diagnostischen Untersuchungen sowie zum Anfeuchten von Wunden und Verbänden; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist. |
| 18.1 | Saliva natura | Zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmunerkrankungen. |
| 18.2 | Sentol | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 18.3 | Serag BSS | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 18.4 | Serumwerk-Augenspüllösung BSS | Zur Irrigation im Rahmen extraokularer und intraokularer Eingriffe. |
| 19.1 | VISCOAT | Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt, insbesondere bei 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.~~ |
| 19.~~4~~ | VISMED | Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophtalmus. |
| 19.~~5~~ | VISMED MULTI | Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophtalmus. |
| 20.1 | Z-HYALIN | Zur Unterstützung intraokularer Eingriffe am vorderen Augenabschnitt bei Kataraktoperationen. |

**Neue Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| | | vorderen Augenabschnitt, insbesondere bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse. |
| 19.2 | VISMED | Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophtalmus. |
| 19.3 | VISMED MULTI | Als synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmunerkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophtalmus. |
| 20.1 | Z-HYALIN | Zur Unterstützung intraokularer Eingriffe am vorderen Augenabschnitt bei Kataraktoperationen. |

**Anlage 5**

**Anlage 5**

**Alte Fassung**

(zu § 22 Absatz 2)

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

**Abschnitt 1**

**Regulierung des Körpergewichts (zentral wirkend)**

| Wirkstoff | Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken |
|---|---|
| A 08 AA 01 Phentermin | |
| A 08 AA 02 Fenfluramin | |
| A 08 AA 03 Amfepramon | REGENON<br>TENUATE Retard |
| A 08 AA 04 Dexfenfluramin | |
| A 08 AA 05 Mazindol | |
| A 08 AA 06 Etilamfetamin | |
| A 08 AA 07 Cathin | ALVALIN |
| A 08 AA 08 Clobenzorex | |
| A 08 AA 09 Mefenorex | |
| A 08 AA 10 Sibutramin | REDUCTIL |
| A 08 AA 13 Phenylpropa-nolamin | ~~Antiadipositum Riemser~~<br>BOXOGETTEN S<br>RECATOL mono |
| A 08 AX 01 Rimonabant | |

**Abschnitt 3**

**Behandlung der sexuellen Dysfunktion**

| Wirkstoff | Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken |
|---|---|
| G 04 BE 01 Alprostadil<br>(außer als Diagnostikum) | CAVERJECT<br>CAVERJECT Impuls<br>MUSE<br>VIRIDAL |
| G 04 BE 02 Papaverin | |
| G 04 BE 03 Sildenafil | VIAGRA<br>alle generischen Sildenafil-Fertigarzneimittel |
| G 04 BE 04 Yohimbin | Procomil<br>YOCON GLENWOOD<br>YOHIMBIN SPIEGEL |
| G 04 BE 05 Phentolamin | |
| G 04 BE 06 Moxisylyt | |
| G 04 BE 07 Apomorphin | |
| G 04 BE 08 Tadalafil | CIALIS |

**Neue Fassung**

(zu § 22 Absatz 2)

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

**Abschnitt 1**

**Regulierung des Körpergewichts (zentral wirkend)**

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

**Abschnitt 3**

**Behandlung der sexuellen Dysfunktion**

| Wirkstoff | Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken |
|---|---|
| G 04 BE 01 Alprostadil<br>(außer als Diagnostikum) | CAVERJECT<br>CAVERJECT Impuls<br>MUSE<br>VIRIDAL<br>Vitaros HEXAL |
| G 04 BE 02 Papaverin | |
| G 04 BE 03 Sildenafil | VIAGRA<br>alle generischen Sildenafil-Fertigarzneimittel |
| G 04 BE 04 Yohimbin | Procomil<br>YOCON GLENWOOD<br>YOHIMBIN SPIEGEL |
| G 04 BE 05 Phentolamin | |
| G 04 BE 06 Moxisylyt | |
| G 04 BE 07 Apomorphin | |

**Alte Fassung**

| | |
|---|---|
| (außer Taldafil 5 mg zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms bei erwachsenen Männern) | |
| G 04 BE 09 Vardenafil | LEVITRA |
| G 04 BE 10 Avanafil | SPEDRA |
| G 04 BE 30 Kombinationen | |
| G 04 BE 52 Papaverin-Kombinationen | |
| G 04 BX 14 Dapoxetinhydrochlorid | Priligy |
| Turnera diffusa Dil. D4 | DESEO |

**Neue Fassung**

| | |
|---|---|
| G 04 BE 08 Tadalafil<br>(außer Taldafil 5 mg zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms bei erwachsenen Männern) | CIALIS |
| G 04 BE 09 Vardenafil | LEVITRA |
| G 04 BE 10 Avanafil | SPEDRA |
| N 01 BB 20 Lidocain; Prilocain | Fortacin |
| G 04 BE 30 Kombinationen | |
| G 04 BE 52 Papaverin-Kombinationen | |
| G 04 BX 14 Dapoxetinhydrochlorid | Priligy |
| Turnera diffusa Dil. D4 | DESEO |

**Abschnitt 6**

**Förderung des Haarwuchses**

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

**Abschnitt 6**

**Förderung des Haarwuchses**

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

**Anlage 6**
(zu § 22 Absatz 3)

**Übersicht der Arzneimittelfestbetragsgruppen, für die ein Festbetrag gilt**

**1. Festbetragsgruppen für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen**

1.03.1 Calcium zur Substitution und Therapie: orale Darreichungsformen
1.03.2 Carbamazepin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
1.03.3 Carbamazepin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
1.03.4 Carbimazol: feste orale Darreichungsformen

Anlage 6
(zu § 22 Absatz 3)

Übersicht der Arzneimittelfestbetragsgruppen, für die ein Festbetrag gilt

1. Festbetragsgruppen für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen

1.03.1 Calcium zur Substitution und Therapie: orale Darreichungsformen
1.03.2 Capecitabin: orale Darreichungsformen
1.03.3 Carbamazepin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend
1.03.4 Carbamazepin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend
1.03.5 Carbimazol: feste orale Darreichungsformen

| Alte Fassung | | Neue Fassung | |
|---|---|---|---|
| 1.03.5 | Choriongonadotropoin: parenterale Darreichungsformen | 1.03.6 | Choriongonadotropoin: parenterale Darreichungsformen |
| 1.03.6 | Ciclopirox: topische Darreichungsformen | 1.03.7 | Ciclopirox: topische Darreichungsformen |
| 1.03.7 | Ciclosporin: orale Darreichungsformen | 1.03.8 | Ciclosporin: orale Darreichungsformen |
| 1.03.8 | Ciclosporin: orale Darreichungsformen, auf Mikro-/Nanoemulsionsbasis oder kolloidal dispergiert | 1.03.9 | Ciclosporin: orale Darreichungsformen, auf Mikro-/Nanoemulsionsbasis oder kolloidal dispergiert |
| 1.03.9 | Cimetidin: orale Darreichungsformen | 1.03.10 | Cimetidin: orale Darreichungsformen |
| 1.03.10 | Cimetidin: parenterale Darreichungsformen | 1.03.11 | Cimetidin: parenterale Darreichungsformen |
| 1.03.11 | Clindamycin: orale Darreichungsformen | 1.03.12 | Clindamycin: orale Darreichungsformen |
| 1.03.12 | Clodronsäure: orale Darreichungsformen | 1.03.13 | Clodronsäure: orale Darreichungsformen |
| 1.03.13 | Clomifen: feste orale Darreichungsformen | 1.03.14 | Clomifen: feste orale Darreichungsformen |
| 1.03.14 | Clonidin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend | 1.03.15 | Clonidin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend |
| 1.03.15 | Clonidin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend | 1.03.16 | Clonidin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend |
| 1.03.16 | Clonidin: Ophalmika | 1.03.17 | Clonidin: Ophalmika |
| 1.03.17 | Clopidogrel: orale Darreichungsformen | 1.03.18 | Clopidogrel: orale Darreichungsformen |
| 1.03.18 | Clotrimazol: Creme, Salbe | 1.03.19 | Clotrimazol: Creme, Salbe |
| 1.03.19 | Clotrimazol: Liquidum, Lösung, Pumpspray, Spray, Tropflösung | 1.03.20 | Clotrimazol: Liquidum, Lösung, Pumpspray, Spray, Tropflösung |
| 1.03.20 | Clotrimazol: vaginale topische Darreichungsformen | 1.03.21 | Clotrimazol: vaginale topische Darreichungsformen |
| 1.03.21 | Clozapin: abgeteilte orale Darreichungsformen | 1.03.22 | Clozapin: abgeteilte orale Darreichungsformen |
| 1.03.22 | Colecalciferol: feste orale Darreichungsformen (400 bis 1.000 I. E.) | 1.03.23 | Colecalciferol: feste orale Darreichungsformen (400 bis 1.000 I. E.) |
| 1.03.23 | Colecalciferol + Fluorid: feste orale Darreichungsformen (500 bis 1.000 I. E. Colecalciferol + 0,25 mg Fluorid) | 1.03.24 | Colecalciferol + Fluorid: feste orale Darreichungsformen (500 bis 1.000 I. E. Colecalciferol + 0,25 mg Fluorid) |
| 1.03.24 | Co-Trimoxazol: feste orale Darreichungsformen | 1.03.25 | Co-Trimoxazol: feste orale Darreichungsformen |
| 1.03.25 | Co-Trimoxazol: flüssige orale Darreichungsformen | 1.03.26 | Co-Trimoxazol: flüssige orale Darreichungsformen |
| 1.03.26 | Cromoglicinsäure: Augentropfen, Eindosispipetten | 1.03.27 | Cromoglicinsäure: Augentropfen, Eindosispipetten |
| 1.03.27 | Cromoglicinsäure: ~~Nasenspray, Nasentropfen, Spray~~ | 1.03.28 | Cromoglicinsäure: nasale Darreichungsformen |
| 1.03.28 | Cromoglicinsäure: ~~Augentropfen/Nasenspray (Kombipackung)~~ | 1.03.29 | Cromoglicinsäure: Ophtalmika und nasale Darreichungsformen in Kombipackungen |
| 1.03.29 | Cromoglicinsäure: inhalative Darreichungsformen | 1.03.30 | Cromoglicinsäure: inhalative Darreichungsformen |
| 1.03.30 | Cromoglicinsäure: orale Darreichungsformen | 1.03.31 | Cromoglicinsäure: orale Darreichungsformen |
| 1.03.31 | Cyanocobalamin: parenterale Darreichungsformen | 1.03.32 | Cyanocobalamin: parenterale Darreichungsformen |
| 1.03.32 | Cyclophosphamid: feste orale Darreichungsformen | 1.03.33 | Cyclophosphamid: feste orale Darreichungsformen |
| 1.03.33 | Cyproteron-Acetat: feste orale Darreichungsformen | 1.03.34 | Cyproteron-Acetat: feste orale Darreichungsformen |
| 1.13.1 | Magaldrat: orale Darreichungsformen | 1.13.1 | Magaldrat: orale Darreichungsformen |
| 1.13.2 | Magnesium: orale Darreichungsformen | 1.13.2 | Magnesium: orale Darreichungsformen |
| 1.13.3 | Magnesium: parenterale Darreichungsformen | 1.13.3 | Magnesium: parenterale Darreichungsformen |
| 1.13.4 | Maprotilin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend | 1.13.4 | Maprotilin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend |
| 1.13.5 | Mebeverin: abgeteilte orale Darreichungsformen | 1.13.5 | Mebeverin: abgeteilte orale Darreichungsformen |
| 1.13.6 | Medroxyprogesteron: Tabletten, Oralsuspension (100 bis 500 mg) | 1.13.6 | Medroxyprogesteron: Tabletten, Oralsuspension (100 bis 500 mg) |
| | | 1.13.7 | Memantin: orale Darreichungsformen |
| 1.13.7 | Mesalazin: feste orale Darreichungsformen | 1.13.8 | Mesalazin: feste orale Darreichungsformen |
| 1.13.8 | Mesalazin: rektale Darreichungsformen | 1.13.9 | Mesalazin: rektale Darreichungsformen |
| 1.13.9 | Mesalazin: sonstige rektale Darreichungsformen | 1.13.10 | Mesalazin: sonstige rektale Darreichungsformen |
| 1.13.10 | Metamizol: orale Darreichungsformen, normal freisetzend | 1.13.11 | Metamizol: orale Darreichungsformen, normal freisetzend |
| 1.13.11 | Metamizol: rektale Darreichungsformen | 1.13.12 | Metamizol: rektale Darreichungsformen |
| 1.13.12 | Metamizol: parenterale Darreichungsformen | 1.13.13 | Metamizol: parenterale Darreichungsformen |
| 1.13.13 | Metformin: orale Darreichungsformen | 1.13.14 | Metformin: orale Darreichungsformen |
| 1.13.14 | Methotrexat: orale Darreichungsformen | 1.13.15 | Methotrexat: orale Darreichungsformen |
| 1.13.15 | Methyldopa: orale Darreichungsformen | 1.13.16 | Methyldopa: orale Darreichungsformen |
| 1.13.16 | Methylphenidat: abgeteilte orale Darreichungsformen | 1.13.17 | Methylphenidat: abgeteilte orale Darreichungsformen |
| 1.13.17 | Metoclopramid: orale Darreichungsformen, normal freisetzend | 1.13.18 | Metoclopramid: orale Darreichungsformen, normal freisetzend |
| 1.13.18 | Metoclopramid: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend | 1.13.19 | Metoclopramid: orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend |
| 1.13.19 | Metoclopramid: parenterale Darreichungsformen | 1.13.20 | Metoclopramid: parenterale Darreichungsformen |
| 1.13.20 | Metoprolol + Hydrochlorothiazid: feste orale Darreichungsformen, normal frei-setzend | 1.13.21 | Metoprolol + Hydrochlorothiazid: feste orale Darreichungsformen, normal frei-setzend |
| 1.13.21 | Metoprolol + Hydrochlorothiazid: orale Darreichungsformen, verzögert frei-setzend | 1.13.22 | Metoprolol + Hydrochlorothiazid: orale Darreichungsformen, verzögert frei-setzend |
| 1.13.22 | Metronidazol: orale Darreichungsformen | 1.13.23 | Metronidazol: orale Darreichungsformen |
| 1.13.23 | Metronidazol: vaginale topische Darreichungsformen | 1.13.24 | Metronidazol: vaginale topische Darreichungsformen |
| 1.13.24 | Metronidazol: parenterale Darreichungsformen | 1.13.25 | Metronidazol: parenterale Darreichungsformen |
| 1.13.25 | Midodrin: orale Darreichungsformen | 1.13.26 | Midodrin: orale Darreichungsformen |
| 1.13.26 | Minocyclin: orale Darreichungsformen | 1.13.27 | Minocyclin: orale Darreichungsformen |
| 1.13.27 | Mirtazapin: orale Darreichungsformen | 1.13.28 | Mirtazapin: orale Darreichungsformen |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| 1.13.28 Moclobemid: abgeteilte orale Darreichungsformen | 1.13.29 Moclobemid: abgeteilte orale Darreichungsformen |
| 1.13.29 Molsidomin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend | 1.13.30 Molsidomin: feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend |
| 1.13.30 Molsidomin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend | 1.13.31 Molsidomin: feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend |
| 1.13.31 Montelukast: orale Darreichungsformen | 1.13.32 Montelukast: orale Darreichungsformen |
| 1.13.32 Morphin: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend | 1.13.33 Morphin: abgeteilte orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend |
| 1.13.33 Moxonidin: abgeteilte orale Darreichungsformen | 1.13.34 Moxonidin: abgeteilte orale Darreichungsformen |
| 1.17.1 ~~(frei)~~ | 1.17.1 Quetiapin: orale Darreichungsformen |
| 1.18.1 Retinol: orale Darreichungsformen | 1.18.1 Retinol: orale Darreichungsformen |
| 1.18.~~2~~ Ropinirol: orale Darreichungsformen | 1.18.2 Riluzol: orale Darreichungsformen |
| | 1.18.3 Rivastigmin: transdermale Darreichungsformen |
| | 1.18.4 Ropinirol: orale Darreichungsformen |
| **2. Festbetragsgruppen für Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen** | 2. Festbetragsgruppen für Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen |
| 2.04.1 Dimeticon und Simet~~h~~icon: feste orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Dimeticon und Simet~~h~~icon | 2.04.1 Dimeticon und Simeticon: feste orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Dimeticon und Simeticon |
| 2.04.2 Dimeticon und Simet~~h~~icon: flüssige orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Dimeticon und Simet~~h~~icon | 2.04.2 Dimeticon und Simeticon: flüssige orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Dimeticon und Simeticon |
| 2.08.1 H2-Antagonisten: weitere H2-Antagonisten, orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Famotidin<br>Nizatidin<br>Ranitidin<br>Roxatidin | 2.08.1 H2-Antagonisten: weitere H2-Antagonisten, orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Famotidin<br>Nizatidin<br>Ranitidin<br>Roxatidin |
| 2.08.2 H2-Antagonisten: weitere H2-Antagonisten, orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Famotidin<br>Ranitidin | 2.08.2 H2-Antagonisten: weitere H2-Antagonisten, orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Famotidin<br>Ranitidin |
| 2.08.3 Heparine, niedermolekular: Niedermolekulare Heparine, parenterale Darreichungsformen, ~~unit-dose~~<br>Wirkstoff:<br>Certoparin: Certoparin natrium<br>Dalteparin: Dalteparin natrium<br>Enoxaparin: Enoxaparin natrium<br>Nadroparin: Nadroparin calcium<br>Reviparin: Reviparin natrium<br>Tinzaparin: Tinzaparin natrium | 2.08.3 Heparine, niedermolekular: Niedermolekulare Heparine, parenterale Darreichungsformen, single dose<br>Wirkstoff:<br>Certoparin: Certoparin natrium<br>Dalteparin: Dalteparin natrium<br>Enoxaparin: Enoxaparin natrium<br>Nadroparin: Nadroparin calcium<br>Reviparin: Reviparin natrium<br>Tinzaparin: Tinzaparin natrium |
| 2.08.4 Herzglykoside, weitere: orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Lanatosid C<br>Meproscillarin<br>Metildigoxin | 2.08.4 Herzglykoside, weitere: orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Lanatosid C<br>Meproscillarin<br>Metildigoxin |
| 2.08.5 HMG-CoA-Reduktasehemmer: abgeteilte orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Atorvastatin: Atorvastatin Calciumsalze<br>Fluvastatin: Fluvastatin Natriumsalze<br>Lovastatin<br>Pitavastatin: Pitavastatin Calciumsalze<br>Pravastatin: Pravastatin Natriumsalze<br>Rosuvastatin: Rosuvastatin Calciumsalze<br>Simvastatin | 2.08.5 HMG-CoA-Reduktasehemmer: abgeteilte orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Atorvastatin: Atorvastatin Calciumsalze<br>Fluvastatin: Fluvastatin Natriumsalze<br>Lovastatin<br>Pitavastatin: Pitavastatin Calciumsalze<br>Pravastatin: Pravastatin Natriumsalze<br>Rosuvastatin: Rosuvastatin Calciumsalze<br>Simvastatin |
| 2.16.1 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren II (Oxicame), rektale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Lornoxicam<br>Meloxicam: Meloxicam meglumin<br>Piroxicam | 2.16.1 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren II (Oxicame), rektale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Lornoxicam<br>Meloxicam: Meloxicam meglumin<br>Piroxicam<br>Tenoxicam |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| Tenoxicam | |
| 2.16.2 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylessigsäurederivate, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend<br>Wirkstoff:<br>Aceclofenac<br>Acemetacin<br>Lonazolac: Lonazolac calcium<br>Nabumeton<br>Proglumetacin: Proglumetacin dimaleat<br>Tolmetin | 2.16.2 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylessigsäurederivate, abgeteilte orale Darreichungsformen, normal freisetzend<br>Wirkstoff:<br>Aceclofenac<br>Acemetacin<br>Lonazolac: Lonazolac calcium<br>Nabumeton<br>Proglumetacin: Proglumetacin dimaleat<br>Tolmetin |
| 2.16.3 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer Arylessigsäurederivate, orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend<br>Wirkstoff:<br>Acemetacin | 2.16.3 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer Arylessigsäurederivate, orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend<br>Wirkstoff:<br>Acemetacin |
| 2.16.4 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylpropionsäurederivate, orale Darreichungsformen, normal freisetzend<br>Wirkstoff:<br>Fenbufen<br>Fenoprofen<br>Flurbiprofen<br>Ketoprofen<br>Naproxen<br>Tiaprofensäure | 2.16.4 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylpropionsäurederivate, orale Darreichungsformen, normal freisetzend<br>Wirkstoff:<br>Fenbufen<br>Fenoprofen<br>Flurbiprofen<br>Ketoprofen<br>Naproxen<br>Tiaprofensäure |
| 2.16.5 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylpropionsäurederivate, orale Darreichungsformen, normal freisetzend<br>Wirkstoff:<br>Naproxen | 2.16.5 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Arylpropionsäurederivate, orale Darreichungsformen, normal freisetzend<br>Wirkstoff:<br>Naproxen |
| 2.16.6 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren I (Pyrazolidindion-Derivate), orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Azapropazon<br>Bumadizon<br>Mofebutazon<br>Oxyphenbutazon<br>Phenylbutazon | 2.16.6 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren I (Pyrazolidindion-Derivate), orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Azapropazon<br>Bumadizon<br>Mofebutazon<br>Oxyphenbutazon<br>Phenylbutazon |
| 2.16.7 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren II (Oxicame), abgeteilte orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Lornoxicam<br>Meloxicam: Meloxicam meglumin<br>Piroxicam: Piroxicam betadex<br>Tenoxicam | 2.16.7 Prostaglandin-Synthetase-Hemmer: Keto-Enolsäuren II (Oxicame), abgeteilte orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Lornoxicam<br>Meloxicam: Meloxicam meglumin<br>Piroxicam: Piroxicam betadex<br>Tenoxicam |
| 2.16.8 Protonenpumpenhemmer: abgeteilte orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Esomeprazol: Esomeprazol Magnesiumsalze<br>Lansoprazol<br>Omeprazol: Omeprazol Magnesiumsalze<br>Pantoprazol: Pantoprazol Natriumsalze<br>Rabeprazol: Rabeprazol Natriumsalze | 2.16.8 Protonenpumpenhemmer: abgeteilte orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br><u>Dexlansoprazol</u><br>Esomeprazol: Esomeprazol Magnesiumsalze<br>Lansoprazol<br>Omeprazol: Omeprazol Magnesiumsalze<br>Pantoprazol: Pantoprazol Natriumsalze<br>Rabeprazol: Rabeprazol Natriumsalze |
| **3. Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen** | 3. Arzneimittel mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombina-tionen |
| 3.08.1 H1-Antagonisten: Antihistaminika, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend<br>Wirkstoff:<br>Bamipin<br>Clemastin<br>Dexchlorpheniramin<br>Dimetinden<br>Diphenylpyralin<br>Pheniramin<br>Triprolidin | 3.08.1 H1-Antagonisten: Antihistaminika, feste orale Darreichungsformen, normal freisetzend<br>Wirkstoff:<br>Bamipin<br>Clemastin<br>Dexchlorpheniramin<br>Dimetinden<br>Diphenylpyralin<br>Pheniramin<br>Triprolidin |
| 3.08.2 H1-Antagonisten: Antihistaminika, feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend<br>Wirkstoff:<br>Brompheniramin | 3.08.2 H1-Antagonisten: Antihistaminika, feste orale Darreichungsformen, verzögert freisetzend<br>Wirkstoff:<br>Brompheniramin<br>Carbinoxamin<br>Dimetinden |

| Alte Fassung | | Neue Fassung | |
|---|---|---|---|
| | Carbinoxamin<br>Dimetinden<br>Pheniramin | | Pheniramin |
| 3.08.3 | H1-Antagonisten: Antihistaminika, flüssige orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Alimemazin<br>Carbinoxamin<br>Clemastin<br>Dimetinden<br>Diphenylpyralin<br>Mebhydrolin<br>Mequitazin<br>Pheniramin | 3.08.3 | H1-Antagonisten: Antihistaminika, flüssige orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Alimemazin<br>Carbinoxamin<br>Clemastin<br>Dimetinden<br>Diphenylpyralin<br>Mebhydrolin<br>Mequitazin<br>Pheniramin |
| 3.08.4 | H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, abgeteilte orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Astemizol<br>Azelastin: Azelastin hydrochlorid<br>Terfenadin | 3.08.4 | H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, abgeteilte orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Astemizol<br>Azelastin: Azelastin hydrochlorid<br>Terfenadin |
| 3.08.5 | H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, abgeteilte orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Cetirizin<br>Loratadin | 3.08.5 | H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, abgeteilte orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Cetirizin<br>Loratadin |
| 3.08.6 | H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, flüssige orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Cetirizin<br>Loratadin | 3.08.6 | H1-Antagonisten: weitere Antihistaminika, flüssige orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Cetirizin<br>Loratadin |
| 3.08.7 | H1-Antagonisten: Antihistaminika mit zusätzlicher Hemmung der Mediatorfrei-setzung, abgeteilte orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Ketotifen<br>Oxatomid | 3.08.7 | H1-Antagonisten: Antihistaminika mit zusätzlicher Hemmung der Mediatorfrei-setzung, abgeteilte orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Ketotifen<br>Oxatomid |
| 3.08.8 | H1-Antagonisten: Antihistaminika mit zusätzlicher Hemmung der Mediatorfrei-setzung, flüssige orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Ketotifen<br>Oxatomid | 3.08.8 | H1-Antagonisten: Antihistaminika mit zusätzlicher Hemmung der Mediatorfrei-setzung, flüssige orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Ketotifen<br>Oxatomid |
| 3.08.9 | H1-Antagonisten: Antihistaminika, topische Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Bamipin<br>Chlorphenoxamin<br>Clemastin<br>Dimetinden<br>Diphenhydramin<br>Pheniramin<br>Tripelennamin | 3.08.9 | H1-Antagonisten: <u>weitere</u> Antihistaminika, topische Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Bamipin<br>Chlorphenoxamin<br>Clemastin<br>Dimetinden<br>Diphenhydramin<br>Pheniramin<br>Tripelennamin |
| 3.20.1 | Thiamin + Pyridoxin: orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Thiamin + Pyridoxin | 3.20.1 | Thiamin + Pyridoxin: orale Darreichungsformen<br>Wirkstoff:<br>Thiamin + Pyridoxin |
| | | <u>3.21.1</u> | <u>Urologische Spasmolytika: feste, orale Darreichungsformen</u><br><u>Wirkstoff:</u><br><u>Darifenacin</u><br><u>Darifenacin hydrobromid</u><br><u>Fesoterodin</u><br><u>Fesoterodin fumarat</u><br><u>Propiverin</u><br><u>Propiverin hydrochlorid</u><br><u>Solifenacin</u><br><u>Solifenacin succinat</u><br><u>Tolterodin</u><br><u>Tolterodin (R,R)-tartra</u><br><u>Trospiumchlorid</u> |
| **Anlage 7**<br>(zu § 23 Absatz 1) | | **Anlage 7**<br>(zu § 23 Absatz 1) | |

**Alte Fassung**

**Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel**

Abschnitt 1
Leistungsverzeichnis

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

**Neue Fassung**

**Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel**

Abschnitt 1
Leistungsverzeichnis

| Nr. | Leistung | beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro |
|---|---|---|
| | **Bereich Inhalation** | |
| 1 | Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung<br>a) als Einzelinhalation<br>b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer<br>c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer<br>Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig. | 8,80<br>4,80<br>7,50 |
| 2 | Radon-Inhalation<br>a) im Stollen<br>b) mittels Hauben | 14,90<br>18,20 |
| | **Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen** | |
| 3 | Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans | 16,50 |
| 4 | Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten | 25,70 |
| 5 | Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten | 33,80 |
| 6 | Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten | 45,30 |
| 7 | Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 8,20 |
| 8 | Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer | 14,30 |

| Alte Fassung | | | Neue Fassung | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | a) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | ~~34,30 €~~ | | Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten je Teilnehmerin oder Teilnehmer | |
| | b) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen in einer Gruppe (2-5 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | ~~10,80 €~~ | 9 | Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten | 71,40 |
| 9 | Bewegungsübungen | ~~7,70 €~~ | 10 | Krankengymnastik im Bewegungsbad | |
| 10 | Krankengymnastik ~~oder Bewegungsübungen~~ im Bewegungsbad | | | a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 31,20 |
| | a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe | ~~23,60 €~~ | | b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 19,50 |
| | b) in einer Gruppe (bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe | ~~11,80 €~~ | | c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 15,60 |
| 11 | Manuelle Therapie ~~zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer~~ 30 Minuten | ~~22,50 €~~ | 11 | Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten | 29,70 |
| 12 | Chirogymnastik ~~einschließlich der erforderlichen Nachruhe~~ | ~~14,40 €~~ | 12 | Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten | 19,00 |
| 13 | Erweiterte ambulante Physiotherapie[3)] Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag | ~~81,90 €~~ | 13 | Bewegungsübungen | |
| | | | | a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten | 10,20 |
| | | | | b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten | 6,60 |
| 14 | Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich medizinischen Aufbautrainings (MAT) und medizinischer Trainingstherapie (MTT), Behandlungsrichtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal ~~18~~ Behandlungen je Kalenderhalbjahr | ~~35,00 €~~ | 14 | Bewegungsübungen im Bewegungsbad | |
| | | | | a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 31,20 |
| | | | | b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 19,50 |
| 15 | Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glissonschlinge) | ~~5,20 €~~ | | c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten | 15,60 |
| 16 | Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) | ~~6,70 €~~ | 15 | Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag | 108,10 |
| | **Bereich Massagen** | | 16 | Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr | 46,20 |
| 17 | Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) | ~~13,80 €~~ | | | |
| 18 | Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder | | | | |
| | a) Teilbehandlung, 30 Minuten | ~~19,50 €~~ | | | |
| | b) Großbehandlung, 45 Minuten | ~~29,20 €~~ | 17 | Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, | 8,80 |

| Alte Fassung | | | Neue Fassung | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | c) Ganzbehandlung, 60 Minuten | ~~39,00 €~~ | | Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten | |
| | d) Kompressionsbandagierung einer Extremität[2)] | ~~8,70 €~~ | | **Bereich Massagen** | |
| 19 | Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe | ~~23,10 €~~ | 18 | Massage einzelner oder mehrerer Körperteile | |
| | | | | a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten | 18,20 |
| | | | | b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten | 18,20 |
| | **Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder** | | 19 | Manuelle Lymphdrainage (MLD) | |
| 20 | Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe | ~~10,30 €~~ | | a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten | 25,70 |
| | | | | b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten | 38,50 |
| 21 | Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe | | | c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten | 58,30 |
| | a) bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turba-therm) | ~~11,80 €~~ | | d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig | 12,40 |
| | b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid | | 20 | Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten | 30,50 |
| | aa) Teilpackung | ~~20,50 €~~ | | **Bereich Palliativversorgung** | |
| | bb) Großpackung | ~~28,20 €~~ | 21 | Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten | 66,00 |
| 22 | Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe | ~~14,90 €~~ | | **Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder** | |
| | | | 22 | Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 13,60 |
| 23 | Kaltpackung (Teilpackung) | | 23 | Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe | |
| | a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem | ~~7,70 €~~ | | a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) | 15,60 |
| | b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid | ~~15,40 €~~ | | b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid | |
| 24 | Heublumensack, Peloidkompresse | ~~9,20 €~~ | | aa) Teilpackung | 36,20 |
| 25 | Wickel, Auflagen, Kompressen und anderen, auch mit Zusatz | ~~4,60 €~~ | | bb) Großpackung | 47,80 |
| 26 | Trockenpackung | ~~3,10 €~~ | 24 | Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 19,70 |
| 27 | a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss | ~~3,10 €~~ | | | |
| | b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss | ~~4,60 €~~ | 25 | Kaltpackung (Teilpackung) | |
| | c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung | ~~4,10 €~~ | | a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem | 10,20 |
| 28 | a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach | ~~12,30 €~~ | | | |

| Alte Fassung | | | Neue Fassung | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe | ~~20,00 €~~ | | b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid | 20,30 |
| 29 | Wechselbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>a) Teilbad<br>b) Vollbad | <br>~~9,20 €~~<br>~~13,30 €~~ | 26 | Heublumensack, Peloidkompresse | 12,10 |
| 30 | Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe | ~~19,00 €~~ | 27 | Wickel, Auflagen, Kompressen und anderen, auch mit Zusatz | 6,10 |
| 31 | Naturmoorbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>a) Halbbad<br>b) Vollbad | <br>~~32,80 €~~<br>~~39,90 €~~ | 28 | Trockenpackung | 4,10 |
| | | | 29 | a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss<br>b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss<br>c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung | 4,10<br>6,10<br>5,40 |
| 32 | Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>a) Teilbad<br>b) Vollbad | <br>~~28,70 €~~<br>~~32,80 €~~ | 30 | a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 16,20<br>26,40 |
| 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 €~~ | 31 | Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>a) Teilbad<br>b) Vollbad | <br>12,10<br>17,60 |
| | | | 32 | Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 25,10 |
| 34 | Medizinische Bäder mit Zusätzen<br>a) Teilbad (Hand- oder Fußbad) mit Zusatz, zum Beispiel vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze<br>b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>d) Bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz | <br>~~6,70 €~~<br>~~13,30 €~~<br>~~18,50 €~~<br>~~3,10 €~~ | 33 | Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>a) Teilbad<br>b) Vollbad | <br>43,30<br>52,70 |
| | | | 34 | Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>a) Teilbad<br>b) Vollbad | <br>37,90<br>43,30 |
| 35 | Gashaltige Bäder<br>a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>b) gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat | <br>~~19,50 €~~<br>~~22,50 €~~<br>~~21,00 €~~<br>~~18,50 €~~<br>~~3,10 €~~ | 35 | Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe | 43,30 |
| | | | 36 | Medizinisches Bad mit Zusatz<br>a) Hand- oder Fußbad<br>b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz | <br>8,80<br>17,60<br>24,40<br>4,10 |
| | | | 37 | Gashaltiges Bad<br>a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe<br>b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe | <br>25,70<br>29,70 |

| Alte Fassung | | | Neue Fassung | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter Nummer 34 Buchstabe a bis c und Nummer 35 Buchstabe b jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 34 Buchstabe d beihilfefähig. | | | c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforder-lichen Nachruhe | 27,70 |
| | | | | d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 24,40 |
| | | | | e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat | 4,10 |
| | **Bereich Kälte- und Wärme-behandlung** | | 38 | Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig. | |
| 36 | a) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung) | ~~9,80 €~~ | | **Bereich Kälte- und Wärmebehandlung** | |
| | b) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke | ~~6,70 €~~ | 39 | Kältetherapie bei einem oder mehreren Körper-teilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen | 12,90 |
| 37 | Eisteilbad | ~~9,80 €~~ | | | |
| 38 | Heißluftbehandlung eines oder mehrerer Körperteile oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler auch Infrarot) bei einem oder mehreren Körperteilen | ~~5,70 €~~ | 40 | Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten | 7,50 |
| | | | 41 | Ultraschall-Wärmetherapie | 11,90 |
| | **Bereich Elektrotherapie** | | | **Bereich Elektrotherapie** | |
| 39 | Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese | ~~6,20 €~~ | 42 | Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen | 8,20 |
| 40 | Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen) | ~~6,20 €~~ | 43 | Elektrostimulation bei Lähmungen | 15,60 |
| 41 | Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation) | ~~6,20 €~~ | 44 | Iontophorese | 8,20 |
| 42 | Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen | ~~11,80 €~~ | 45 | Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad) | 14,90 |
| 43 | Iontophorese | ~~6,20 €~~ | 46 | Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 29,00 |
| 44 | Zwei- oder Vierzellenbad | ~~11,30 €~~ | | **Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie** | |
| 45 | Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe | ~~22,00 €~~ | 47 | Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall | 108,00 |
| | **Bereich Lichttherapie** | | 48 | Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluck-störungen | |
| 46 | Behandlung mit Ultraviolettlicht | | | a) Richtwert: 30 Minuten | 41,80 |
| | a) als Einzelbehandlung | ~~3,10 €~~ | | b) Richtwert: 45 Minuten | 59,00 |
| | b) in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | ~~2,60 €~~ | | c) Richtwert: 60 Minuten | 68,90 |

| Alte Fassung | | | Neue Fassung | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 47 | a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht | ~~3,10 €~~ | | d) Richtwert: 90 Minuten Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig. | 103,40 |
| | b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht | ~~5,20 €~~ | | | |
| 48 | Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes | ~~6,20 €~~ | 49 | Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluck-störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | |
| 49 | Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder | ~~8,70 €~~ | | a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten | 50,40 |
| | **Bereich Logopädie** | | | b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten | 34,60 |
| 50 | Behandlungsplanung und Bericht | | | c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten | 67,60 |
| | a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und –besprechung, einmal je Behandlungsfall | ~~31,70 €~~ | | d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfe-fähig. | 56,10 |
| | b) standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall | ~~49,60 €~~ | | **Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)** | |
| | c) ausführlicher Bericht | ~~11,80 €~~ | 50 | Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall | 41,80 |
| 51 | Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen | | 51 | Einzelbehandlung | |
| | a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | ~~31,70 €~~ | | a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten | 41,80 |
| | b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | ~~41,50 €~~ | | b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten | 54,80 |
| | c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten | ~~52,20 €~~ | | c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten | 72,30 |
| 52 | Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung der Patientin oder des Patienten oder gegebenenfalls der Eltern, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | | | d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten | 128,20 |
| | a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | ~~14,90 €~~ | | e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall | |
| | b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | ~~17,40 €~~ | | aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit | |
| | **Bereich Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)** | | | aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen | 40,70 |
| 53 | Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall | ~~31,70 €~~ | | bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen | 54,40 |
| 54 | Einzelbehandlung | | | bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen | 67,70 |
| | a) bei motorischen Störungen, ~~Mindestbehandlungsdauer~~ 30 Minuten | ~~31,70 €~~ | 52 | Gruppenbehandlung | |
| | b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, ~~Mindestbehandlungsdauer~~ 45 Minuten | ~~41,50 €~~ | | a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teil-nehmerin oder Teilnehmer | 16,00 |
| | c) bei psychischen Störungen, ~~Mindestbehandlungsdauer~~ 60 Minuten | ~~54,80 €~~ | | | |

| Alte Fassung | | | Neue Fassung | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55 | Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | ~~31,70 €~~ | | b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 20,60 |
| 56 | Gruppenbehandlung<br>a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | ~~14,40 €~~ | | c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teil-nehmerin oder Teilnehmer | 37,90 |
| | b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | ~~28,70 €~~ | | d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 70,20 |
| | **Bereich Podologische Therapie[4)]** | | 53 | Hirnleistungstraining/ Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten | 46,20 |
| 57 | Hornhautabtragung an beiden Füßen | ~~14,50 €~~ | 54 | Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 20,60 |
| 58 | Hornhautabtragung an einem Fuß | ~~8,70 €~~ | | **Bereich Podologie** | |
| 59 | Nagelbearbeitung an beiden Füßen | ~~13,05 €~~ | 55 | Hornhautabtragung an beiden Füßen | 26,70 |
| 60 | Nagelbearbeitung an einem Fuß | ~~7,25 €~~ | 56 | Hornhautabtragung an einem Fuß | 18,90 |
| 61 | Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) | ~~26,10 €~~ | 57 | Nagelbearbeitung an beiden Füßen | 25,10 |
| 62 | Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) | ~~14,50 €~~ | 58 | Nagelbearbeitung an einem Fuß | 18,90 |
| | | | 59 | Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) beider Füße | 41,60 |
| | **Bereich Sonstiges** | | 60 | Podologische Komplexbehandlung (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) eines Fußes | 26,70 |
| 63 | Ärztlich verordneter Hausbesuch | ~~9,20 €~~ | 61 | Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen | 194,60 |
| 64 | Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels<br><br>Bei Besuchen mehrerer Patientinnen oder Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 63 und 64 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig. | | 62 | Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen | 37,40 |
| | | | 63 | Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation | 64,80 |
| | | | 64 | Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxie-spange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen | 74,80 |
| | | | 65 | Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, | 37,40 |

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

**Alte Fassung**

## Abschnitt 2

## Erweiterte ambulante Physiotherapie

1. Aufwendungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP) – Nummer 13 des Leistungsverzeichnisses – werden nur bei folgenden Indikationen als beihilfefähig anerkannt:

   a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
      aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
      bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
      cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
      dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
      ee) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb,

   b) Operation am Skelettsystem
      aa) posttraumatische Osteosynthesen,
      bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,

   c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit
      aa) Schulterprothesen,
      bb) Knieendoprothesen,
      cc) Hüftendoprothesen,

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

   a) 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.

**Neue Fassung**

| | | |
|---|---|---|
| | einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen | |
| | **Bereich Ernährungstherapie** | |
| 66 | Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten | 66,00 |
| 67 | Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr | 33,00 |
| 68 | Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr | 11,00 |
| | **Bereich Sonstiges** | |
| 69 | Ärztlich verordneter Hausbesuch | 12,10 |
| 70 | 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 | |
| 71 | Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nach den Nummern 69 und 70 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig. | |

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

Abschnitt 2
Erweiterte ambulante Physiotherapie

1. Aufwendungen für eine EAP nach Abschnitt 1 Nummer 15 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Therapie in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist und bei einer der folgenden Indikationen angewendet wird:

   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, musku-lärer 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 von mehr als 50°Grad nach Cobb,

   b) Operationen am Skelettsystem bei
      aa) posttraumatischen Osteosynthesen,
      bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,

   c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulären Defiziten bei
      aa) Schulterprothesen,

**Alte Fassung**

3. Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
   a) Krankengymnastische Einzeltherapie
   b) Physikalische Therapie nach Bedarf
   c) Medizinisches Aufbautraining
   Bei Bedarf können folgende zusätzliche Leistungen erbracht werden:
   d) Lymphdrainage oder Massage oder Bindegewebsmassage
   e) Isokinetik
   f) Unterwassermassage.
   Diese zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 13 abgegolten.

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

**Abschnitt 3**

**Medizinisches Aufbautraining**

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

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

3. Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von einer Ärztin oder einem Arzt erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3fachen 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-Sequenz-trainings 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

**Neue Fassung**

   bb) Knieendoprothesen,
   cc) Hüftendoprothesen,

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

   e) Amputationen.

   Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit 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 fol-gende Leistungen:

   a) Krankengymnastische Einzeltherapie,

   b) Physikalische Therapie,

   c) MAT.

4. Werden Lymphdrainage, Massage, Bindegewebsmassage, Isokinetik oder Unterwassermassage zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 15 abgegolten.

5. 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 MAT nach Abschnitt 1 Nummer 16 mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn

   a) das Training verordnet wird von
      aa) einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt,
      bb) einer Fachärztin oder einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,
      cc) einer Ärztin oder einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder
      dd) einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“,

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| analog 846, analog 558 sowie Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte können pro Sitzung jeweils nur einmal abgerechnet werden. | b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der The-rapieeinrichtung vorgenommen werden und<br><br>c) jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird; die Durch-führung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert 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. | 2. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt. |
| 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. | 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:<br><br>a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich bio-mechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog. Aufwendungen für eine Kontrolluntersuchung (Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) nach Abschluss der Behandlungsserie sind beihilfefähig.<br><br>b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen (Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog), zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings (Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte analog) und begleitender krankengymnastischer Übungen (Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte). Aufwendungen für Leistungen nach Nummer 506, Nummer 558 analog sowie Nummer 846 analog der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind pro Sitzung jeweils nur einmal beihilfefähig. |
| **Abschnitt 4**<br>**Aufwendungen für medizinische Fußpflege** | 4. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringerinnen oder Leistungser-bringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Abschnitt 1 Nummer 16. |
| Aufwendungen für medizinische Fußpflege durch Podologinnen, Podologen, medizinische Fußpflegerinnen und medizinische Fußpfleger sind nur bei der Diagnose “Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig. | 5. Aufwendungen für Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen nach Nummer 1 entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden. |
| | Abschnitt 4<br>Palliativversorgung |
| | 1. Aufwendungen für Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 40 Absatz 1 umfasst sind. |
| | 2. Aufwendungen für Palliativversorgung werden als beihilfefähig anerkannt bei<br><br>a) passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funk-<br>tioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,<br><br>b) aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,<br><br>c) atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen, |

**Alte Fassung**

**Neue Fassung**

d) spastischen Lähmungen (cerebral oder spinal bedingt),

e) schlaffen Lähmungen,

f) abnormen Bewegungen/Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,

g) Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,

h) funktionellen Störungen von Organsystemen (zum Beispiel Herz-Kreislaufer-krankungen, Lungen-/Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur),

i) unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.

3. Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 umfassen folgende Leistungen:

a) Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan,

b) Wahrnehmungsschulung,

c) Behandlung von Organfehlfunktionen (zum Beispiel Atemtherapie),

d) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübungen),

e) angepasstes, gerätegestütztes Training,

f) Anwendung entstauender Techniken,

g) Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnas-tischen Behandlung,

h) ergänzende Beratung,

i) Begleitung in der letzten Lebensphase,

j) Anleitung oder Beratung der Bezugsperson,

k) Hilfsmittelversorgung,

l) interdisziplinäre Absprachen.

**Anlage 8**
(zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1)

**Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel**

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 Fünften Buches Sozialgesetzbuch verfügt,
7. klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
8. Masseurin oder Masseur,
9. medizinische Bademeisterin oder medizinischer Bademeister,
10. Podologin oder Podologe,

**Anlage 8**
(zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1)

**Zugelassene Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer für Heilmittel**

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass das Heilmittel in einem der folgenden Bereiche und von einer der folgenden Personen angewandt wird und dass die Anwendung dem Berufsbild der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers entspricht:

1. Bereich Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativver-sorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
   a) Physiotherapeutin oder Physiotherapeut,
   b) Masseurin und medizinische Bademeisterin oder Masseur und medizinischer Bademeister,
   c) Krankengymnastin oder Krankengymnast,

**Alte Fassung**

11. medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes.

**Neue Fassung**

2. Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
   a) Logopädin oder Logopäde,
   b) staatlich anerkannte Sprachtherapeutin oder staatlich anerkannter Sprachtherapeut,
   c) staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin der Schule Schlaffhorst-Andersen oder staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,
   d) medizinische Sprachheilpädagogin oder medizinischer Sprachheilpädagoge,
   e) klinische Linguistin oder klinischer Linguist,
   f) klinische Sprechwissenschaftlerin oder klinischer Sprechwissenschaftler,
   g) bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Poltern auch
      aa) Sprachheilpädagogin oder Sprachheilpädagoge,
      bb) Diplomlehrerin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomlehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
      cc) Diplomvorschulerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplomvorschulerzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
      dd) Diplomerzieherin für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte oder Diplom-erzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
   h) Diplompatholinguistin oder Diplompatholinguist,

3. Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)
   a) Ergotherapeutin oder Ergotherapeut,
   b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut,

4. Bereich Podologie
   a) Podologin oder Podologe,
   b) medizinische Fußpflegerin oder medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes,

5. Bereich Ernährungstherapie
   a) Diätassistentin oder Diätassistent,
   b) Oecotrophologin oder Oecotrophologe,
   c) Ernährungswissenschaftlerin oder Ernährungswissenschaftler.

**Anlage 9**
(zu § 25 Absatz 1 und 4)

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

**Abschnitt 1**

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

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

**Anlage 9**
(zu § 25 Absatz 1 und 4)

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

**Abschnitt 1**

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

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

| Alte Fassung | | Neue Fassung | |
|---|---|---|---|
| 1.1 | Abduktionslagerungskeil | 1.1 | Abduktionslagerungskeil |
| 1.2 | Absauggerät (zum Beispiel bei Kehlkopfer-krankung) | 1.2 | Absauggerät (zum Beispiel bei Kehlkopfer-krankung) |
| 1.3 | Anpassungen für diverse Gebrauchsgegenstände (zum Beispiel Universalhalter für Schwerstbehinderte zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme) | 1.3 | Adaptionshilfen |
| | | 1.4 | 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 | Alarmgerät für Epileptikerinnen oder Epileptiker |
| 1.5 | Anatomische Brillenfassung | 1.6 | Anatomische Brillenfassung |
| 1.6 | Anus-praeter-Versorgungsartikel | 1.7 | Anus-praeter-Versorgungsartikel |
| 1.7 | Anzieh- oder Ausziehhilfen | 1.8 | Anzieh- oder Ausziehhilfen |
| 1.8 | Aquamat | 1.9 | Aquamat |
| 1.9 | Armmanschette | 1.10 | Armmanschette |
| 1.10 | Armtragegurt oder -tuch | 1.11 | Armtragegurt oder -tuch |
| 1.11 | Arthrodesensitzkissen oder -sitzkoffer | 1.12 | Arthrodesensitzkissen oder -sitzkoffer |
| 1.12 | Atemtherapiegeräte | 1.13 | Atemtherapiegeräte |
| 1.13 | Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung) | 1.14 | Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung) |
| 1.14 | Auffahrrampen für einen Krankenfahrstuhl | 1.15 | Auffahrrampen für einen Krankenfahrstuhl |
| 1.15 | Aufrichteschlaufe | 1.16 | Aufrichteschlaufe |
| 1.16 | Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 Euro beihilfefähig) | 1.17 | Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 Euro beihilfefähig) |
| 1.17 | Aufstehgestelle | 1.18 | Aufstehgestelle |
| 1.18 | Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderung) | 1.19 | Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderung) |
| 1.19 | Augenbadewanne, -dusche, -spülglas, -flasche, -pinsel, -pipette oder -stäbchen | 1.20 | Augenbadewanne, -dusche, -spülglas, -flasche, -pinsel, -pipette oder -stäbchen |
| 1.20 | Augenschielklappe, auch als Folie | 1.21 | Augenschielklappe, auch als Folie |
| 3.1 | Clavicula-Bandage | 3.1 | Clavicula-Bandage |
| | | 3.2 | Cochlea-Implantate einschließlich Zubehör |
| 3.2 | Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen) | 3.3 | 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 | 3.4 | Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhardware und Spezialsoftware bis zu 3 500 Euro, gegebenenfalls zuzüglich bis zu 5 400 Euro für eine Braillezeile mit 40 Modulen |
| 8.1 | Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze | 8.1 | Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze |
| 8.2 | Handgelenkriemen | 8.2 | Handgelenkriemen |
| 8.3 | Hebekissen | 8.3 | Hebekissen |
| 8.4 | Heimdialysegerät | 8.4 | Heimdialysegerät |
| 8.5 | Helfende Hand, Scherenzange | 8.5 | Helfende Hand, Scherenzange |
| 8.6 | Herz-Atmungs-Überwachungsgerät oder -monitor | 8.6 | Herz-Atmungs-Überwachungsgerät oder -monitor |
| 8.7 | Hochtontherapiegerät | 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 | 8.8 | Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte], Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte [C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals], drahtlose Hörhilfen, Otoplastik, In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte]), alle fünf Jahre einschließlich der Nebenkosten, es sei denn, aus medizinischen oder technischen Gründen ist eine vorzeitige Verordnung zwingend erforderlich; Aufwendungen sind für Personen ab 15 Jahren auf 1 500 Euro je Ohr begrenzt, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für eine medizinisch indizierte notwendige Fernbedienung; der Höchstbetrag kann überschritten werden, soweit dies erforderlich ist, um eine ausreichende Versorgung bei beidseitiger an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten zu gewährleisten |
| 18.1 | Reflektometer | | |

**Alte Fassung**

18.2 Rektophor
18.3 Rollator
18.4 Rollbrett
18.5 Rutschbrett

**Abschnitt 4**

**Sehhilfen**

Unterabschnitt 4

Vergrößernde Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe

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

   Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Sehhilfe von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde verordnet worden ist, die oder der die Notwendigkeit und die Art der benötigten Sehhilfen selbst oder in Zusammenarbeit mit einer entsprechend ausgestatteten Augenoptikerin oder einem entsprechend ausgestatteten Augenoptiker bestimmt hat.

2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:
   a) Fernrohrlupenbrillensysteme (zum Beispiel nach Galilei oder Kepler) für die Zwischendistanz (Raumkorrektur) oder die Ferne,
   b) separate Lichtquellen (zum Beispiel zur Kontrasterhöhung oder zur Ausleuchtung der Lektüre),
   c) Fresnellinsen.

**Anlage 10**
(zu § 25 Absatz 1, 2 und 4)

**Nicht beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle**

Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die weder notwendig noch der Höhe nach 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:

**Neue Fassung**

18.1 Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
18.2 Reflektometer
18.3 Rektophor
18.4 Rollator
18.5 Rollbrett
18.6 Rutschbrett

**Abschnitt 4**

**Sehhilfen**

Unterabschnitt 4

Vergrößernde Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe

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

   Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Sehhilfe von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Augenheilkunde verordnet worden ist, die oder der die Notwendigkeit und die Art der benötigten Sehhilfen selbst oder in Zusammenarbeit mit einer entsprechend ausgestatteten Augenoptikerin oder einem entsprechend ausgestatteten Augenoptiker bestimmt hat.

2. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:
   a) Fernrohrlupenbrillensysteme (zum Beispiel nach Galilei oder Kepler) für die Zwischendistanz (Raumkorrektur) oder die Ferne,
   b) separate Lichtquellen (zum Beispiel zur Kontrasterhöhung oder zur Ausleuchtung der Lektüre),
   c) Fresnellinsen.

**Anlage 10**
(zu § 25 Absatz 1, 2 und 4)

**Nicht beihilfefähige Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle**

Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die weder notwendig noch der Höhe nach 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:

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| 6.1 ~~Farberkennungsgerät~~ | 6.1 Fieberthermometer |
| 6.2 Fieberthermometer | 6.2 Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (zum Beispiel Venentrainer) |
| ~~6.3~~ Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (zum Beispiel Venentrainer) | |
| 21.1 Übungsmatte | 21.1 Übungsmatte |
| 21.2 Ultraschalltherapiegeräte | 21.2 Ultraschalltherapiegeräte |
| 21.3 ~~Umweltkontrollgerät~~ | 21.3 Urin-Prüfgerät |
| ~~21.4~~ Urin-Prüfgerät | |

**Anlage 12**
(zu § 41 Absatz 3)

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

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

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

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

**1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung**

Pro Familie sind die Aufwendungen für eine einmalige Risikofeststellung mit interdisziplinärer Erstberatung, Stammbaumerfassung und Mitteilung des Genbefundes pauschal in Höhe von 900 Euro beihilfefähig. Die Pauschale beinhaltet auch die Beratung weiterer Familienmitglieder.

**2. Genanalyse**

Aufwendungen für eine Genanalyse bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall) sind pauschal in Höhe von ~~5 900~~ Euro beihilfefähig. Wird eine ratsuchende gesunde Person nur hinsichtlich der mutierten Gensequenz untersucht, sind die Aufwendungen in Höhe von ~~360~~ Euro beihilfefähig.

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

**3. Strukturiertes Früherkennungsprogramm**

Aufwendungen für die Teilnahme an einem strukturierten Früherkennungsprogramm sind einmal

**Anlage 12**
(zu § 41 Absatz 3)

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

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

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

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

**1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung**

Pro Familie sind die Aufwendungen für eine einmalige Risikofeststellung mit interdisziplinärer Erstberatung, Stammbaumerfassung und Mitteilung des Genbefundes pauschal in Höhe von 900 Euro beihilfefähig. Die Pauschale beinhaltet auch die Beratung weiterer Familienmitglieder.

**2. Genanalyse**

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

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

**3. Strukturiertes Früherkennungsprogramm**

Aufwendungen für die Teilnahme an einem strukturierten Früherkennungsprogramm sind einmal

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| jährlich in Höhe von pauschal 580 Euro beihilfefähig. | jährlich in Höhe von pauschal 580 Euro beihilfefähig. |
| **4. Zentren für familiären Brust- oder Eierstockkrebs** | **4. Zentren für familiären Brust- oder Eierstockkrebs** |
| **Berlin**<br>Charité-Universitätsmedizin Berlin, Brustzentrum<br>**Dresden**<br>Technische Universität Dresden, Universitäts-klinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe<br>**Düsseldorf**<br>Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum<br>**Göttingen**<br>Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum<br>**Hannover**<br>Medizinische Hochschule Hannover, ~~Institut für Zell- und Molekularpathologie~~<br>**Heidelberg**<br>Universität Heidelberg, Institut für Humangenetik<br>**Kiel**<br>Universitätsfrauenklinik Kiel<br>**Köln/Bonn**<br>Universität zu Köln, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs<br>**Leipzig**<br>Universität Leipzig, Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs<br>**München**<br>Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar, Klinik für Frauenheilkunde Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik für Frauenheilkunde<br>**Münster**<br>Universität Münster, Institut für Humangenetik<br>**Regensburg**<br>Universität Regensburg, Institut für Human-genetik<br>**Tübingen**<br>Universität Tübingen, Institut für Humangenetik<br>**Ulm**<br>Universität Ulm, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe<br>**Würzburg**<br>Frauenklinik der Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Genetik im Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs | **Berlin**<br>Charité-Universitätsmedizin Berlin, Brustzentrum<br>**Dresden**<br>Technische Universität Dresden, Universitäts-klinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe<br>**Düsseldorf**<br>Universitätsklinikum Düsseldorf, Frauenklinik, Brustzentrum<br>**Göttingen**<br>Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum<br>**Hannover**<br>Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Humangenetik<br>**Heidelberg**<br>Universität Heidelberg, Institut für Humangenetik<br>**Kiel**<br>Universitätsfrauenklinik Kiel<br>**Köln/Bonn**<br>Universität zu Köln, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs<br>**Leipzig**<br>Universität Leipzig, Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs<br>**München**<br>Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar, Klinik für Frauenheilkunde Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik für Frauenheilkunde<br>**Münster**<br>Universität Münster, Institut für Humangenetik<br>**Regensburg**<br>Universität Regensburg, Institut für Human-genetik<br>**Tübingen**<br>Universität Tübingen, Institut für Humangenetik<br>**Ulm**<br>Universität Ulm, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe<br>**Würzburg**<br>Frauenklinik der Universität Würzburg, Abteilung für Medizinische Genetik im Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs |
| | **Anlage 13**<br>(zu § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4) |
| | **Heilbäder- und Kurorteverzeichnis** |
| | Abschnitt 1<br>Heilbäder und Kurorte im Inland |

| Name ohne „Bad“ | PLZ | Gemeinde | Anerkennung als Heilbad o- | Artbezeichnung |
|---|---|---|---|---|

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | **der Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)** | |
| **A** | | | | |
| | | | | |
| Aachen | 52066 | Aachen | Burtscheid | Heilbad |
| | 52062 | Aachen | Monheims-allee | Heilbad |
| Aalen | 73433 | Aalen | Röthardt | Heilklimatischer Kurort |
| Abbach | 93077 | Bad Abbach | Bad Abbach, Abbach-Schlossberg, Au, Kalkofen, Weichs | Heilbad |
| Ahlbeck | 17419 | Ahlbeck | G | Ostseeheilbad |
| Ahrenshoop | 18347 | Ostseebad Ahrenshoop | G | Seebad |
| Aibling | 83043 | Bad Aibling | Bad Aibling, Harthausen, Thürham, Zell | Heilbad |
| Alexandersbad | 95680 | Bad Alexandersbad | G | Heilbad |
| Altenau | 38707 | Altenau | G | Heilklimatischer Kurort |
| Altenberg | 01773 | Altenberg | Altenberg | Kneippkurort |
| Andernach | 56626 | Andernach | Bad Tönisstein | Heilbad |
| Arolsen | 34454 | Bad Arolsen | K | Heilbad |
| Aulendorf | 88326 | Aulendorf | Aulendorf | Kneippkurort |
| **B** | | | | |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Baden-Baden | 76530 | Baden-Baden | Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos | Heilbad |
| Badenweiler | 79410 | Badenweiler | Badenweiler | Heilbad |
| Baiersbronn | 72270 | Baiersbronn | Schönmünzach-Schwarzenberg Obertal | Kneippkurort Heilklimatischer Kurort |
| Balge | 31609 | Balge | B – Bad Blenhorst | Ort mit Moor-Kurbetrieb |
| Baltrum | 26579 | Baltrum | G | Nordseeheilbad |
| Bansin | 17429 | Bansin | G | Ostseeheilbad |
| Bayersoien | 82435 | Bad Bayersoien | Bad Bayersoien | Heilbad |
| Bayreuth | 95410 | Bayreuth | B – Lohengrin Therme Bayreuth | Heilquellenkurbetrieb |
| Bayrischzell | 83735 | Bayrischzell | G | Heilklimatischer Kurort |
| Bederkesa | 27624 | Bad Bederkesa | G | Ort mit Moor-Kurbetrieb |
| Bellingen | 79415 | Bad Bellingen | Bad Bellingen | (Mineral-) Heilbad |
| Belzig | 14806 | Bad Belzig | Bad Belzig | Heilbad |
| Bentheim | 48455 | Bad Bentheim | Bad Bentheim | (Mineral-) Heilbad |
| Berchtesgaden | 83471 | Berchtesgaden | G | Heilklimatischer Kurort |
| Berggießhübel | 01819 | Bad Gottleuba- | Berggießhübel | Kneippkurort |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Berggieß-hübel | | |
| Bergzabern | 76887 | Bad Bergzabern | Bad Bergzabern | Kneipp-heilbad u. heilkli-matischer Kurort |
| Berka | 99438 | Bad Berka | G | Ort mit Heilquel-lenkurbe-trieb |
| Berle-burg | 57319 | Bad Berle-burg | Bad Ber-leburg | Kneipp-heilbad |
| Berneck | 95460 | Bad Ber-neck | Bad Ber-neck im Fichtel-gebirge<br><br>Franken-hammer, Kut-schen-rangen, Rödlas-berg, Warme-leithen | Kneipp-heilbad |
| Bernkas-tel-Kues | 54470 | Bernkastel-Kues | Kueser Plateau | Heilkli-matischer Kurort |
| Bertrich | 56864 | Bad Ber-trich | Bad Ber-trich | Heilbad |
| Beuren | 72660 | Beuren | G | Ort mit Heilquel-lenkurbe-trieb |
| Beven-sen | 29549 | Bad Be-vensen | Bad Be-vensen | (Jod- u. Sole-) Heilbad |
| Biberach | 88400 | Biberach | Jordan-bad | Kneipp-kurort |
| Binz | 18609 | Ostseebad Binz auf Rügen | G | Seebad |
| Birnbach | 84364 | Birnbach | Birn-bach, Aunham | Heilquel-lenkurbe-trieb |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Bischofs-grün | 95493 | Bischofs-grün | G | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Bischofs-wiesen | 83483 | Bischofs-wiesen | G | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Blanken-burg, Harz | 38889 | Blanken-burg, Harz | G | Heilbad |
| Blieskas-tel | 66440 | Blieskastel | Mitte (Alsch-bach, Blieskas-tel, Lautzkir-chen) | Kneipp-kurort |
| Bocklet | 97708 | Bad Bock-let | G | Heilbad |
| Boden-mais | 94249 | Bodenmais | G | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Boden-teich | 29389 | Bodenteich | G | Kneipp-kurort |
| Boll | 73087 | Bad Boll | Bad Boll | Ort mit Heilquel-lenkurbe-trieb |
| Bolten-hagen | 23946 | Ostseebad Boltenha-gen | G | Ostsee-heilbad |
| Boppard | 56154 | Boppard | a) Bop-pard b) Bad Salzig | Kneipp-heilbad Heilbad |
| Borkum | 26757 | Borkum | G | Nordsee-heilbad |
| Bram-bach | 08648 | Bad Bram-bach | Bad Bram-bach | (Mineral-) Heilbad |
| Bramste dt | 24576 | Bad Bramstedt | Bad Bram-stedt | (Moor-) Heilbad |
| Braun-lage | 38700 | Braunlage | G mit Hohe-geiß | Heilkli-mati-scher Kurort |

| Alte Fassung | | Neue Fassung | | |
|---|---|---|---|---|
| Breisig | 53498 | Bad Breisig | Bad Breisig | Heilbad |
| Brilon | 59929 | Brilon | Brilon | Kneipp-kurort |
| Brückenau | 97769 | Bad Brückenau | G – sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs | Heilbad |
| Buchau | 88422 | Bad Buchau | Bad Buchau | (Moor- u. Mineral-) Heilbad |
| Buckow | 15377 | Buckow | G – ausgenommen der Ortsteil Hasenholz | Kneipp-kurort |
| Bünde | 32257 | Bünde | Randringhausen | Kurmittelgebiet (Heilquelle u. Moor) |
| Büsum | 25761 | Büsum | Büsum | Nordseeheilbad |
| Burg | 03096 | Burg | Burg | Ort mit Heilquellenkurbetrieb |
| Burgbrohl | 56659 | Burgbrohl | Bad Tönisstein | Heilbad |
| Burg/Fehmarn | 23769 | Burg/Fehmarn | Burg | Ostseeheilbad |
| **C** | | | | |
| Camberg | 65520 | Bad Camberg | K | Kneippheilbad |
| Clausthal-Zellerfeld | 38678 | Clausthal-Zellerfeld | Clausthal-Zellerfeld | Heilklimatischer Kurort |
| Colberg-Heldburg | 98663 | Bad Colberg-Heldburg | Bad Colberg | Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb |
| Cuxhaven | 27478 | Cuxhaven | G | Nordseeheilbad |

| Alte Fassung | | Neue Fassung | | |
|---|---|---|---|---|
| **D** | | | | |
| Dahme | 23747 | Dahme | Dahme | Ostsee-heilbad |
| Damp | 24351 | Damp | Damp 2000 | Ostsee-heilbad |
| Daun | 54550 | Daun | Daun | Kneipp-kurort u. heilkli-mati-scher Kurort |
| Detmold | 32760 | Detmold | Hid-desen | Kneipp-kurort |
| Diez | 65582 | Diez | Diez | Heilbad |
| Ditzen-bach | 73342 | Bad Dit-zenbach | Bad Dit-zenbach | Heilbad |
| Dobel | 75335 | Dobel | G | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Dobe-ran | 18209 | Bad Doberan | a) Bad Doberan b) Heili-gendam m | (Moor-) Heilbad Seeheil-bad |
| Driburg | 33014 | Bad Driburg | Bad Driburg, Her-manns-born | Heilbad |
| Düben | 04849 | Bad Düben | Bad Dü-ben | (Moor-) Heilbad |
| Dürk-heim | 65098 | Bad Dürk-heim | Bad Dürk-heim | Heilbad |
| Dürrheim | 78073 | Bad Dürr-heim | Bad Dürrheim | (Sole-) Heilbad, heilkli-mati-scher Kurort u. Kneipp-kurort |
| **E** | | | | |
| Ehl-scheid | 56581 | Ehlscheid | G | Heilkli-mati-scher Kurort |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Eilsen | 31707 | Bad Eilsen | G | Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb |
| Elster | 04645 | Bad Elster | Bad Elster, Sohl | (Moor- u. Mineral-) Heilbad |
| Ems | 56130 | Bad Ems | Bad Ems | Heilbad |
| Emstal | 34308 | Bad Emstal | Sand | Heilbad |
| Endbach | 35080 | Bad Endbach | K | Kneippheilbad |
| Endorf | 83093 | Bad Endorf | Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham, Kurf, Rachental, Ströbing | Heilbad |
| Erwitte | 59597 | Erwitte | Bad Westernkotten | Heilbad |
| Esens | 26422 | Esens | Bensersiel | Nordseeheilbad |
| Essen | 49152 | Bad Essen | Bad Essen | Ort mit Sole-Kurbetrieb |
| Eutin | 23701 | Eutin | G | Heilklimatischer Kurort |
| **F** | | | | |
| Feilnbach | 83075 | Bad Feilnbach | G – ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf | (Moor-) Heilbad |
| Feldberger Seenlandschaft | 17258 | Feldberger Seenlandschaft | Feldberg | Kneippkurort |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Fischen | 87538 | Fischen/Allgäu | G | Heilklimatischer Kurort |
| Frankenhausen | 06567 | Bad Frankenhausen | G | (Sole-) Heilbad |
| | | | | |
| Freiburg | 79098 | Freiburg | Ortsbereich „An den Heilquellen“ | Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb |
| Freienwalde | 16259 | Bad Freienwalde | Bad Freienwalde | (Moor-)Heilbad |
| Freudenstadt | 72250 | Freudenstadt | Freudenstadt | Kneippkurort u. heilklimatischer Kurort |
| Friedrichroda | 99894 | Friedrichroda | Friedrichroda, Finsterbergen | Heilklimatischer Kurort |
| Friedrichskoog | 25718 | Friedrichskoog | Friedrichskoog | Nordseeheilbad |
| Füssen | 87629 | Füssen | a) Bad Faulenbach<br>b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See | Heilbad Kneippkurort |
| Füssing | 94072 | Bad Füssing | Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandscha- | Heilbad |

| Alte Fassung | | | Neue Fassung | |
|---|---|---|---|---|
| | | | chen, Dürnöd, Egglfing a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, teinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Wiedach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn | |
| **G** | | | | |
| Gaggenau | 76571 | Gaggenau | Bad Rotenfels | Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ganders-heim | 37581 | Bad Ganders-heim | Bad Ganders-heim | Soleheil-bad |
| Gar-misch-Parten-kirchen | 82467 | Garmisch-Partenkir-chen | G – ohne das ein-geglie-derte Gebiet der ehe-maligen Ge-meinde Wam-berg | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Gelting | 24395 | Gelting | G | Kneipp-kurort |
| Gersfeld | 36129 | Gersfeld (Rhön) | K | Heilkli-mati-scher Kurort u. Kneipp-kurort |
| Gladen-bach | 35075 | Gladen-bach | K | Kneipp-heilbad |
| Glücks-burg | 24960 | Glücksburg | Glücks-burg | Ostsee-heilbad |
| Göhren | 18586 | Ostseebad Göhren | G | Kneipp-kurort |
| Goslar | 38644 | Goslar | Hahnen-klee-Bocks-wiese | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Gott-leuba | 01816 | Bad Gott-leuba-Berggieß-übel | Bad Gott-leuba | Kneipp-kurort u. (Moor-) Heilbad |
| Graal-Müritz | 18181 | Graal-Mü-ritz | G | Ostsee-heilbad |
| Grasel-lenbach | 64689 | Grasellen-bach | K | Kneipp-kurort u. Heilbad |
| Gries-bach i. Rottal | 94086 | Bad Gries-bach i. Rottal | Bad Gries-bach i. Rottal | Heilbad |
| Grömitz | 23743 | Grömitz | Grömitz | Ostsee-heilbad |
| Grönen-bach | 87728 | Bad Grö-nenbach | Bad Grö-nenbach, Au, | Kneipp-heilbad |

| Alte Fassung | | | Neue Fassung | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Brand-holz, in der Tar-rast, Egg, Gmein-schwen-den, Greit, Herbis-ried, Hueb, Klevers, Kornh-ofen, Kreuz-bühl, Manne-berg, Nieder-holz, Öl-mühle, Raupolz, Rech-berg, Rothen-stein, Schwen-den, Seefeld, Wald-egg b. Grönen-bach, Ziegel-berg, Ziegel-stadel | |
| Großen-brode | 23775 | Großen-brode | G | Ostsee-heilbad |
| Grund | 37539 | Bad Grund | Bad Grund | Heilkli-mati-scher Kurort mit Heil-stollen-Kurbe-trieb |
| **H** | | | | |

| Alte Fassung | | Neue Fassung | | |
|---|---|---|---|---|
| Haffkrug-Scharbeutz | 23683 | Haffkrug-Scharbeutz | Haffkrug | Ostseeheilbad |
| Haigerloch | 72401 | Haigerloch | Bad Imnau | Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb |
| Harzburg | 38667 | Bad Harzburg | K | (Sole-)Heilbad |
| Heilbrunn | 83670 | Bad Heilbrunn | Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Mürnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Oberseinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindlschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Unterseinbach, Voglherd, Weiherweber, | Heilbad u. heilklimatischer Kurort |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Wieswe-ber, Wör-nern | |
| Heiligen-hafen | 23774 | Heiligenha-fen | Heiligen-hafen | Ostsee-heilbad |
| Heiligen-stadt | 37308 | Heilbad Heiligen-stadt | G | (Sole-)Heilbad |
| Helgo-land | 27498 | Helgoland | G | Nordsee-heilbad |
| Herbstei n | 36358 | Herbstein | B | Heilquel-len-Kur-betrieb |
| Herings-dorf | 17424 | Herings-dorf | G | Ostsee-heilbad u. (Sole-)Heilbad |
| Herren-alb | 76332 | Bad Her-renalb | Bad Her-renalb | Heilbad u. heil-klimati-scher Kurort |
| Hersfeld | 36251 | Bad Hers-feld | K | (Mineral-)Heilbad |
| Hille | 32479 | Hille | Rothen-uffeln | Kurmit-telgebiet (Heil-quelle u. Moor) |
| Hinde-lang | 87541 | Bad Hinde-lang | Bad Hin-delang, Bad Ober-dorf, Bruck, Gailen-berg, Groß, Hinter-stein, Lieben-stein, Ober-joch, Re-cken-berg, Riedle, Unter-joch, | Kneipp-heilbad u. heilkli-mati-scher Kurort |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Vor-derhin-delang | |
| Hinterz-arten | 79856 | Hinterzar-ten | G | Heilkli-mati-scher Kurort u. Kneipp-kurort |
| Höchen-schwand | 79862 | Höchen-schwand | Höchen-schwand | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Hönnin-gen | 53557 | Bad Hön-ningen | Bad Hönnin-gen | Heilbad |
| Höxter | 37671 | Höxter | Bruch-hausen | Heilquel-len-Kurbe-trieb |
| Hoh-wacht | 24321 | Hohwacht | G | Ostsee-heilbad |
| Homburg | 61348 | Bad Hom-burg v. d. Höhe | K | Heilbad |
| Horn | 32805 | Horn-Bad Meinberg | Bad Meinberg | Heilbad |
| **I** | | | | |
| Iburg | 49186 | Bad Iburg | Bad Iburg | Kneipp-kurort |
| Isny | 88316 | Isny | Isny, Neutrauc hburg | Heilkli-mati-scher Kurort |
| **J** | | | | |
| Juist | 26571 | Juist | G | Nordsee-heilbad |
| **K** | | | | |
| Karlsha-fen | 34385 | Bad Karls-hafen | K | Heilbad |
| Kassel | 34117 | Kassel | Wil-helms-höhe | Kneip-pheilbad u. (Ther-mal-Sole-)Heil-bad |
| Kellen-husen | 23746 | Kellen-husen | Kellen-husen | Ostsee-heilbad |
| Kissin-gen | 97688 | Bad Kissin-gen | G | Heilbad |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Kloster-lausnitz | 07639 | Bad Klos-terlausnitz | G | Heilbad |
| König | 64732 | Bad König | K | Heilbad |
| Königs-feld | 78126 | Königsfeld | Königs-feld, Bregnitz, Grenier | Kneipp-kurort u. heilkli-mati-scher Kurort |
| Königsh-ofen | 97631 | Bad Kö-nigshofen i. Grabfeld | G – ohne die ein-geglie-derten Gebiete der ehe-maligen Gemein-den Aub und Merkers-hausen | Heilbad |
| König-stein | 61462 | Königstein im Taunus | K | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Kösen | 06628 | Bad Kösen | G | Heilbad |
| Kötzting | 93444 | Bad Kötzting | Lieben-stein, Matzels-dorf, Wettzell, Arndorf, Gehstorf, Haus, Traiders-dorf und Weißen-regen | Kneipp-kurort |
| Kohlgrub | 82433 | Bad Kohl-grub | G | (Moor-)Heilbad |
| Kreuth | 83708 | Kreuth | G | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Kreuz-nach | 55543 | Bad Kreuz-nach | Bad Kreuz-nach | Heilbad |
| Krozin-gen | 79189 | Bad Kro-zingen | Bad Kro-zingen | Heilbad |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Krum-bach | 86381 | Krumbach (Schwa-ben) | B – Sa-natorium Krumbad | Peloid-kurbe-trieb |
| Küh-lungs-born | 18225 | Ostseebad Kühlungs-born | G | Seebad |
| **L** | | | | |
| Laasphe | 57334 | Bad Laas-phe | Bad Laasphe | Kneip-pheilbad |
| Laer | 49196 | Bad Laer | G | (Sole-)Heilbad |
| Langen-salza | 99947 | Bad Langen-salza | K | (Schwe-fel-Sole-) Heilbad |
| Lange-oog | 26465 | Langeoog | G | Nordsee-heilbad |
| Lausick | 04651 | Bad Lau-sick | G | (Mineral-)Heilbad |
| Lauter-berg | 37431 | Bad Lau-terberg | Bad Lau-terberg | Kneipp-heilbad |
| Lenz-kirch | 79853 | Lenzkirch | Lenz-kirch, Saig | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Lieben-stein | 36448 | Bad Lie-benstein | G | Heilbad |
| Lieben-werda | 04924 | Bad Lie-benwerda | Dobra, Kosilen-zien, Maas-dorf, Zeischa | Ort mit Peloid-kur-be-trieb |
| Lieben-zell | 75378 | Bad Lie-benzell | Bad Lie-benzell | Heilbad |
| Linden-fels | 64678 | Lindenfels | K | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Lipp-springe | 33175 | Bad Lipp-springe | Bad Lip-pspringe | Heilbad u. heilkli-mati-scher Kurort |
| Lipp-stadt | 59556 | Lippstadt | Bad Waldlies-born | Heilbad |
| Loben-stein | 07356 | Bad Lo-benstein | G | (Moor-) Heilbad |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ludwigs-burg | 71638 | Ludwigs-burg | Hohe-neck | Ort mit Heilquel-lenkurbe-trieb |
| **M** | | | | |
| Malente | 23714 | Malente | Malente-Grems-mühlen, Krumm-see, Timm-dorf | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Mander-scheid | 54531 | Mander-scheid | Mander-scheid | Heilkli-mati-scher Kurort u. Kneipp-kurort |
| Marien-berg | 56470 | Bad Mari-enberg | Bad Ma-rienberg (nur Stadtteile Bad Ma-rienberg, Zinnheim und der Gebiets-teil der Gemar-kung Langen-bach, be-grenzt durch die Gemar-kungs-grenze Hardt, Zinn-heim, Marien-berg so-wie die Bahntras se Er-bach-Bad Ma-rienberg) | Kneipp-heilbad |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Markt-schellen-berg | 83487 | Markt-schellen-berg | G | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Masser-berg | 98666 | Masser-berg | Masser-berg | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Mergent heim | 97980 | Bad Mergenthei m | Bad Mergent heim | Heilbad |
| Mölln | 23879 | Mölln | Mölln | Kneipp-kurort |
| Mössin-gen | 72116 | Mössingen | Bad Se-bastians-weiler | Ort mit Heilquel-len- Kur-betrieb |
| Münder | 31848 | Bad Mün-der | Bad Münder | Ort mit Heilquel-len- Kur-betrieb |
| Münster /Stein | 55583 | Bad Müns-ter am Stein-Ebernburg | Bad Münster am Stein | (Mineral-) Heilbad u. heilkli-mati-scher Kurort |
| Müns-tereifel | 53902 | Bad Müns-tereifel | Bad Müns-tereifel | Kneipp-heilbad |
| Muskau | 02953 | Bad Mus-kau | G | Ort mit Moorkur-betrieb |
| **N** | | | | |
| Nauheim | 61231 | Bad Nau-heim | K | Heilbad |
| Naum-burg | 34309 | Naumburg | K | Kneipp-kurort |
| Nenndorf | 31542 | Bad Nenn-dorf | Bad Nenndorf | (Moor- u. Mineral-) Heilbad |
| Neu-alben-reuth | 95698 | Neualben-reuth | B – Ba-dehaus Maiers-reuth Sybillen-bad | Ort mit Heilquel-len- Kur-betrieb |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Neubulach | 75387 | Neubulach | Neubulach | Heilklimatischer Kurort |
| Neuenahr | 53474 | Bad Neuenahr- Ahrweiler | Bad Neuenahr | Heilbad |
| Neuharlingersiel | 26427 | Neuharlingersiel | Neuharlingersiel | Nordseeheilbad |
| Neukirchen | 34626 | Neukirchen | K | Kneippkurort |
| Neustadt/D | 93333 | Neustadt a. d. Donau | Bad Gögging | Heilbad |
| Neustadt/Harz | 99762 | Neustadt/ Harz | G | Heilklimatischer Kurort |
| Neustadt/S | 97616 | Bad Neustadt a. d. Saale | Bad Neustadt a. d. Saale | Heilbad |
| Nidda | 63667 | Nidda | Bad Salzhausen | Heilbad |
| Nonnweiler | 66620 | Nonnweiler | Nonnweiler | Heilklimatischer Kurort |
| Norddorf | 25946 | Norddorf/Amrum | Norddorf | Nordseeheilbad |
| Norden | 26506 | Norddeich/ Westermarsch II | Norden | Nordseeheilbad |
| Norderney | 26548 | Norderney | G | Nordseeheilbad |
| Nordstrand | 25845 | Nordstrand | G | Nordseeheilbad |
| Nümbrecht | 51588 | Nümbrecht | G | Heilklimatischer Kurort |
| **O** | | | | |
| | | | | |
| Oberstaufen | 87534 | Oberstaufen | G – ausgenommen die Gemeindeteile | (Schroth-) Heilbad u. heilkli- |

| Alte Fassung | | | Neue Fassung | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägele-shalde | mati-scher Kurort |
| Oberst-dorf | 87561 | Oberstdorf | Oberst-dorf, A-nats-wald, Birgsau, Dieters-berg, Ebene, Einöds-bach, Faisten-noy, Gerstru-ben, Got-tenried, Gruben, Gunds-bach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand , Spiel-mannsau | Kneipp-kurort u. heilkli-mati-scher Kurort |
| Oeyn-hausen | 32545 | Bad Oeyn-hausen | Bad Oeyn-hausen | Heilbad |
| Olsberg | 59939 | Olsberg | Olsberg | Kneipp-kurort |
| Orb | 63619 | Bad Orb | G | Heilbad |
| Ottobeu-ren | 87724 | Ottobeuren | Ottobeu-ren, El-dern | Kneipp-kurort |
| Oy-Mit-telberg | 87466 | Oy-Mittel-berg | Oy | Kneipp-kurort |
| **P** | | | | |
| Pellworm | 25847 | Pellworm | Pellworm | Nordsee-heilbad |
| Peters-hagen | 32469 | Peters-ha-gen | Hopfen-berg | Kurmit-telgebiet |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Peterstal-Griesbach | 77740 | Bad Peterstal- Griesbach | G | Heilbad u. Kneipp-kurort |
| Porta Westfalica | 32457 | Porta Westfalica | Hausberge | Kneipp-kurort |
| Prerow | 18375 | Ostseebad Prerow | G | Seebad |
| Preußisch Oldendorf | 32361 | Preußisch Oldendorf | Bad Holzhausen | Heilbad |
| Prien | 83209 | Prien a. Chiemsee | G ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart | Kneipp-kurort |
| Pyrmont | 31812 | Bad Pyrmont | K | (Moor- u. Mineral-) Heilbad |
| **R** | | | | |
| Radolfzell | 78315 | Radolfzell | Mettnau | Kneipp-kurort |
| Ramsau | 83486 | Ramsau b. Berchtesgaden | G | Heilklimatischer Kurort |
| Rappenau | 74906 | Bad Rappenau | Bad Rappenau | (Sole-) Heilbad |
| Reichenhall | 83435 | Bad Reichenhall | Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain | Heilbad |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | und Kib-ling | |
| Reichs-hof | 51580 | Reichshof | Ecken-hagen | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Rengs-dorf | 56579 | Rengsdorf | Rengs-dorf | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Rip-poldsau-Schapba ch | 77776 | Bad Rip-poldsau-Schapbach | Bad Rip-poldsau | (Moor- u. Mineral-) Heilbad |
| Rodach | 96476 | Bad Ro-dach b. Coburg | Bad Ro-dach | Heilbad |
| Rothen-felde | 49214 | Bad Rot-henfelde | G | (Sole-) Heilbad |
| Rottach-Egern | 83700 | Rottach-E-gern | G | Heilkli-mati-scher Kurort |
| **S** | | | | |
| Saalfeld/ Saale | 07318 | Saal-feld/Saale | G, aus-genom-men Ortsteil Arnsge-reuth | Ort mit Heilstol-lenkurbe-trieb |
| Saarow | 15526 | Bad Saarow | Bad Saarow | (Moor- u. Sole-) Heilbad |
| Sachsa | 37441 | Bad Sachsa | Bad Sachsa | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Säckin-gen | 79713 | Bad Säckingen | Bad Säckin-gen | Heilbad |
| Salzdet-furth | 31162 | Bad Salz-detfurth | Bad Salzdet-furth, Detfurth | (Moor- u. Sole-) Heilbad |
| Salzgitter | 38259 | Salzgitter | Salzgit-ter-Bad | Ort mit Sole-Kurbe-trieb |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Salz-schlirf | 36364 | Bad Salz-schlirf | G | (Mineral- u. Sole-) Heilbad |
| Salzuflen | 32105 | Bad Salzu-flen | Bad Sal-zuflen | Heilbad u. Kneipp-kurort |
| Salzun-gen | 36433 | Bad Sal-zungen | Bad Sal-zungen, Dorf Al-lendorf | (Sole-) Heilbad |
| Sas-bachwal-den | 77887 | Sasbach-walden | G | Heilkli-mati-scher Kurort u. Kneipp-kurort |
| Sassen-dorf | 59505 | Bad Sas-sendorf | Bad Sas-sendorf | (Sole-) Heilbad |
| Saulgau | 88348 | Saulgau | Saulgau | Heilbad |
| Schan-dau | 01814 | Bad Schandau | Bad Schan-dau | Kneipp-kurort |
| Schar-beutz | 23683 | Scharbeutz | Schar-beutz | Ostsee-heilbad |
| Schei-degg | 88175 | Scheidegg | G | Kneipp-kurort u. heilkli-mati-scher Kurort |
| Schieder | 32816 | Schieder-Schwalen-berg | Schie-der, Glas-hütte | Kneipp-kurort |
| Schlan-genbad | 65388 | Schlangen-bad | K | Heilbad |
| Schlei-den | 53937 | Schleiden | Gemünd | Kneipp-kurort |
| Schle-ma | 08301 | Bad Schlema | G | Heilbad |
| Schluch-see | 79859 | Schluch-see | Schluch-see, Faulen-fürst, Fisch-bach | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Schmal-lenbach | 57392 | Schmallen-bach | a) Fre-deburg | Kneipp-kurort |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | b) Grafschaft | Heilklimatischer Kurort |
| Schmiedeberg | 06905 | Bad Schmiedeberg | G | Heilbad |
| Schömberg | 75328 | Schömberg | Schömberg | Heilklimatischer Kurort u. Kneippkurort |
| Schönau | 83471 | Schönau a. Königsee | G | Heilklimatischer Kurort |
| Schönberg | 24217 | Schönberg | Holm | Heilbad |
| Schönborn | 76669 | Bad Schönborn | a) Bad Mingolsheim<br>b) Langenbrücken | Heilbad Ort mit Heilquellenkurbetrieb |
| Schönebeck-Salzelmen | 39624 | Schönebeck-Salzelmen | G | (Sole-) Heilbad |
| Schönwald | 78141 | Schönwald | G | Heilklimatischer Kurort |
| Schussenried | 88427 | Bad Schussenried | Bad Schussenried | (Moor-) Heilbad |
| Schwalbach | 65307 | Bad Schwalbach | K | Heilbad |
| Schwangau | 87645 | Schwangau | G | Heilklimatischer Kurort |
| Schwartau | 23611 | Bad Schwartau | Bad Schwartau | (Jodsole- u. Moor-) Heilbad |
| Segeberg | 23795 | Bad Segeberg | G | Heilbad |
| Sellin | 18586 | Ostseebad Sellin | G | Seebad |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Siegs-dorf | 83313 | Siegsdorf | B – Kurheim Bad Adelhol-zen | Heilquel-len-Kurbe-trieb |
| Sobern-heim | 55566 | Bad Sobern-heim | Bad Sobern-heim | Heilbad |
| Soden am Taunus | 65812 | Bad Soden am Taunus | K | Heilbad |
| Soden-Sal-münster | 63628 | Bad Soden-Salmünster | Bad Soden | (Mineral-)Heilbad |
| Soltau | 29614 | Soltau | Soltau | Ort mit Sole-Kurbe-trieb |
| Sooden-Allendorf | 37242 | Bad Sooden-Allendorf | K | Heilbad |
| Spie-keroog | 26474 | Spiekeroog | G | Nordsee-heilbad |
| St. Bla-sien | 79837 | St. Blasien | St. Bla-sien | Kneipp-kurort u. heilkli-mati-scher Kurort |
| St. Pe-ter-Ord-ing | 25826 | St. Peter-Ording | St. Pe-ter-Ord-ing | Nordsee-heilbad u. Schwe-felbad |
| Staffel-stein | 96226 | Bad Staf-felstein | G | Heilbad |
| Steben | 95138 | Bad Ste-ben | G | Heilbad |
| Stuttgart | 70173 | Stuttgart | a) Berg b) Bad Cann-statt | Mineral-bad Ort mit Heilquel-lenkurbe-trieb |
| Suder-ode | 06507 | Bad Su-derode | G | (Calci-umsole-) Heilbad |
| Sülze | 18334 | Bad Sülze | G | Peloid-kurbe-trieb |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Sulza | 99518 | Bad Sulza | G | (Sole-) Heilbad |
| **T** | | | | |
| Tabarz | 99891 | Bad Tabarz | G | Kneipp-heilbad |
| Tecklenburg | 49545 | Tecklenburg | Tecklenburg | Kneipp-kurort |
| Tegernsee | 83684 | Tegernsee | G | Heilklimatischer Kurort |
| Teinach-Zavelstein | 75385 | Bad Teinach-Zavelstein | Bad Teinach | Heilbad |
| Templin | 17268 | Templin | Templin | (Thermalsole-) Heil-bad |
| Tennstedt | 99955 | Bad Tennstedt | G | Ort mit Heilquellenkurbetrieb |
| Thiessow | 18586 | Ostseebad Thiessow | G | Seebad |
| Thyrnau | 94136 | Thyrnau | B – Sanatorium Kellberg | Mineralquellenkurbetrieb |
| Timmendorfer Strand | 23669 | Timmendorfer Strand | Timmendorfer Strand, Niendorf | Ostseeheilbad |
| Titisee-Neustadt | 79822 | Titisee-Neustadt | Titisee | Heilklimatischer Kurort |
| Todtmoos | 79682 | Todtmoos | G | Heilklimatischer Kurort |
| Tölz | 83646 | Bad Tölz | a) Gebiet der ehem. Stadt Bad Tölz | (Moor-)Heilbad u. heilklimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | b) Gebiet der ehem. Gemeinde Oberfischbach | |
| Traben-Trarbach | 56841 | Traben-Trarbach | Bad Wildstein | Heilbad |
| Travemünde | 23570 | Travemünde | Travemünde | Ostseeheilbad |
| Treuchtlingen | 91757 | Treuchtlingen | B – Altmühltherme/Lambertusbad | Ort mit Heilquellenkurbetrieb |
| Triberg | 78098 | Triberg | Triberg | Heilklimatischer Kurort |
| **U** | | | | |
| Überkingen | 73337 | Bad Überkingen | Bad Überkingen | Heilbad |
| Überlingen | 88662 | Überlingen | Überlingen | Kneippheilbad |
| Urach | 72574 | Bad Urach | Bad Urach | Heilbad |
| **V** | | | | |
| Vallendar | 56179 | Vallendar | Vallendar | Kneippkurort |
| Vilbel | 61118 | Bad Vilbel | K | Heilbad |
| Villingen-Schwenningen | 78050 | Villingen-Schwenningen | Villingen | Kneippkurort |
| Vlotho | 32602 | Vlotho | Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West | Kurmittelgebiet (Heilquelle u. Moor) |
| **W** | | | | |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Wald-bronn | 76337 | Waldbronn | Gemein-deteile Busen-bach, Reichen-bach | Ort mit Heilquel-lenkurbe-trieb |
| Waldsee | 88399 | Bad Wald-see | Bad Waldsee, Steinach | (Moor-) Heilbad u. Kneipp-kurort |
| Wanger-land | 26434 | Wanger-land | Horum-ersiel, Schillig | Nordsee-heilbad |
| Wange-rooge | 26486 | Wange-rooge | G | Nordsee-heilbad |
| Warburg | 34414 | Warburg | Germete | Kurmit-telbetrieb (Heil-quelle) |
| Waren | 17192 | Waren/ Müritz | Waren/ Müritz | (Sole-) Heilbad |
| Warm-bad | 09429 | Wolken-stein | Warm-bad | Ort mit Heilquel-len-kur-ortbe-trieb |
| Warne-münde | 18119 | Hansestadt Rostock | G | Seebad |
| Weiskir-chen | 66709 | Weiskir-chen | Weiskir-chen | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Wen-ning-stedt | 25996 | Wen-ningstedt/S ylt | Wen-ning-stedt | Nordsee-heilbad |
| Wester-land | 25980 | Westerland | Wester-land | Nordsee-heilbad |
| West-feld-Oh-lenbach | 57392 | Schmallen-berg | Westfeld, Ohlen-bach, Hoher Knochen | Luftkur-ort |
| Wiesba-den | 65189 | Wiesbaden | K | Heilbad |
| Wiesen-bad | 09488 | Wiesa | Thermal-bad Wie-senbad | Ort mit Heilquel-lenkurbe-trieb |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Wiessee | 83707 | Bad Wies-see | G | Heilbad |
| Wildbad | 75323 | Bad Wild-bad | Bad Wildbad | Heilbad |
| Wildun-gen | 34537 | Bad Wil-dungen | K | Heilbad |
| Willingen | | Willingen (Upland) | a) K<br><br>*<br><br>b) Us-seln | Heilkli-mati-scher Kurort, Kneipp-kurort u. Heilbad<br>Heilkli-mati-scher Kurort |
| Wilsnack | 19336 | Bad Wils-nack | K | (Ther-mal- u. Moor-) Heilbad |
| Wimpfen | 74206 | Bad Wimp-fen | Bad Wimp-fen, Er-bach, Fleckin-ger Mühle, Höhen-höfe | (Sole-)Heilbad |
| Winds-heim | 91438 | Bad Windsheim | Bad Winds-heim, Klein-winds-heimer Mühle, Walkmüh le | Heilbad |
| Winter-berg | 59955 | Winterberg | Winter-berg, Altasten-berg, Elkerin-ghausen | Heilkli-mati-scher Kurort |
| Wittdün/ Amrum | 25946 | Wittdün/ Amrum | Wittdün | Nordsee-heilbad |
| Wöris-hofen | 86825 | Bad Wöris-hofen | Bad Wö-ris-hofen, | Kneipp-heilbad |

**Alte Fassung** **Neue Fassung**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart | |
| Wolfegg | 88364 | Wolfegg | G | Heilklimatischer Kurort |
| Wünnenberg | 33181 | Wünnenberg | Wünnenberg | Kneippheilbad |
| Wurzach | 88410 | Bad Wurzach | Bad Wurzach | (Moor-) Heilbad |
| Wustrow | 18347 | Ostseebad Wustrow | G | Seebad |
| Wyk a. F. | 25938 | Wyk a. F. | Wyk | Nordseeheilbad |
| **Z** | | | | |
| | | | | |
| Zingst | 18374 | Ostseebad Zingst | G | Ostseeheilbad |
| Zwesten | 34596 | Bad Zwesten | K | Heilbad u. Ort mit Heilquellenkurbetrieb |
| Zwischenahn | 26160 | Bad Zwischenahn | Bad Zwischenahn | (Moor-) Heilbad |

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

Abschnitt 2
Heilbäder und Kurorte im Inland, die Ortsteile einer Gemeinde sind

| **Heilbad oder Kurort ohne Zusatz „Bad“** | **aufgeführt bei** |
|---|---|
| **A** | |
| Abbach-Schloßberg | Abbach |
| Achmühl | Heilbrunn |
| Adelholzen | Siegsdorf |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| Aichmühle | Füssing |
| Ainsen | Füssing |
| Alschbach | Blieskastel |
| Altastenberg | Winterberg |
| Anatswald | Oberstdorf |
| An den Heilquellen | Freiburg |
| Angering | Füssing |
| Au | Abbach |
| Au | Grönenbach |
| Aunham | Birnbach |
| **B** | |
| Balg | Baden-Baden |
| Baumberg | Heilbrunn |
| Bayerisch Gmain | Reichenhall |
| Bensersiel | Esens |
| Berg | Stuttgart |
| Bernwies | Heilbrunn |
| Birgsau | Oberstdorf |
| Blenhorst | Balge |
| Bockswiese | Goslar |
| Brandholz | Grönenbach |
| Brandschachen | Füssing |
| Bregnitz | Königsfeld |
| Bruchhausen | Höxter |
| Bruck | Hindelang |
| Burtscheid | Aachen |
| Busenbach | Waldbronn |
| **C** | |
| Cannstatt | Stuttgart |
| **D** | |
| Detfurth | Salzdetfurth |
| Dietersberg | Oberstdorf |
| Dobra | Liebenwerda |
| Dürnöd | Füssing |
| **E** | |
| Ebene | Oberstdorf |
| Eckarts | Brückenau |
| Eckenhagen | Reichshof |
| Egg | Grönenbach |
| Egglfing a. Inn | Füssing |
| Einödsbach | Oberstdorf |
| Eisenbartling | Endorf |
| Eitlöd | Füssing |
| Eldern | Ottobeuren |
| Elkeringhausen | Winterberg |
| Erbach | Wimpfen |
| **F** | |
| Faistenoy | Oberstdorf |
| Faulenbach | Füssen |
| Faulenfürst | Schluchsee |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| Feldberg | Feldberger Seenlandschaft |
| Fischbach | Schluchsee |
| Fleckinger Mühle | Wimpfen |
| Flickenöd | Füssing |
| Frankenhammer | Berneck |
| Fredeburg | Schmallenberg |
| **G** | |
| Gailenberg | Hindelang |
| Gemünd | Schleiden |
| Germete | Warburg |
| Gerstruben | Oberstdorf |
| Glashütte | Schieder |
| Gmeinschwenden | Grönenbach |
| Gögging | Füssing |
| Gögging | Neustadt a. d. Donau |
| Gottenried | Oberstdorf |
| Graben | Heilbrunn |
| Greit | Grönenbach |
| Gremsmühlen | Malente |
| Grenier | Königsfeld |
| Griesbach | Peterstal-Griesbach |
| Groß | Hindelang |
| Gruben | Oberstdorf |
| Gundsbach | Oberstdorf |
| **H** | |
| Hahnenklee | Goslar |
| Hartenthal | Wörishofen |
| Harthausen | Aibling |
| Hausberge | Porta Westfalica |
| Heiligendamm | Doberan |
| Herbisried | Grönenbach |
| Hermannsborn | Driburg |
| Hiddesen | Detmold |
| Hinterstallau | Heilbrunn |
| Hinterstein | Hindelang |
| Höhenhöfe | Wimpfen |
| Hofham | Endorf |
| Hohegeiß | Braunlage |
| Hoheneck | Ludwigsburg |
| Holm | Schönberg |
| Holzhäuser | Füssing |
| Holzhaus | Füssing |
| Holzhausen | Preußisch Oldendorf |
| Hopfen am Berg | Petershagen |
| Hopfen am See | Füssen |
| Horumersiel | Wangerland |
| Hub | Füssing |
| Hub | Heilbrunn |
| Hueb | Grönenberg |
| **I** | |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| Imnau | Haigerloch |
| In der Tarrast | Grönenbach |
| Irching | Füssing |
| **J** | |
| Jauchen | Oberstdorf |
| Jordanbad | Biberach |
| **K** | |
| Kalkofen | Abbach |
| Kellberg | Thyrnau |
| Kibling | Reichenhall |
| Kiensee | Heilbrunn |
| Kleinwindsheimer Mühle | Windsheim |
| Klevers | Grönenbach |
| Kornau | Oberstdorf |
| Kornhofen | Grönenbach |
| Kosilenzien | Liebenwerda |
| Kreuzbühl | Grönenbach |
| Krummsee | Malente |
| Kurf | Endorf |
| Kutschenrangen | Berneck |
| **L** | |
| Langau | Heilbrunn |
| Langenbach | Marienberg |
| Langenbrücken | Schönborn |
| Lautzkirchen | Blieskastel |
| Lichtental | Baden-Baden |
| Liebenstein | Hindelang |
| Linden | Heilbrunn |
| **M** | |
| Maasdorf | Liebenwerda |
| Manneberg | Grönenberg |
| Meinberg | Horn |
| Mettnau | Radolfzell |
| Mingolsheim | Schönberg |
| Mitterreuthen | Füssing |
| Monheimsallee | Aachen |
| Mürnsee | Heilbrunn |
| **N** | |
| Neutrauchburg | Isny |
| Niederholz | Grönenbach |
| Niendorf | Timmendorfer Strand |
| **O** | |
| Oberbuchen | Heilbrunn |
| Oberdorf | Hindelang |
| Oberenzenau | Heilbrunn |
| Oberes Hart | Wörishofen |
| Oberfischbach | Tölz |
| Obergammenried | Wörishofen |
| Oberjoch | Hindelang |
| Obermühl | Heilbrunn |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| Oberreuthen | Füssing |
| Obersteinbach | Heilbrunn |
| Obertal | Baiersbronn |
| Ölmühle | Grönenbach |
| Oos | Baden-Baden |
| Ostfeld | Heilbrunn |
| Ostrau | Schandau |
| **P** | |
| Pichl | Füssing |
| Pimsöd | Füssing |
| Poinzaun | Füssing |
| **R** | |
| Rachental | Endorf |
| Ramsau | Heilbrunn |
| Randringhausen | Bünde |
| Raupolz | Grönenbach |
| Rechberg | Grönenbach |
| Reckenberg | Hindelang |
| Reichenbach | Waldbronn |
| Reindlschmiede | Heilbrunn |
| Reute | Oberstdorf |
| Riedenburg | Füssing |
| Riedle | Hindelang |
| Ringang | Oberstdorf |
| Rödlasberg | Berneck |
| Röthardt | Aalen |
| Rotenfels | Gaggenau |
| Rothenstein | Grönenbach |
| Rothenuffeln | Hille |
| **S** | |
| Safferstetten | Füssing |
| Saig | Lenzkirch |
| Salzhausen | Nidda |
| Salzig | Boppard |
| Sand | Emstal |
| Schieferöd | Füssing |
| Schillig | Wangerland |
| Schöchlöd | Füssing |
| Schönau | Heilbrunn |
| Schöneschach | Wörishofen |
| Schwand | Oberstdorf |
| Schwarzenberg-Schön-münzach | Baiersbronn |
| Schwenden | Grönenbach |
| Sebastiansweiler | Mössingen |
| Seebruch | Vlotho |
| Seefeld | Grönenbach |
| Senkelteich | Vlotho |
| Sohl | Elster |
| Spielmannsau | Oberstdorf |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| Steinach | Waldsee |
| Steinreuth | Füssing |
| Ströbing | Endorf |
| **T** | |
| Thalau | Füssing |
| Thalham | Füssing |
| Thierham | Füssing |
| Thürham | Aibling |
| Timmdorf | Malente |
| Tönisstein | Andernach |
| Tönisstein | Burgbrohl |
| **U** | |
| Unterbuchen | Heilbrunn |
| Unterenzenau | Heilbrunn |
| Unteres Hart | Wörishofen |
| Untergammenried | Wörishofen |
| Unterjoch | Hindelang |
| Unterreuthen | Füssing |
| Untersteinbach | Heilbrunn |
| Usseln | Willingen |
| **V** | |
| Valdorf-West | Vlotho |
| Voglherd | Heilbrunn |
| Voglöd | Füssing |
| Vorderhindelang | Hindelang |
| **W** | |
| Waldegg b. Grönenbach | Grönenbach |
| Waldliesborn | Lippstadt |
| Walkmühle | Windsheim |
| Waren/Müritz | Waren |
| Warmbad | Wolkenstein |
| Warmeleithen | Berneck |
| Weghof | Griesbach |
| Weichs | Abbach |
| Weidach | Füssing |
| Weiherweber | Heilbrunn |
| Westernkotten | Erwitte |
| Wies | Füssing |
| Wiesweber | Heilbrunn |
| Wildstein | Traben-Trarbach |
| Wilhelmshöhe | Kassel |
| Wörnern | Heilbrunn |
| Würding | Füssing |
| **Z** | |
| Zeischa | Liebenwerda |
| Zeitlofs | Brückenau |
| Zell | Aibling |
| Ziegelberg | Grönenbach |
| Ziegelstadel | Grönenbach |

| Alte Fassung | Neue Fassung |
|---|---|

| | |
|---|---|
| Zieglöd | Füssing |
| Zinnheim | Marienberg |
| Zwicklarn | Füssing |

Abschnitt 3
Heilbäder und Kurorte im EU-Ausland

a) Frankreich
- aa) Aix-les-Bains
- bb) Amélie-les-Bains-Palada
- cc) Cambo-les-Bains
- dd) La Roche-Posay

b) Italien
- aa) Abano Terme
- bb) Galzignano
- cc) Ischia
- dd) Meran
- ee) Montegrotto
- ff) Montepulciano

c) Kroatien
- Cres

d) Österreich
- aa) Bad Gastein
- bb) Bad Hall in Tirol
- cc) Bad Hofgastein
- dd) Bad Ischl
- ee) Bad Schönau
- ff) Bad Traunstein
- gg) Oberlaa

e) Polen
- aa) Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroy
- bb) Kolberg / Kolobrzeg
- cc) Swinemünde / Świnoujście
- dd) Ustroń

f) Rumänien
- Bad Felix / Băile Felix

g) Slowakei
- aa) Dudince
- bb) Piešťany
- cc) Turčianske Teplice

h) Slowenien
- Moravske Toplice (Therme 3000)

i) Tschechien
- aa) Bad Bělohrad / Lázně Bělohrad
- bb) Bad Joachimsthal / Jáchymov
- cc) Bad Luhatschowitz / Luhačovice
- dd) Bad Teplitz / Lázně Teplice v Čechách
- ee) Franzenbad / Františkovy Lázně
- ff) Freiwaldau / Lázně Jesenik
- gg) Johannisbad / Janské Lázně
- hh) Karlsbad / Karlovy Vary
- ii) Konstantinsbad / Konstantinovy Lázně
- jj) Marienbad / Mariánské Lázně

j) Ungarn
- aa) Bad Hévíz
- bb) Bad Zalakaros
- cc) Bük
- dd) Hajdúszoboszló
- ee) Komárom
- ff) Sárváar

Abschnitt 4

| Alte Fassung | Neue Fassung |
| --- | --- |
| | Heilbäder und Kurorte im Nicht-EU-Ausland |
| | a) Ein Bogeg<br>b) Sweimeh |

II. Wortlaut der zitierten Rechtsvorschriften

Auszug aus dem **Beamtenstatusgesetz**

§ 45
Fürsorge

Der Dienstherr hat im Rahmen des Dienst- und Treueverhältnisses für das Wohl der Beamtinnen und Beamten und ihrer Familien, auch für die Zeit nach Beendigung des Beamtenverhältnisses, zu sorgen. Er schützt die Beamtinnen und Beamten bei ihrer amtlichen Tätigkeit und in ihrer Stellung.

Auszug aus dem **Landesbeamtengesetz**

§ 76
Beihilfen

(1) Beihilfe als ergänzende Fürsorgeleistung erhalten:
1. Beamtinnen und Beamte, die Anspruch auf Besoldung haben oder Elternzeit in Anspruch nehmen,
2. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die Anspruch auf Versorgungsbezüge haben,
3. frühere Beamtinnen und frühere Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind, während des Bezugs von Unterhaltsbeiträgen nach dem Beamtenversorgungsgesetz in der am 31. August 2006 geltenden Fassung.

Satz 1 gilt auch, wenn Bezüge wegen der Anwendung von Ruhens- und/oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden. Für Aufwendungen der Ehegattin oder des Ehegatten oder der eingetragenen Lebenspartnerin oder des eingetragenen Lebenspartners der oder des Beihilfeberechtigten, die kein zur wirtschaftlichen Selbstständigkeit führendes Einkommen haben, und der im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz in der am 31. August 2006 geltenden Fassung berücksichtigungsfähigen Kinder wird ebenfalls Beihilfe gewährt. Satz 3 gilt nicht für Fälle des § 23 des Beamtenversorgungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung.

(2) Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und der Höhe nach angemessene Aufwendungen
1. in Krankheits- und Pflegefällen,
2. zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten oder Behinderungen,
3. in Geburtsfällen, zur Empfängnisverhütung, bei künstlicher Befruchtung sowie in Ausnahmefällen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch und
4. zur Früherkennung von Krankheiten und zu Schutzimpfungen.

(3) Die Beihilfe bemisst sich nach einem Prozentsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Beamtinnen und Beamte und entpflichtete Hochschullehrerinnen und entpflichtete Hochschullehrer | 50 Prozent, |
| 2. | Empfängerinnen und Empfängern von Versorgungsbezügen, die als solche beihilfeberechtigt sind, | 70 Prozent, |
| 3. | die berücksichtigungsfähige Ehegattin oder den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder die eingetragene Lebenspartnerin oder den eingetragenen Lebenspartner | 70 Prozent, |
| 4. | ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, | 80 Prozent, |

5. die Mutter eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten hinsichtlich der Aufwendungen bei der Geburt 70 Prozent.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten nach Nummer 1 70 Prozent; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 Prozent.

Die Beihilfe kann in Pflegefällen in Form einer Pauschale gewährt werden, deren Höhe sich am tatsächlichen Versorgungsaufwand orientiert. Beihilfe darf nur gewährt werden, soweit sie zusammen mit von dritter Seite zustehenden Erstattungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht überschreitet. Zustehende Leistungen zu Aufwendungen nach Absatz 2 sind von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen von Beihilfeberechtigten, denen Leistungen nach § 70 Absatz 2 des Bundesbesoldungsgesetzes in der am 31. August 2006 geltenden Fassung zustehen.

(4) Aufwendungen für bei stationärer Krankenhausbehandlung erbrachte Wahlleistungen (Chefarztbehandlung, Zweibettzimmerzuschlag) sind nicht beihilfefähig.

(5) Der Senat kann durch Rechtsverordnung die Einzelheiten der Beihilfegewährung regeln. Insbesondere kann er die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten nach § 76 Absatz 3 Satz 3 zweiter Halbsatz, Höchstbeträge, Belastungsgrenzen und den völligen oder teilweisen Ausschluss von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln in Anlehnung an das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch festlegen.

## § 77
## Reise- und Umzugskosten

(1) Beamtinnen und Beamte erhalten Reise- und Umzugskostenvergütung in entsprechender Anwendung der für die unmittelbaren Bundesbeamtinnen und unmittelbaren Bundesbeamten jeweils geltenden Rechtsvorschriften nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8.

(2) Bei der Anwendung der in Absatz 1 genannten Rechtsvorschriften stehen eingetragene Lebenspartnerinnen und eingetragene Lebenspartner den Ehegatten gleich.

(3) Auf die Reisekostenvergütung und die Auslagenerstattung des Bundesreisekostengesetzes kann ganz oder teilweise verzichtet werden. Ein Verzicht auf Reisekostenvergütung und Auslagenersatz bedarf der Schriftform.

(4) Entstandene Kosten für Fahrten auf dem Land-, Luft- oder Wasserweg mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln werden nur bis zur Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse des wirtschaftlichsten Verkehrsmittels erstattet, es sei denn, eine höhere Beförderungsklasse ist im Gesamtergebnis preisgünstiger. Die Dienstbehörde kann Ausnahmen zulassen.

(5) Benutzt eine Beamtin oder ein Beamter für die Wahrnehmung eines Dienstgeschäftes ein privates Kraftfahrzeug, ohne dass ein dienstliches Interesse an der Benutzung des Kraftfahrzeuges besteht, so darf der Gesamtbetrag der Wegstreckenentschädigung die Kosten bei Benutzen der niedrigsten Beförderungsklasse eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels nicht übersteigen.

(6) Bei Dienstreisen sowie Abordnungen und Versetzungen innerhalb des Landes Berlin, in die an das Land Berlin angrenzenden Landkreise und in die kreisfreie Stadt Potsdam finden die §§ 6 und 15 des Bundesreisekostengesetzes (Tagegeld, Trennungsgeld) und § 12 des Bundesumzugskostengesetzes (Trennungsgeld) keine Anwendung.

(7) Für Fahrten zwischen Wohnung und regelmäßiger Dienststätte oder Einsatzort aus besonderem dienstlichem Anlass können die entstandenen notwendigen Fahrkosten erstattet werden.

(8) (aufgehoben)

§ 108
Übergangsvorschrift zum Haushaltsstrukturgesetz 1998

Für am 1. April 1998 vorhandene
1. Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger,
2. Schwerbehinderte und
3. Personen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben,
bleiben Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung nach den bis zum 31. März 1998 geltenden Beihilfevorschriften beihilfefähig. Für beihilfeberechtigte Angehörige gilt Satz 1 entsprechend.

Auszug aus dem **Landesbeamtenversorgungsgesetz**

§ 2
Arten der Versorgung

(1) Versorgungsbezüge sind
1. Ruhegehalt oder Unterhaltsbeitrag,
2. Hinterbliebenenversorgung,
3. Bezüge bei Verschollenheit,
4. Unfallfürsorge,
5. Übergangsgeld,
6. Ausgleich bei besonderen Altersgrenzen,
7. Erhöhungsbetrag nach § 14 Abs. 4 Satz 3 Halbsatz 1,
8. Unterschiedsbetrag nach § 50 Abs. 1 Satz 2,
9. Leistungen nach den §§ 50a bis 50e,
10. Ausgleichsbetrag nach § 50 Abs. 3,
11. Anpassungszuschlag nach § 69b Abs. 2 Satz 5.

(2) Zur Versorgung gehört ferner die jährliche Sonderzahlung nach § 50 Abs. 4 und 5.

§ 22
Unterhaltsbeitrag für nicht witwengeldberechtigte Witwen und frühere Ehefrauen

(1) In den Fällen des § 19 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 ist, sofern die besonderen Umstände des Falles keine volle oder teilweise Versagung rechtfertigen, ein Unterhaltsbeitrag in Höhe des Witwengeldes zu gewähren. Erwerbseinkommen und Erwerbsersatzeinkommen sind in angemessenem Umfang anzurechnen. Wird ein Erwerbsersatzeinkommen nicht beantragt oder wird auf ein Erwerbs- oder Erwerbsersatzeinkommen verzichtet oder wird an deren Stelle eine Kapitalleistung, Abfindung oder Beitragserstattung gezahlt, ist der Betrag zu berücksichtigen, der ansonsten zu zahlen wäre.

(2) Der geschiedenen Ehefrau eines verstorbenen Beamten oder Ruhestandsbeamten, die im Falle des Fortbestehens der Ehe Witwengeld erhalten hätte, ist auf Antrag ein Unterhaltsbeitrag insoweit zu gewähren, als sie im Zeitpunkt des Todes des Beamten oder Ruhestandsbeamten gegen diesen einen Anspruch auf schuldrechtlichen Versorgungsausgleich nach § 1587f Nr. 2 Bürgerlichen Gesetzbuchs des wegen einer Anwartschaft oder eines Anspruchs nach § 1587a Abs. 2 Nr. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs hatte. Der Unterhaltsbeitrag wird jedoch nur gewährt,
1. solange die geschiedene Ehefrau erwerbsgemindert im Sinne des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch ist oder mindestens ein waisengeldberechtigtes Kind erzieht oder
2. wenn sie das sechzigste Lebensjahr vollendet hat.
Der Erziehung eines waisengeldberechtigten Kindes steht die Sorge für ein waisengeldberechtigtes Kind mit körperlichen oder geistigen Gebrechen gleich. Der nach Satz 1 festgestellte Betrag ist in einem Vomhundertsatz des Witwengeldes festzusetzen; der Unterhaltsbeitrag darf fünf Sechstel des entsprechend § 57 gekürzten Witwengeldes nicht übersteigen. § 21 gilt entsprechend.

(3) Absatz 2 gilt entsprechend für die frühere Ehefrau eines verstorbenen Beamten oder Ruhestandsbeamten, deren Ehe mit diesem aufgehoben oder für nichtig erklärt war.

## § 35
## Unfallausgleich

(1) Ist der Verletzte infolge des Dienstunfalles in seiner Erwerbsfähigkeit länger als sechs Monate wesentlich beschränkt, so erhält er, solange dieser Zustand andauert, neben den Dienstbezügen, den Anwärterbezügen oder dem Ruhegehalt einen Unfallausgleich. Dieser wird in Höhe der Grundrente nach § 31 Abs. 1 bis 4 des Bundesversorgungsgesetzes gewährt.

(2) Die Minderung der Erwerbsfähigkeit ist nach der körperlichen Beeinträchtigung im allgemeinen Erwerbsleben zu beurteilen. Hat bei Eintritt des Dienstunfalles eine abschätzbare Minderung der Erwerbsfähigkeit bereits bestanden, so ist für die Berechnung des Unfallausgleichs von der individuellen Erwerbsfähigkeit des Verletzten, die unmittelbar vor dem Eintritt des Dienstunfalles bestand, auszugehen und zu ermitteln, welcher Teil dieser individuellen Erwerbsfähigkeit durch den Dienstunfall gemindert wurde. Beruht die frühere Erwerbsminderung auf einem Dienstunfall, so kann ein einheitlicher Unfallausgleich festgesetzt werden. Für äußere Körperschäden können Mindestvomhundertsätze festgesetzt werden.

(3) Der Unfallausgleich wird neu festgestellt, wenn in den Verhältnissen, die für die Feststellung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Änderung eingetreten ist. Zu diesem Zweck ist der Beamte verpflichtet, sich auf Anordnung der obersten Dienstbehörde durch einen von ihr bestimmten Arzt untersuchen zu lassen; die oberste Dienstbehörde kann diese Befugnis auf andere Stellen übertragen.

(4) Der Unfallausgleich wird auch während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge gewährt.

## § 43
## Einmalige Unfallentschädigung und einmalige Entschädigung

(1) Ein Beamter, der einen Dienstunfall der in § 37 bezeichneten Art erleidet, erhält neben einer beamtenrechtlichen Versorgung bei Beendigung des Dienstverhältnisses eine einmalige Unfallentschädigung von 80.000 Euro, wenn er infolge des Unfalles in seiner Erwerbsfähigkeit in diesem Zeitpunkt um wenigstens 50 vom Hundert beeinträchtigt ist.

(2) Ist ein Beamter an den Folgen eines Dienstunfalles der in § 37 bezeichneten Art verstorben, wird seinen Hinterbliebenen eine einmalige Unfallentschädigung nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen gewährt:

1. Die Witwe sowie die versorgungsberechtigten Kinder erhalten eine Entschädigung in Höhe von insgesamt 60.000 Euro.
2. Sind Anspruchsberechtigte im Sinne der Nummer 1 nicht vorhanden, so erhalten die Eltern und die in Nummer 1 bezeichneten, nicht versorgungsberechtigten Kinder eine Entschädigung in Höhe von insgesamt 20.000 Euro.
3. Sind Anspruchsberechtigte im Sinne der Nummern 1 und 2 nicht vorhanden, so erhalten die Großeltern und Enkel eine Entschädigung in Höhe von insgesamt 10.000 Euro.

(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ein Beamter, der

1. als Angehöriger des besonders gefährdeten fliegenden Personals während des Flugdienstes,
2. als Helm- oder Schwimmtaucher während des besonders gefährlichen Tauchdienstes,
3. im Bergrettungsdienst während des Einsatzes und der Ausbildung oder
4. als Angehöriger des besonders gefährdeten Munitionsuntersuchungspersonals während des dienstlichen Umgangs mit Munition oder
5. als Angehöriger eines Verbandes der Bundespolizei für besondere polizeiliche Einsätze oder eines entsprechenden Polizeiverbandes der Länder bei einer besonders gefährlichen Diensthandlung im Einsatz oder in der Ausbildung dazu oder

6. im Einsatz beim Ein- oder Aushängen von Außenlasten bei einem Drehflügelflugzeug

einen Unfall erleidet, der nur auf die eigentümlichen Verhältnisse des Dienstes nach den Nummern 1 bis 6 zurückzuführen ist. Der Senat von Berlin bestimmt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates den Personenkreis des Satzes 1 und die zum Dienst im Sinne des Satzes 1 gehörenden dienstlichen Verrichtungen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für andere Angehörige des öffentlichen Dienstes, zu deren Dienstobliegenheiten Tätigkeiten der in Satz 1 Nr. 1 bis 6 bezeichneten Art gehören.

(4) (weggefallen)

(5) Absatz 1 gilt entsprechend, wenn ein Beamter oder ein anderer Angehöriger des öffentlichen Dienstes einen Einsatzunfall oder ein diesem gleichstehendes Ereignis im Sinne des § 31a erleidet.

(6) Die Hinterbliebenen erhalten eine einmalige Entschädigung nach Maßgabe des Absatzes 2, wenn ein Beamter oder ein anderer Angehöriger des öffentlichen Dienstes an den Folgen eines Einsatzunfalls oder eines diesem gleichstehenden Ereignisses im Sinne des § 31a verstorben ist.

(7) Für die einmalige Entschädigung nach den Absätzen 5 und 6 gelten § 31 Abs. 5 und § 31a Abs. 4 entsprechend. Besteht auf Grund derselben Ursache Anspruch sowohl auf eine einmalige Unfallentschädigung nach den Absätzen 1 bis 3 als auch auf eine einmalige Entschädigung nach Absatz 5 oder 6, wird nur die einmalige Entschädigung gewährt.

## § 50
## Familienzuschlag, Ausgleichsbetrag, jährliche Sonderzahlung

(1) Auf den Familienzuschlag (§ 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2) finden die für die Beamten geltenden Vorschriften des Besoldungsrechts Anwendung. Der Unterschiedsbetrag zwischen der Stufe 1 und der nach dem Besoldungsrecht in Betracht kommenden Stufe des Familienzuschlags wird neben dem Ruhegehalt gezahlt. Er wird unter Berücksichtigung der nach den Verhältnissen des Beamten oder Ruhestandsbeamten für die Stufen des Familienzuschlags in Betracht kommenden Kinder neben dem Witwengeld gezahlt, soweit die Witwe Anspruch auf Kindergeld für diese Kinder hat oder ohne Berücksichtigung der §§ 64, 65 des Einkommensteuergesetzes oder der §§ 3, 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würde; soweit hiernach ein Anspruch auf den Unterschiedsbetrag nicht besteht, wird er neben dem Waisengeld gezahlt, wenn die Waise bei den Stufen des Familienzuschlags zu berücksichtigen ist oder zu berücksichtigen wäre, wenn der Beamte oder Ruhestandsbeamte noch lebte. Sind mehrere Anspruchsberechtigte vorhanden, wird der Unterschiedsbetrag auf die Anspruchsberechtigten nach der Zahl der auf sie entfallenden Kinder zu gleichen Teilen aufgeteilt.

(2) (weggefallen)

(3) Neben dem Waisengeld wird ein Ausgleichsbetrag gezahlt, der dem Betrag für das erste Kind nach § 66 Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes entspricht, wenn in der Person der Waise die Voraussetzungen des § 32 Abs. 1 bis 5 des Einkommensteuergesetzes erfüllt sind, Ausschlußgründe nach § 65 des Einkommensteuergesetzes nicht vorliegen, keine Person vorhanden ist, die nach § 62 des Einkommensteuergesetzes oder nach § 1 des Bundeskindergeldgesetzes anspruchsberechtigt ist, und die Waise keinen Anspruch auf Kindergeld nach § 1 Abs. 2 des Bundeskindergeldgesetzes hat. Der Ausgleichsbetrag gilt für die Anwendung der §§ 53 und 54 nicht als Versorgungsbezug. Im Falle des § 54 wird er nur zu den neuen Versorgungsbezügen gezahlt.

(4) Soweit der Bund oder die Länder durch Gesetz eine jährliche Sonderzahlung an Versorgungsberechtigte gewähren, darf diese im Kalenderjahr den monatlichen Versorgungsbezug nicht überschreiten. Das Gesetz hat die Zahlungsweise zu bestimmen. Es kann festlegen, dass die Sonderzahlung an der allgemeinen Anpassung nach § 70 teilnimmt. Daneben kann für jedes Kind eines Versorgungsberechtigten ein Sonderbetrag bis zur Höhe von 25,56 Euro gewährt werden.

(5) Bei der Anwendung von Ruhens- und Anrechnungsvorschriften ist die jährliche Sonderzahlung nach Absatz 4 und eine entsprechende Leistung, die der Versorgungsberechtigte aus einer Erwerbstätigkeit oder zu seinen früheren Versorgungsbezügen erhält, entsprechend der gesetzlich bestimmten Zahlungsweise zu berücksichtigen. Die bei der Anwendung von Ruhensvorschriften maßgebenden Höchstgrenzen erhöhen sich um den Bemessungssatz der jährlichen Sonderzahlung und den Sonderbetrag nach Absatz 4 Satz 4.

## § 53
## Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Erwerbs- und Erwerbsersatzeinkommen

(1) Bezieht ein Versorgungsberechtigter Erwerbs- oder Erwerbsersatzeinkommen (Absatz 7), erhält er daneben seine Versorgungsbezüge nur bis zum Erreichen der in Absatz 2 bezeichneten Höchstgrenze.

(2) Als Höchstgrenze gelten

1. für Ruhestandsbeamte und Witwen die ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe, aus der sich das Ruhegehalt berechnet, mindestens ein Betrag in Höhe des Eineinhalbfachen der jeweils ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe A 4, zuzüglich des jeweils zustehenden Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1,
2. für Waisen vierzig vom Hundert des Betrages, der sich nach Nummer 1 unter Berücksichtigung des ihnen zustehenden Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 ergibt,
3. für Ruhestandsbeamte, die wegen Dienstunfähigkeit, die nicht auf einem Dienstunfall beruht, oder nach § 42 Abs. 4 Nr. 1 des Bundesbeamtengesetzes oder entsprechendem Landesrecht in den Ruhestand getreten sind, bis zum Ablauf des Monats, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird, 71,75 vom Hundert der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe, aus der sich das Ruhegehalt berechnet, mindestens ein Betrag in Höhe des Eineinhalbfachen der jeweils ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe A 4, zuzüglich des jeweils zustehenden Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 sowie 325 Euro.

(3) (aufgehoben)

(4) (aufgehoben)

(5) Dem Versorgungsberechtigten ist mindestens ein Betrag in Höhe von 20 vom Hundert seines jeweiligen Versorgungsbezuges (§ 2) zu belassen. Satz 1 gilt nicht beim Bezug von Verwendungseinkommen, das mindestens aus derselben Besoldungsgruppe oder einer vergleichbaren Vergütungsgruppe berechnet wird, aus der sich auch die ruhegehaltfähigen Dienstbezüge bestimmen. Für sonstiges in der Höhe vergleichbares Verwendungseinkommen gelten Satz 2 und Absatz 7 Satz 5 entsprechend.

(6) Bei der Ruhensberechnung für einen früheren Beamten oder früheren Ruhestandsbeamten, der Anspruch auf Versorgung nach § 38 hat, ist mindestens ein Betrag als Versorgung zu belassen, der unter Berücksichtigung seiner Minderung der Erwerbsfähigkeit infolge des Dienstunfalles dem Unfallausgleich entspricht. Dies gilt nicht, wenn wegen desselben Unfalls Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz zusteht.

(7) Erwerbseinkommen sind Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit einschließlich Abfindungen, aus selbständiger Arbeit sowie aus Gewerbebetrieb und aus Land- und Forstwirtschaft. Nicht als Erwerbseinkommen gelten Aufwandsentschädigungen, ein Unfallausgleich (§ 35) sowie Einkünfte aus Tätigkeiten, die nach Art und Umfang Nebentätigkeiten im Sinne des § 42 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 des Beamtenrechtsrahmengesetzes entsprechen. Erwerbsersatzeinkommen sind Leistungen, die auf Grund oder in entsprechender Anwendung öffentlich-rechtlicher Vorschriften kurzfristig erbracht werden, um Erwerbseinkommen zu ersetzen (§ 18a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch). Die Berücksichtigung des Erwerbs- und des Erwerbsersatzeinkommens erfolgt monatsbezogen. Wird Einkommen nicht in Monatsbeträgen erzielt, ist das Einkommen des Kalenderjahres, geteilt durch zwölf Kalendermonate, anzusetzen.

(8) Nach Ablauf des Monats, in dem der Versorgungsberechtigte das fünfundsechzigste Lebensjahr vollendet, gelten die Absätze 1 bis 7 nur für Erwerbseinkommen aus einer Verwendung im öffentlichen Dienst (Verwendungseinkommen). Dies ist jede Beschäftigung im Dienst von Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des deutschen öffentlichen Rechts oder ihrer Verbände; ausgenommen ist die Beschäftigung bei öffentlich-rechtlichen Religionsgesellschaften oder ihren Verbänden. Der Verwendung im öffentlichen Dienst steht gleich die Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung, an der eine Körperschaft oder ein Verband im Sinne des Satzes 2 durch Zahlung von Beiträgen oder Zuschüssen oder in anderer Weise beteiligt ist. Ob die Voraussetzungen zutreffen, entscheidet auf Antrag der zuständigen Stelle oder des Versorgungsberechtigten das für das Versorgungsrecht zuständige Ministerium oder die von ihm bestimmte Stelle. Ab dem Kalenderjahr, in dem die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllt sind, ist das Verwendungseinkommen mit einem Zwölftel des Jahresbezugs je Kalendermonat anzurechnen.

(9) Bezieht ein Wahlbeamter auf Zeit im Ruhestand neben seinen Versorgungsbezügen Verwendungseinkommen nach Absatz 8, findet anstelle der Absätze 1 bis 8 § 53 in der bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Fassung Anwendung. Satz 1 gilt entsprechend für Hinterbliebene.

(10) Bezieht ein Beamter im einstweiligen Ruhestand Erwerbs- und Erwerbsersatzeinkommen nach Absatz 7, das nicht Verwendungseinkommen nach Absatz 8 ist, ruhen die Versorgungsbezüge um fünfzig vom Hundert des Betrages, um den sie und das Einkommen die Höchstgrenze übersteigen.

## § 53a
(weggefallen)

## § 54
Zusammentreffen mehrerer Versorgungsbezüge

(1) Erhalten aus einer Verwendung im öffentlichen Dienst (§ 53 Abs. 8) an neuen Versorgungsbezügen
1. ein Ruhestandsbeamter Ruhegehalt oder eine ähnliche Versorgung,
2. eine Witwe oder Waise aus der Verwendung des verstorbenen Beamten oder Ruhestandsbeamten Witwengeld, Waisengeld oder eine ähnliche Versorgung,
3. eine Witwe Ruhegehalt oder eine ähnliche Versorgung,

so sind neben den neuen Versorgungsbezügen die früheren Versorgungsbezüge nur bis zum Erreichen der in Absatz 2 bezeichneten Höchstgrenze zu zahlen. Dabei darf die Gesamtversorgung nicht hinter der früheren Versorgung zurückbleiben.

(2) Als Höchstgrenze gelten
1. für Ruhestandsbeamte (Absatz 1 Nr. 1) das Ruhegehalt, das sich unter Zugrundelegung der gesamten ruhegehaltfähigen Dienstzeit und der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe, aus der sich das frühere Ruhegehalt berechnet, ergibt, zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1,
2. für Witwen und Waisen (Absatz 1 Nr. 2) das Witwen- oder Waisengeld, das sich aus dem Ruhegehalt nach Nummer 1 ergibt, zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1,
3. für Witwen (Absatz 1 Nr. 3) 71,75 vom Hundert, in den Fällen des § 36 fünfundsiebzig vom Hundert, in den Fällen des § 37 achtzig vom Hundert, der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der Besoldungsgruppe, aus der sich das dem Witwengeld zugrundeliegende Ruhegehalt bemißt, zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1.

Ist bei einem an der Ruhensregelung nach Satz 1 Nr. 1 oder 2 beteiligten Versorgungsbezug das Ruhegehalt nach § 14 Abs. 3 gemindert, ist das für die Höchstgrenze maßgebende Ruhegehalt in sinngemäßer Anwendung dieser Vorschrift festzusetzen. Ist bei der Ruhensregelung nach Satz 1 Nr. 3 das dem Witwengeld zugrundeliegende Ruhegehalt nach § 14 Abs. 3 gemindert, ist die Höchstgrenze entsprechend dieser Vorschrift zu berechnen, wobei dem zu vermindernden Ruhe-

gehalt mindestens ein Ruhegehaltssatz von 71,75 vom Hundert zugrunde zu legen ist. Ist bei einem an der Ruhensregelung nach Satz 1 Nr. 1 oder 2 beteiligten Versorgungsbezug der Ruhegehaltssatz nach § 14 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 oder 3 dieses Gesetzes in der bis zum 31. Dezember 1991 geltenden Fassung gemindert, ist der für die Höchstgrenze maßgebende Ruhegehaltssatz in sinngemäßer Anwendung dieser Vorschrift festzusetzen. Ist bei der Ruhensregelung nach Satz 1 Nr. 3 der Ruhegehaltssatz des dem Witwengeld zugrundeliegenden Ruhegehalts nach § 14 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 oder 3 dieses Gesetzes in der bis zum 31. Dezember 1991 geltenden Fassung gemindert, ist die Höchstgrenze entsprechend dieser Vorschrift zu berechnen, wobei der zu vermindernde Ruhegehaltssatz mindestens 71,75 vom Hundert beträgt.

(3) Im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 ist neben dem neuen Versorgungsbezug mindestens ein Betrag in Höhe von zwanzig vom Hundert des früheren Versorgungsbezuges zu belassen.

(4) Erwirbt ein Ruhestandsbeamter einen Anspruch auf Witwengeld oder eine ähnliche Versorgung, so erhält er daneben sein Ruhegehalt zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 nur bis zum Erreichen der in Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 sowie Satz 3 und 5 bezeichneten Höchstgrenze. Die Gesamtbezüge dürfen nicht hinter seinem Ruhegehalt zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 sowie eines Betrages in Höhe von zwanzig vom Hundert des neuen Versorgungsbezuges zurückbleiben.

(5) § 53 Abs. 6 gilt entsprechend.

## § 55
## Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Renten

(1) Versorgungsbezüge werden neben Renten nur bis zum Erreichen der in Absatz 2 bezeichneten Höchstgrenze gezahlt. Als Renten gelten

1. Renten aus den gesetzlichen Rentenversicherungen,
2. Renten aus einer zusätzlichen Alters- oder Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes,
3. Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wobei ein dem Unfallausgleich (§ 35) entsprechender Betrag unberücksichtigt bleibt; bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 20 vom Hundert bleiben zwei Drittel der Mindestgrundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz, bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um 10 vom Hundert ein Drittel der Mindestgrundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz unberücksichtigt,
4. Leistungen aus einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder aus einer befreienden Lebensversicherung, zu denen der Arbeitgeber auf Grund eines Beschäftigungsverhältnisses im öffentlichen Dienst mindestens die Hälfte der Beiträge oder Zuschüsse in dieser Höhe geleistet hat.

Wird eine Rente im Sinne des Satzes 2 nicht beantragt oder auf sie verzichtet oder wird an deren Stelle eine Kapitalleistung, Beitragserstattung oder Abfindung gezahlt, so tritt an die Stelle der Rente der Betrag, der vom Leistungsträger ansonsten zu zahlen wäre. Bei Zahlung einer Abfindung, Beitragserstattung oder eines sonstigen Kapitalbetrages ist der sich bei einer Verrentung ergebende Betrag zugrunde zu legen. Dies gilt nicht, wenn der Ruhestandsbeamte innerhalb von drei Monaten nach Zufluss den Kapitalbetrag zuzüglich der hierauf gewährten Zinsen an den Dienstherrn abführt. Zu den Renten und den Leistungen nach Nummer 4 rechnet nicht der Kinderzuschuß. Renten, Rentenerhöhungen und Rentenminderungen, die auf § 1587b des Bürgerlichen Gesetzbuchs oder § 1 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich beruhen, bleiben unberücksichtigt.

(2) Als Höchstgrenze gelten

1. für Ruhestandsbeamte der Betrag, der sich als Ruhegehalt zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1 ergeben würde, wenn der Berechnung zugrunde gelegt werden
   a) bei den ruhegehaltfähigen Dienstbezügen die Endstufe der Besoldungsgruppe, aus der sich das Ruhegehalt berechnet,
   b) als ruhegehaltfähige Dienstzeit die Zeit vom vollendeten siebzehnten Lebensjahr bis zum Eintritt des Versorgungsfalles abzüglich von Zeiten nach § 12a, zuzüglich der Zeiten, um die

sich die ruhegehaltfähige Dienstzeit erhöht, und der bei der Rente berücksichtigten Zeiten einer rentenversicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit nach Eintritt des Versorgungsfalles,
2. für Witwen der Betrag, der sich als Witwengeld zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1, für Waisen der Betrag, der sich als Waisengeld zuzüglich des Unterschiedsbetrages nach § 50 Abs. 1, wenn dieser neben dem Waisengeld gezahlt wird, aus dem Ruhegehalt nach Nummer 1 ergeben würde.

Ist bei einem an der Ruhensregelung beteiligten Versorgungsbezug das Ruhegehalt nach § 14 Abs. 3 gemindert, ist das für die Höchstgrenze maßgebende Ruhegehalt in sinngemäßer Anwendung dieser Vorschrift festzusetzen. Ist bei einem an der Ruhensregelung beteiligten Versorgungsbezug der Ruhegehaltssatz nach § 14 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 oder 3 dieses Gesetzes in der bis zum 31. Dezember 1991 geltenden Fassung gemindert, ist der für die Höchstgrenze maßgebende Ruhegehaltssatz in sinngemäßer Anwendung dieser Vorschrift festzusetzen.

(3) Als Renten im Sinne des Absatzes 1 gelten nicht
1. bei Ruhestandsbeamten (Absatz 2 Nr. 1) Hinterbliebenenrenten aus einer Beschäftigung oder Tätigkeit des Ehegatten,
2. bei Witwen und Waisen (Absatz 2 Nr. 2) Renten auf Grund einer eigenen Beschäftigung oder Tätigkeit.

(4) Bei Anwendung der Absätze 1 und 2 bleibt außer Ansatz der Teil der Rente (Absatz 1), der
1. dem Verhältnis der Versicherungsjahre auf Grund freiwilliger Weiterversicherung oder Selbstversicherung zu den gesamten Versicherungsjahren oder, wenn sich die Rente nach Werteinheiten berechnet, dem Verhältnis der Werteinheiten für freiwillige Beiträge zu der Summe der Werteinheiten für freiwillige Beiträge, Pflichtbeiträge, Ersatzzeiten und Ausfallzeiten oder, wenn sich die Rente nach Entgeltpunkten berechnet, dem Verhältnis der Entgeltpunkte für freiwillige Beiträge zu der Summe der Entgeltpunkte für freiwillige Beiträge, Pflichtbeiträge, Ersatzzeiten, Zurechnungszeiten und Anrechnungszeiten entspricht,
2. auf einer Höherversicherung beruht.

Dies gilt nicht, soweit der Arbeitgeber mindestens die Hälfte der Beiträge oder Zuschüsse in dieser Höhe geleistet hat.

(5) Bei Anwendung des § 53 ist von der nach Anwendung der Absätze 1 bis 4 verbleibenden Gesamtversorgung auszugehen.

(6) Beim Zusammentreffen von zwei Versorgungsbezügen mit einer Rente ist zunächst der neuere Versorgungsbezug nach den Absätzen 1 bis 4 und danach der frühere Versorgungsbezug unter Berücksichtigung des gekürzten neueren Versorgungsbezuges nach § 54 zu regeln. Der hiernach gekürzte frühere Versorgungsbezug ist unter Berücksichtigung des gekürzten neueren Versorgungsbezuges nach den Absätzen 1 bis 4 zu regeln; für die Berechnung der Höchstgrenze nach Absatz 2 ist hierbei die Zeit bis zum Eintritt des neueren Versorgungsfalles zu berücksichtigen.

(7) § 53 Abs. 6 gilt entsprechend.

(8) Den in Absatz 1 bezeichneten Renten stehen entsprechende wiederkehrende Geldleistungen gleich, die auf Grund der Zugehörigkeit zu Zusatz- oder Sonderversorgungssystemen der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik geleistet werden oder die von einem ausländischen Versicherungsträger nach einem für die Bundesrepublik Deutschland wirksamen zwischen- oder überstaatlichen Abkommen gewährt werden.

## § 56
## Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Versorgung aus zwischenstaatlicher und überstaatlicher Verwendung

(1) Erhält ein Ruhestandsbeamter aus der Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung eine Versorgung, ruht sein deutsches Ruhegehalt in

Höhe des Betrages, um den die Summe aus der genannten Versorgung und dem deutschen Ruhegehalt die in Absatz 2 genannte Höchstgrenze übersteigt, mindestens jedoch in Höhe des Betrages, der einer Minderung des Vomhundertsatzes von 1,79375 für jedes Jahr im zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Dienst entspricht; der Unterschiedsbetrag nach § 50 Abs. 1 ruht in Höhe von 2,39167 vom Hundert für jedes Jahr im zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Dienst. § 14 Abs. 1 Satz 2 bis 4 ist entsprechend anzuwenden. Die Versorgungsbezüge ruhen in voller Höhe, wenn der Ruhestandsbeamte als Invaliditätspension die Höchstversorgung aus seinem Amt bei der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung erhält. Bei der Anwendung des Satzes 1 wird die Zeit, in welcher der Beamte, ohne ein Amt bei einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung auszuüben, dort einen Anspruch auf Vergütung oder sonstige Entschädigung hat und Ruhegehaltsansprüche erwirbt, als Zeit im zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Dienst gerechnet; entsprechendes gilt für Zeiten nach dem Ausscheiden aus dem Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung, die dort bei der Berechnung des Ruhegehalts wie Dienstzeiten berücksichtigt werden.

(2) Als Höchstgrenze gelten die in § 54 Abs. 2 bezeichneten Höchstgrenzen sinngemäß, wobei diese im Monat Dezember nicht zu verdoppeln sind; dabei ist als Ruhegehalt dasjenige deutsche Ruhegehalt zugrunde zu legen, das sich unter Einbeziehung der Zeiten einer Verwendung im öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung als ruhegehaltfähige Dienstzeit und auf der Grundlage der ruhegehaltfähigen Dienstbezüge aus der Endstufe der nächsthöheren Besoldungsgruppe ergibt.

(3) Verzichtet der Beamte oder Ruhestandsbeamte bei seinem Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst einer zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung auf eine Versorgung oder wird an deren Stelle eine Abfindung, Beitragserstattung oder ein sonstiger Kapitalbetrag gezahlt, so findet Absatz 1 mit der Maßgabe Anwendung, daß an die Stelle der Versorgung der Betrag tritt, der vom Leistungsträger ansonsten zu zahlen wäre; erfolgt die Zahlung eines Kapitalbetrages, weil kein Anspruch auf laufende Versorgung besteht, so ist der sich bei einer Verrentung des Kapitalbetrages ergebende Betrag zugrunde zu legen. Satz 1 gilt nicht, wenn der Beamte oder Ruhestandsbeamte innerhalb eines Jahres nach Beendigung der Verwendung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis den Kapitalbetrag zuzüglich der hierauf gewährten Zinsen an seinen Dienstherrn abführt.

(4) Hat der Beamte oder Ruhestandsbeamte schon vor seinem Ausscheiden aus dem zwischenstaatlichen oder überstaatlichen öffentlichen Dienst unmittelbar oder mittelbar Zahlungen aus dem Kapitalbetrag erhalten oder hat die zwischenstaatliche oder überstaatliche Einrichtung diesen durch Aufrechnung oder in anderer Form verringert, ist die Zahlung nach Absatz 3 in Höhe des ungekürzten Kapitalbetrages zu leisten.

(5) Erhalten die Witwe oder die Waisen eines Beamten oder Ruhestandsbeamten Hinterbliebenenbezüge von der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung, ruht ihr deutsches Witwengeld und Waisengeld in Höhe des Betrages, der sich unter Anwendung der Absätze 1 und 2 nach dem entsprechenden Anteilsatz ergibt. Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz, Abs. 3, 4 und 6 finden entsprechende Anwendung.

(6) Der Ruhensbetrag darf die von der zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Einrichtung gewährte Versorgung nicht übersteigen. Dem Ruhestandsbeamten ist mindestens ein Betrag in Höhe von zwanzig vom Hundert seines deutschen Ruhegehalts zu belassen. Satz 2 gilt nicht, wenn die Unterschreitung der Mindestbelassung darauf beruht, dass

1. das deutsche Ruhegehalt in Höhe des Betrages ruht, der einer Minderung des Vomhundertsatzes um 1,79375 für jedes Jahr im zwischenstaatlichen oder überstaatlichen Dienst entspricht, oder
2. Absatz 1 Satz 3 anzuwenden ist.

(7) § 53 Abs. 6 gilt entsprechend.

## § 57

Kürzung der Versorgungsbezüge nach der Ehescheidung

(1) Sind Anwartschaften in einer gesetzlichen Rentenversicherung nach § 1587b Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs durch Entscheidung des Familiengerichts begründet worden, werden nach Wirksamkeit dieser Entscheidung die Versorgungsbezüge des verpflichteten Ehegatten und seiner Hinterbliebenen nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften um den nach Absatz 2 oder 3 berechneten Betrag gekürzt. Das Ruhegehalt, das der verpflichtete Ehegatte im Zeitpunkt der Wirksamkeit der Entscheidung des Familiengerichts über den Versorgungsausgleich erhält, wird erst gekürzt, wenn aus der Versicherung des berechtigten Ehegatten eine Rente zu gewähren ist. Das einer Vollwaise zu gewährende Waisengeld wird nicht gekürzt, wenn nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherungen die Voraussetzungen für die Gewährung einer Waisenrente aus der Versicherung des berechtigten Ehegatten nicht erfüllt sind.

(2) Der Kürzungsbetrag für das Ruhegehalt berechnet sich aus dem Monatsbetrag der durch die Entscheidung des Familiengerichts begründeten Anwartschaften. Dieser Monatsbetrag erhöht oder vermindert sich bei einem Beamten um die Hundertsätze der nach dem Ende der Ehezeit bis zum Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand eingetretenen Erhöhungen oder Verminderungen der beamtenrechtlichen Versorgungsbezüge, die in festen Beträgen festgesetzt sind. Vom Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand an, bei einem Ruhestandsbeamten vom Tag nach dem Ende der Ehezeit an, erhöht oder vermindert sich der Kürzungsbetrag in dem Verhältnis, in dem sich das Ruhegehalt vor Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften durch Anpassung der Versorgungsbezüge erhöht oder vermindert.

(3) Der Kürzungsbetrag für das Witwen- und Waisengeld berechnet sich aus dem Kürzungsbetrag nach Absatz 2 für das Ruhegehalt, das der Beamte erhalten hat oder hätte erhalten können, wenn er am Todestag in den Ruhestand getreten wäre, nach den Anteilssätzen des Witwen- oder Waisengeldes.

(4) Ein Unterhaltsbeitrag nach § 22 Abs. 2 oder 3 oder nach entsprechendem bisherigen Recht und eine Abfindungsrente nach bisherigem Recht (§ 153 des Bundesbeamtengesetzes und entsprechende Vorschriften) werden nicht gekürzt.

(5) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 2 und des § 5 des Gesetzes zur Regelung von Härten im Versorgungsausgleich vom 21. Februar 1983 (BGBl. I S. 105) steht die Zahlung des Ruhegehalts des verpflichteten Ehegatten für den Fall rückwirkender oder erst nachträglich bekanntwerdender Rentengewährung an den berechtigten Ehegatten unter dem Vorbehalt der Rückforderung.

§ 61
Erlöschen der Witwen- und Waisenversorgung

(1) Der Anspruch der Witwen und Waisen auf Versorgungsbezüge erlischt

1. für jeden Berechtigten mit dem Ende des Monats, in dem er stirbt,
2. für jede Witwe außerdem mit dem Ende des Monats, in dem sie sich verheiratet,
3. für jede Waise außerdem mit dem Ende des Monats, in dem sie das achtzehnte Lebensjahr vollendet,
4. für jeden Berechtigten, der durch ein deutsches Gericht im Geltungsbereich des Grundgesetzes im ordentlichen Strafverfahren wegen eines Verbrechens zu Freiheitsstrafe von mindestens zwei Jahren oder wegen einer vorsätzlichen Tat, die nach den Vorschriften über Friedensverrat, Hochverrat, Gefährdung des demokratischen Rechtsstaates oder Landesverrat und Gefährdung der äußeren Sicherheit strafbar ist, zu Freiheitsstrafe von mindestens sechs Monaten verurteilt worden ist, mit der Rechtskraft des Urteils.

Entsprechendes gilt, wenn der Berechtigte auf Grund einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts gemäß Artikel 18 des Grundgesetzes ein Grundrecht verwirkt hat. In den Fällen des Satzes 1 Nr. 4 und des Satzes 2 gilt § 41 sinngemäß. Die §§ 50 und 51 des Bundesbeamtengesetzes oder das entsprechende Landesrecht finden entsprechende Anwendung.

(2) Das Waisengeld wird nach Vollendung des achtzehnten Lebensjahres auf Antrag gewährt, solange die in § 32 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a, b und d, Nr. 3 und Abs. 5 Satz 1, 2 und 4 des Einkommensteuergesetzes in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen gegeben sind. Im Falle einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung im Sinne des § 32 Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 des Einkommensteuergesetzes in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung wird das Waisengeld ungeachtet der Höhe eines eigenen Einkommens dem Grunde nach gewährt; soweit ein eigenes Einkommen der Waise das Zweifache des Mindestvollwaisengeldes (§ 14 Abs. 4 Satz 2 in Verbindung mit § 24 Abs. 1) übersteigt, wird es zur Hälfte auf das Waisengeld zuzüglich des Unterschiedsbetrages (§ 50 Abs. 1) angerechnet. Das Waisengeld nach Satz 2 wird über das siebenundzwanzigste Lebensjahr hinaus nur gewährt, wenn

1. die Behinderung bei Vollendung des siebenundzwanzigsten Lebensjahres bestanden hat oder bis zu dem sich nach § 32 Abs. 5 des Einkommensteuergesetzes in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung ergebenden Zeitpunkt eingetreten ist, wenn die Waise sich in verzögerter Schul- oder Berufsausbildung befunden hat, und
2. die Waise ledig oder verwitwet ist oder ihr Ehegatte oder früherer Ehegatte ihr keinen ausreichenden Unterhalt leisten kann oder dem Grunde nach nicht unterhaltspflichtig ist und sie nicht unterhält.

(3) Hat eine Witwe sich wieder verheiratet und wird die Ehe aufgelöst, so lebt der Anspruch auf Witwengeld wieder auf; ein von der Witwe infolge Auflösung der Ehe erworbener neuer Versorgungs-, Unterhalts- oder Rentenanspruch ist auf das Witwengeld und den Unterschiedsbetrag nach § 50 Abs. 1 anzurechnen. Wird eine in Satz 1 genannte Leistung nicht beantragt oder wird auf sie verzichtet oder wird an ihrer Stelle eine Abfindung, Kapitalleistung oder Beitragserstattung gezahlt, ist der Betrag anzurechnen, der ansonsten zu zahlen wäre. Der Auflösung der Ehe steht die Nichtigerklärung gleich.

Auszug aus dem **Landesbesoldungsgesetz**

§ 1b
Überleitung besoldungsrechtlicher Bestimmungen

(1) Für die in § 1 genannten Personen gelten

1. das Bundesbesoldungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. August 2002 (BGBl. I S. 3020), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 12. Juli 2006 (BGBl. I S. 1466), mit Ausnahme von § 1 Absatz 1 und 4, § 14 Absatz 2 bis 4, § 17, § 23 Absatz 1 Nummer 1, § 37 Absatz 2, § 67, des 8. Abschnitts, §§ 80 und 82, § 84 Absatz 3, § 85 und der Anlage VIII sowie mit Ausnahme der durch das Gesetz zur Änderung besoldungs- und versorgungsrechtlicher Vorschriften vom 1. Oktober 2008 (GVBl. S. 272) ersetzten Anlage V des Bundesbesoldungsgesetzes und der durch das Dienstrechtsänderungsgesetz vom 19. März 2009 (GVBl. S. 70) ersetzten Anlage III des Bundesbesoldungsgesetzes (Bundesbesoldungsgesetz in der Überleitungsfassung für Berlin),
2. das Gesetz über vermögenswirksame Leistungen für Beamte, Richter, Berufssoldaten und Soldaten auf Zeit in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. Mai 2002 (BGBl. I S. 1778),
3. das Zweite Gesetz zur Vereinheitlichung und Neuregelung des Besoldungsrechts in Bund und Ländern vom 23. Mai 1975 (BGBl. I S. 1173), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1869), sowie
4. die aufgrund des Bundesbesoldungsgesetzes erlassenen Verordnungen des Bundes in ihrer am 31. August 2006 geltenden Fassung

nach Maßgabe des Artikels III §§ 2 und 3 des Zweiten Dienstrechtsänderungsgesetzes vom 21. Juni 2011 (GVBl. S. 266) sowie des Gesetzes zur Besoldungs- und Versorgungsanpassung für Berlin 2010/2011 vom 8. Juli 2010 (GVBl. S. 362, 2011 S. 158) als Landesrecht fort.

Auszug aus dem **Bundesbesoldungsgesetz in der Überleitungsfassung für Berlin**

§ 1
Geltungsbereich

*(1) nicht übergeleitet*

(2) Zur Besoldung gehören folgende Dienstbezüge:
1. Grundgehalt,
2. Leistungsbezüge für Professoren sowie hauptberufliche Leiter und Mitglieder von Leitungsgremien an Hochschulen,
3. Familienzuschlag,
4. Zulagen,
5. Vergütungen,
6. Auslandsdienstbezüge.

(3) Zur Besoldung gehören ferner folgende sonstige Bezüge:
1. Anwärterbezüge,
2. jährliche Sonderzahlungen,
3. vermögenswirksame Leistungen.
4. (aufgehoben)

*(4) nicht übergeleitet*

(5) Dieses Gesetz gilt nicht für die öffentlich-rechtlichen Religionsgesellschaften und ihre Verbände.

§ 9a
Anrechnung anderer Einkünfte auf die Besoldung

(1) Haben Beamte, Richter oder Soldaten Anspruch auf Besoldung für eine Zeit, in der sie nicht zur Dienstleistung verpflichtet waren, kann ein infolge der unterbliebenen Dienstleistung für diesen Zeitraum erzieltes anderes Einkommen auf die Besoldung angerechnet werden. Der Beamte, Richter oder Soldat ist zur Auskunft verpflichtet. In den Fällen einer vorläufigen Dienstenthebung auf Grund eines Disziplinarverfahrens gelten die besonderen Vorschriften des Disziplinarrechts.

(2) Erhält ein Beamter oder Richter aus einer Verwendung nach § 123a des Beamtenrechtsrahmengesetzes anderweitig Bezüge, werden diese auf die Besoldung angerechnet. In besonderen Fällen kann die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem für das Besoldungsrecht zuständigen Ministerium von der Anrechnung ganz oder teilweise absehen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Soldaten.

Auszug aus dem **Bundesreisekostengesetz**

§ 3
Anspruch auf Reisekostenvergütung

(1) Dienstreisende erhalten auf Antrag eine Vergütung der dienstlich veranlassten notwendigen Reisekosten. Der Anspruch auf Reisekostenvergütung erlischt, wenn sie nicht innerhalb einer Ausschlussfrist von sechs Monaten nach Beendigung der Dienstreise schriftlich oder elektronisch beantragt wird. Die zuständigen Stellen können bis zum Ablauf von sechs Monaten nach Antragstellung die Vorlage der maßgeblichen Kostenbelege verlangen. Werden diese Belege auf Anforderung nicht innerhalb von drei Monaten vorgelegt, kann der Vergütungsantrag insoweit abgelehnt werden.

(2) Leistungen, die Dienstreisende ihres Amtes wegen von dritter Seite aus Anlass einer Dienstreise erhalten, sind auf die Reisekostenvergütung anzurechnen.

(3) Bei Dienstreisen für eine auf Veranlassung der zuständigen Behörde ausgeübte Nebentätigkeit haben Dienstreisende nur Anspruch auf Reisekostenvergütung, die nicht von anderer Stelle zu übernehmen ist. Das gilt auch dann, wenn Dienstreisende auf ihren Anspruch gegen diese Stelle verzichtet haben.

§ 4
Fahrt- und Flugkostenerstattung

(1) Entstandene Kosten für Fahrten auf dem Land- oder Wasserweg mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln werden bis zur Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse erstattet. Für Bahnfahrten von mindestens zwei Stunden können die entstandenen Fahrtkosten der nächsthöheren Klasse erstattet werden. Wurde aus dienstlichen oder wirtschaftlichen Gründen ein Flugzeug benutzt, werden die Kosten der niedrigsten Flugklasse erstattet. Kosten einer höheren Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel können erstattet werden, wenn dienstliche Gründe dies im Einzelfall oder allgemein erfordern.

(2) Mögliche Fahrpreisermäßigungen sind zu berücksichtigen. Fahrtkosten werden nicht erstattet, wenn eine unentgeltliche Beförderungsmöglichkeit genutzt werden kann.

(3) Dienstreisenden, denen für Bahnfahrten die Kosten der niedrigsten Beförderungsklasse zu erstatten wären, werden bei einem Grad der Behinderung von mindestens 50 die Kosten der nächsthöheren Klasse erstattet.

(4) Wurde aus triftigem Grund ein Mietwagen oder ein Taxi benutzt, werden die entstandenen notwendigen Kosten erstattet.

§ 5
Wegstreckenentschädigung

(1) Für Fahrten mit anderen als den in § 4 genannten Beförderungsmitteln wird eine Wegstreckenentschädigung gewährt. Sie beträgt bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges oder eines anderen motorbetriebenen Fahrzeuges 20 Cent je Kilometer zurückgelegter Strecke, höchstens jedoch 130 Euro. Die oberste Bundesbehörde kann den Höchstbetrag auf 150 Euro festsetzen, wenn dienstliche Gründe dies im Einzelfall oder allgemein erfordern.

(2) Besteht an der Benutzung eines Kraftwagens ein erhebliches dienstliches Interesse, beträgt die Wegstreckenentschädigung 30 Cent je Kilometer zurückgelegter Strecke. Das erhebliche dienstliche Interesse muss vor Antritt der Dienstreise in der Anordnung oder Genehmigung schriftlich oder elektronisch festgestellt werden.

(3) Benutzen Dienstreisende zur Erledigung von Dienstgeschäften regelmäßig ein Fahrrad, wird Wegstreckenentschädigung nach Maßgabe einer allgemeinen Verwaltungsvorschrift gemäß § 16 gewährt.

(4) Eine Wegstreckenentschädigung wird Dienstreisenden nicht gewährt, wenn sie
1. eine vom Dienstherrn unentgeltlich zur Verfügung gestellte Beförderungsmöglichkeit nutzen konnten oder
2. von anderen Dienstreisenden des Bundes oder eines anderen Dienstherrn in einem Kraftwagen mitgenommen wurden.

Auszug aus dem **Postpersonalrechtsgesetz**

§ 10
Besoldungsrechtliche Sonderregelungen

(1) Das Bundesministerium der Finanzen wird ermächtigt, nach Anhörung des Vorstands durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf, zu bestimmen, ob und inwieweit Sonderzahlungen, leistungsbezogene Besoldungselemente, widerrufliche Vergütungen für Tätigkeiten auf besonders schwierigen Arbeitsposten und Zuschläge zur Besoldung bei Altersteilzeit an die dort beschäftigten Beamten gewährt werden.

(2) Leistungszulagen und Leistungsprämien nach der Bundesleistungsbesoldungsverordnung dürfen nicht vergeben werden.

(3) Erhält ein Beamter im Rahmen seiner Verwendung bei einem Postnachfolgeunternehmen anderweitige Bezüge, werden diese auf die Besoldung angerechnet. In besonderen Fällen kann das Bundesministerium der Finanzen von der Anrechnung ganz oder teilweise absehen.

(4) Stand einem Beamten bis zum Inkrafttreten dieses Gesetzes eine Stellenzulage entsprechend der Vorbemerkung Nummer 7 der Anlage I zum Bundesbesoldungsgesetz zu, wird diese weitergewährt, solange er bei der obersten Organisationseinheit des Postnachfolgeunternehmens beschäftigt ist. Anrechnungsvorschriften finden Anwendung.

(5) Im Rahmen des § 52 Abs. 3 Satz 2 des Bundesbesoldungsgesetzes steht die Zuweisung nach § 4 Abs. 4 der Zuweisung nach § 29 des Bundesbeamtengesetzes gleich.

(6) Wird einem Beamten Sonderurlaub unter Fortzahlung der Dienstbezüge zum Zwecke der Begründung eines anderen Dienstverhältnisses oder zur Aufnahme eines Beschäftigungsverhältnisses nach § 4 Absatz 3 gewährt, sind Einkünfte aus diesem anderen Dienstverhältnis oder Beschäftigungsverhältnis als Bruttobetrag auf die Dienstbezüge anzurechnen.

Auszug aus dem **Krankenhausentgeltgesetz**

§ 2
Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten,
5. die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
6. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nr. 2 gehört eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht. Besondere

Aufgaben nach Satz 2 Nummer 4 setzen deren Ausweisung und Festlegung im Krankenhausplan des Landes oder eine gleichartige Festlegung durch die zuständige Landesbehörde im Einzelfall gegenüber dem Krankenhaus voraus. Die besonderen Aufgaben umfassen nur Leistungen, die nicht bereits durch die Fallpauschalen, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; sie können auch Leistungen, die nicht zur unmittelbaren stationären Patientenversorgung gehören, umfassen.

(3) Bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärztinnen und Ärzte hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten.

## § 9
## Vereinbarung auf Bundesebene

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere

1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen),
2. einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Absatz 1 Satz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe,
3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1 und 2 sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge,
4. Empfehlungen für die Kalkulation und die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 gesonderte Entgelte vereinbart werden können,
5. den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Absatz 4 Satz 1,
6. erstmals bis zum 31. Juli 2016 einen Katalog nicht mengenanfälliger Krankenhausleistungen, die nur dem hälftigen Abschlag unterliegen, sowie nähere Einzelheiten zur Umsetzung des Abschlags, insbesondere zur Definition des Einzugsgebiets eines Krankenhauses und zu einem geminderten Abschlag im Falle von Leistungsverlagerungen,
7. die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 10 Absatz 5 Satz 4 sowie den Zeitpunkt der erstmaligen Abrechnung der anteiligen Erhöhungsrate.

(1a) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren auf der Grundlage von Absatz 1 Nummer 3

1. Vorgaben, insbesondere zur Dauer, für befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten auf Grund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie auf Grund von Rahmenvereinbarungen nach § 137i Absatz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;
2. bis zum 31. März 2016 das Nähere zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4; diese können sich insbesondere ergeben aus
   a) einer überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung,
   b) der Erforderlichkeit von besonderen Vorhaltungen eines Krankenhauses, insbesondere in Zentren für Seltene Erkrankungen, oder
   c) der Notwendigkeit der Konzentration der Versorgung an einzelnen Standorten wegen außergewöhnlicher technischer und personeller Voraussetzungen;

   dabei haben sie sicherzustellen, dass es sich nicht um Aufgaben handelt, die bereits durch die Entgelte nach Absatz 1 Nummer 1 und 2, nach sonstigen Regelungen dieses Gesetzes oder nach Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden; § 17b Absatz 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt;
3. bis zum 31. Dezember 2016 Anforderungen an die Durchführung klinischer Sektionen zur Qualitätssicherung; insbesondere legen sie bezogen auf die Anzahl stationärer Todesfälle eine zur Qualitätssicherung erforderliche Sektionsrate und Kriterien für die Auswahl der zu obduzierenden Todesfälle fest, bestimmen die Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion und machen

Vorgaben für die Berechnung des Zuschlags; als Grundlage für die Festlegung der Höhe der Durchschnittskosten einer Sektion ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus mit der Kalkulation und deren regelmäßiger Anpassung zu beauftragen; für die Finanzierung gilt § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes entsprechend;

4. bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung von Qualitätszu- und –ab-schlägen für außerordentlich gute und unzureichende Qualität von Leistungen oder Leistungsbereichen auf der Grundlage der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 und Absatz 9 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch;
5. bis zum 30. Juni 2018 die Höhe und die nähere Ausgestaltung der Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung, wobei bei der Ermittlung der Höhe der Zu- und Abschläge eine Unterstützung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorzusehen ist; die Zu- und Abschläge müssen sich auf das Stufensystem zu den Mindestvoraussetzungen für eine Teilnahme an der Notfallversorgung beziehen, das gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickeln ist;
6. bis zum 31. Oktober 2018 die voraussichtliche Höhe der zweckentsprechend verwendeten Finanzmittel des Jahres 2018 aus dem Pflegestellen-Förderprogramm nach § 4 Absatz 8 sowie die Berichtigung dieses Betrags in den Folgejahren bei einer Fehlschätzung.

(1b) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren mit Wirkung für die Vertragsparteien auf Landesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres den Veränderungswert nach Maßgabe des § 10 Absatz 6 Satz 2 oder Satz 3 für die Begrenzung der Entwicklung des Basisfallwerts nach § 10 Absatz 4, wobei bereits anderweitig finanzierte Kostensteigerungen zu berücksichtigen sind, soweit dadurch die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht unterschritten wird; im Falle des § 10 Absatz 6 Satz 3 ist die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch unter Berücksichtigung der Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung und von Personal- und Sachkostensteigerungen um bis zu ein Drittel dieser Differenz zu erhöhen. Die Vertragsparteien auf Bundesebene können Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und der zu berücksichtigenden Tatbestände, insbesondere zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3, abgeben und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.

(1c) Zur Umsetzung von § 17b Absatz 1 Satz 5 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes haben die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Mai 2016 bei Leistungen, bei denen es Anhaltspunkte für im erhöhten Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen gibt, eine gezielte Absenkung oder Abstufung der Bewertung der Leistungen vorzugeben, die bei der Kalkulation des Vergütungssystems für das folgende Kalenderjahr zu berücksichtigen ist.

(2) Kommt eine Vereinbarung zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 ganz oder teilweise nicht zustande, gilt § 17b Absatz 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; in den übrigen Fällen entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; eine Entscheidung zu Absatz 1b Satz 1 hat die Schiedsstelle bis zum 15. November des jeweiligen Jahres zu treffen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1a Nummer 5 nicht zustande, kann auch das Bundesministerium für Gesundheit die Schiedsstelle anrufen. Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1c nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle abweichend von Satz 1 ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.

## § 10
## Vereinbarung auf Landesebene

(1) Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vereinbaren die in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen landesweit

geltenden Basisfallwert (Landesbasisfallwert) für das folgende Kalenderjahr. Dabei gehen sie von den Vereinbarungswerten der Krankenhäuser im Land für das laufende Kalenderjahr nach Anlage 1 Abschnitt B1 aus, insbesondere von der Summe der effektiven Bewertungsrelationen und der Erlössumme für Fallpauschalen (B1 laufende Nummer 3), und schätzen auf dieser Grundlage die voraussichtliche Entwicklung im folgenden Kalenderjahr; soweit Werte für einzelne Krankenhäuser noch nicht vorliegen, sind diese zu schätzen. Sie vereinbaren, dass Fehlschätzungen des Basisfallwerts bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr berichtigt werden. Die Vertragsparteien haben in der Vereinbarung festzulegen, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen im Folgejahr eine Verhandlung über eine Berichtigung aufgenommen wird. Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Die Berichtigung nach den Sätzen 3 bis 5 ist nur durchzuführen, soweit im Rahmen der Vorgaben zur Beitragssatzstabilität bei der zu ändernden Vereinbarung des Vorjahres auch ohne eine Fehlschätzung eine Berücksichtigung des Betrags der Basisberichtigung zulässig gewesen wäre.

(2) (weggefallen)

(3) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. der von den Vertragsparteien nach § 9 Abs. 1 Satz 2 vorgegebene Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann,
2. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen,
3. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,
4. (weggefallen)
5. (weggefallen)
6. absenkend die Summe der Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind oder die Zuschläge auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes nach § 5 Absatz 2 Satz 2 beruhen; dabei werden die Zuschläge nach § 4 Absatz 8 und 9 und § 5 Absatz 3, 3a, 3b und 3c nicht einbezogen,
7. erhöhend die Summe der Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung und die befristeten Zuschläge nach § 5 Absatz 3c, soweit diese nicht mehr krankenhausindividuell erhoben werden und nicht durch Zusatzentgelte vergütet werden.

Soweit infolge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen.

(4) Die nach Absatz 3 vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts darf die sich bei Anwendung des Veränderungswerts nach § 9 Absatz 1b Satz 1 ergebende Veränderung des Basisfallwerts nicht überschreiten. Satz 1 gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Basisfallwerts infolge der Weiterentwicklung des DRGVergütungssystems oder der Abrechnungsregeln lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätzungen nach Absatz 1 durchzuführen ist. Wird aus anderen als den in Satz 2 genannten Tatbeständen eine niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen vereinbart, kann abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert vereinbart werden, wenn dies nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt. Soweit eine Überschreitung des Veränderungswerts durch die erhöhende Berücksichtigung von befristeten Zuschlägen nach § 5 Absatz 3c im Rahmen von Absatz 3 Satz 1 Nummer 7 begründet ist, ist abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert zu vereinbaren.

(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts sind erstmals für das Jahr 2016 nach Maßgabe der folgenden Sätze Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter über den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; eine Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden 50 Prozent des Unterschieds zwischen dem Veränderungswert und der Tarifrate, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlun-

gen errechnet, nach Maßgabe des Satzes 5 berücksichtigt. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifrate nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrate. Der zu vereinbarende Basisfallwert ist unter Berücksichtigung des Zeitpunkts der erstmaligen Abrechnung von den Vertragsparteien auf Landesebene um ein Drittel dieser Erhöhungsrate (anteilige Erhöhungsrate) zu erhöhen. Sofern der Basisfallwert für das Vereinbarungsjahr bereits vereinbart oder festgesetzt wurde, ist der Differenzbetrag, der durch die Anwendung der anteiligen Erhöhungsrate auf den Landesbasisfallwert entsteht, durch eine ab dem Zeitpunkt nach § 9 Absatz 1 Nummer 7 erfolgende unterjährige Erhöhung des Zuschlags nach § 8 Absatz 10 zu berücksichtigen; dabei ist der für das restliche Kalenderjahr anzuwendende Differenzbetrag infolge der unterjährigen Berücksichtigung entsprechend zu erhöhen. Im Falle von Satz 6 ist die anteilige Erhöhungsrate nach Satz 5 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr erhöhend zu berücksichtigen.

(6) Das Statistische Bundesamt hat jährlich einen Orientierungswert, der die tatsächlichen Kostenentwicklungen der Krankenhäuser wiedergibt, zu ermitteln und spätestens bis zum 30. September jeden Jahres zu veröffentlichen; die hierfür vom Statistischen Bundesamt zu erhebenden Daten werden vom Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festgelegt. Unterschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, entspricht der Veränderungswert der Veränderungsrate. Überschreitet der Orientierungswert die Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ermitteln die Vertragsparteien auf Bundesebene die Differenz zwischen beiden Werten und vereinbaren den Veränderungswert gemäß § 9 Absatz 1b Satz 1 und § 9 Absatz 1 Nummer 5 der Bundespflegesatzverordnung. Für die Zeit ab dem Jahr 2018 ist die Anwendung des vollen Orientierungswerts als Veränderungswert sowie die anteilige Finanzierung von Tarifsteigerungen, die den Veränderungswert übersteigen, zu prüfen.

(7) Soweit in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet die Höhe der Vergütung nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) unter der im übrigen Bundesgebiet geltenden Höhe liegt, ist dies bei der Vereinbarung des Basisfallwerts zu beachten. Die Veränderungsrate nach Absatz 4 darf überschritten werden, soweit eine Angleichung dieser Vergütung an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe dies erforderlich macht.

(8) Zur schrittweisen Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder wird ein einheitlicher Basisfallwertkorridor in Höhe von +2,5 Prozent bis -1,02 Prozent um den einheitlichen Basisfallwert nach Absatz 9 eingeführt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2016 bis 2021 werden die Basisfallwerte oberhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors in sechs gleichen Schritten in Richtung auf den oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors angeglichen. Der für die Angleichung jeweils maßgebliche Angleichungsbetrag wird ermittelt, indem der nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelte Basisfallwert ohne Ausgleiche von dem oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert höher ist, und von diesem Zwischenergebnis

1. 16,67 Prozent im Jahr 2016,
2. 20,00 Prozent im Jahr 2017,
3. 25,00 Prozent im Jahr 2018,
4. 33,34 Prozent im Jahr 2019,
5. 50,00 Prozent im Jahr 2020,
6. 100 Prozent im Jahr 2021

errechnet werden. Für das Jahr 2017 ist vor der Ermittlung des Angleichungsbetrags nach Satz 3 der Grenzwert nach Satz 3 um den Betrag zu erhöhen, der nach Maßgabe des Absatzes 12 beim Landesbasisfallwert zusätzlich berücksichtigt worden ist. Zur Ermittlung des Basisfallwerts werden für das jeweilige Kalenderjahr der verhandelte Basisfallwert und der entsprechende Angleichungsbetrag nach Satz 3 unter Beachtung des Vorzeichens addiert. Das Rechenergebnis ist von den Vertragsparteien auf Landesebene als Basisfallwert, der der Abrechnung der Fallpauschalen zu Grunde zu legen ist, zu vereinbaren. Basisfallwerte unterhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 werden ab dem 1. Januar 2016 jeweils an den unteren Grenzwert angeglichen;

die nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 vorzunehmende absenkende Berücksichtigung von Zuschlägen für die Teilnahme an der Notfallversorgung und Sicherstellungszuschlägen, die auf ergänzenden oder abweichenden Vorgaben des Landes beruhen, bleibt hiervon unberührt. Nach der vollständigen Angleichung nach Satz 3 oder Satz 7 sind Verhandlungsergebnisse, die außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 liegen, jährlich in vollem Umfang an den jeweiligen Grenzwert dieser Bandbreite anzugleichen; Fehlschätzungen nach Absatz 1 Satz 3 sind nur insoweit umzusetzen, als dies der vollen Erreichung des jeweiligen Grenzwerts nicht entgegensteht. Die Vertragsparteien ermitteln die nach Absatz 9 Satz 3 zu meldenden Daten.

(9) Die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragen das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, einen einheitlichen Basisfallwert und einen einheitlichen Basisfallwertkorridor nach Maßgabe der folgenden Sätze auf der Grundlage der in den Ländern jeweils geltenden, abzurechnenden Basisfallwerte zu berechnen. Dabei werden die einzelnen Basisfallwerte einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleiche mit der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die bei ihrer Vereinbarung zu Grunde gelegt wurden, gewichtet. Für die Berechnung meldet die an der Vereinbarung des Basisfallwerts beteiligte Landeskrankenhausgesellschaft bis zum 31. Juli jeden Jahres den für das laufende Jahr vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleiche, das bei seiner Vereinbarung zu Grunde gelegte Ausgabenvolumen und die Summe der effektiven Bewertungsrelationen an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. Sind diese Werte für ein Land bis zu diesem Termin nicht vereinbart und übermittelt, berechnet das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus den einheitlichen Basisfallwert mit den Vorjahreswerten für dieses Land. Das Berechnungsergebnis des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus ist um die Rate nach Absatz 5 Satz 5 zu erhöhen, sofern diese noch nicht im Basisfallwert berücksichtigt ist, und ist Grundlage für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors durch die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 31. Oktober jeden Jahres; das Berechnungsergebnis ist um die für das folgende Kalenderjahr maßgebliche Veränderungsrate oder den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 zu erhöhen. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(10) Die Vereinbarung des Basisfallwerts oder des angeglichenen Basisfallwerts nach Absatz 8 Satz 5 und 7 ist bis zum 30. November jeden Jahres zu schließen. Die Vertragsparteien auf Landesebene nehmen die Verhandlungen unverzüglich auf, nachdem eine Partei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Vereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Parteien zustande, die an der Verhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen. Kommt eine Vereinbarung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 13 den Basisfallwert auf Antrag einer Vertragspartei auf Landesebene unverzüglich fest. Abweichend von Satz 4 setzt ab dem 1. Januar 2020 die Schiedsstelle den Basisfallwert ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb der Frist gemäß § 13 Absatz 2 fest, wenn eine Vereinbarung bis zum 30. November nicht zustande kommt.

(11) (weggefallen)

(12) In den ab dem 1. Januar 2020 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung, die interne Besetzung neu geschaffener Stellen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Hygienefachkräften in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt für das Jahr 2019 nach § 4 Absatz 9 Satz 1 Nummer 1 abgerechneten Zuschläge einzurechnen; zusätzlich sind dabei die Finanzierungsbeträge der von den Krankenhäusern im Land insgesamt im Jahr 2016 für die Förderung von hygienebeauftragten Ärztinnen und Ärzten abgerechneten Zuschläge einzurechnen. Absatz 4 gilt insoweit nicht.

(13) Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 30. September jeden Jahres, erstmals bis zum 30. September 2018, einen von den Vertragsparteien nach § 11 für die Vereinbarung zusätzlicher Leistungen anzuwendenden Abschlag in Höhe des für zusätzliche Leistungen geschätzten durchschnittlichen Anteils der fixen Kosten an den Fallpauschalen (Fixkostendegressionsabschlag), wobei der Abschlag jeweils für drei Jahre erhoben wird. Die Abschlagshöhe ist so zu vereinbaren, dass gegenüber der bei der Verhandlung des Landesbasisfallwerts für das Jahr 2015 vereinbarten

absenkenden Berücksichtigung der fixen Kosten zusätzlicher Leistungen keine Mehrausgaben bei der Anwendung der Abschläge durch die Vertragsparteien nach § 11 entstehen; Ausnahmen nach § 4 Absatz 2b Satz 3 Nummer 1 bleiben hiervon unberührt. Für die Jahre 2017 und 2018 wird die Höhe des Abschlags auf 35 Prozent festgesetzt.

## § 17
## Wahlleistungen

(1) Neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist. Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und die Leistungen von einem Arzt oder einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes erbracht werden. Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung können Empfehlungen zur Bemessung der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen abgeben. Verlangt ein Krankenhaus ein unangemessen hohes Entgelt für nichtärztliche Wahlleistungen, kann der Verband der privaten Krankenversicherung die Herabsetzung auf eine angemessene Höhe verlangen; gegen die Ablehnung einer Herabsetzung ist der Zivilrechtsweg gegeben.

(2) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren; der Patient ist vor Abschluss der Vereinbarung schriftlich über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten. Die Art der Wahlleistungen ist der zuständigen Landesbehörde zusammen mit dem Genehmigungsantrag nach § 14 mitzuteilen.

(3) Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen. Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter Arzt des Krankenhauses kann eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen oder die Abrechnung dem Krankenhausträger überlassen. Der Arzt oder eine von ihm beauftragte Abrechnungsstelle ist verpflichtet, dem Krankenhaus umgehend die zur Ermittlung der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten jeweils erforderlichen Unterlagen einschließlich einer Auflistung aller erbrachten Leistungen vollständig zur Verfügung zu stellen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Krankenhaus die Möglichkeit einzuräumen, die Rechnungslegung zu überprüfen. Wird die Abrechnung vom Krankenhaus durchgeführt, leitet dieses die Vergütung nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten und der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten an den berechtigten Arzt weiter. Personenbezogene Daten dürfen an eine beauftragte Abrechnungsstelle außerhalb des Krankenhauses nur mit Einwilligung des Betroffenen, die jederzeit widerrufen werden kann, übermittelt werden. Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus diesen Gebührenordnungen ergibt.

(4) Eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden.

(5) Bei Krankenhäusern, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, müssen die Wahlleistungsentgelte mindestens die dafür nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4, 5 und 7 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung abzuziehenden Kosten decken.

§ 18
Belegärzte

(1) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzes sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Leistungen des Belegarztes sind

1. seine persönlichen Leistungen,
2. der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegpatienten,
3. die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,
4. die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

(2) Für Belegpatienten werden gesonderte pauschalierte Pflegesätze nach § 17 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart, für das Entgeltsystem nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes frühestens für das Jahr 2017. Soweit für Belegpatientinnen und –patienten gesonderte Entgelte nach Satz 1 nicht oder noch nicht vereinbart wurden, werden gesonderte sonstige Entgelte nach § 6 oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung vereinbart.

(3) Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und –patienten die mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent ab. Bei diesen Krankenhäusern ist bei der Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung die Vergütung des Belegarztes einzubeziehen.

Auszug aus der **Bundespflegesatzverordnung**

§ 2
Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus oder durch das Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18 des Krankenhausentgeltgesetzes).

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlaßten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nicht zu den Krankenhausleistungen gehört eine Dialyse.

(3) Bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärztinnen und Ärzte hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten.

§ 16
Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

Die Berechnung belegärztlicher Leistungen richtet sich nach § 18 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vereinbarung und Berechnung von Wahlleistungen auch für stationsäquivalente Behandlung richten sich nach den §§ 17 und 19 des Krankenhausentgeltgesetzes.

Auszug aus dem **Bundesversorgungsgesetz**

§ 26c

(1) Beschädigte und Hinterbliebene erhalten Hilfe zur Pflege in entsprechender Anwendung von § 13 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sowie des Siebten Kapitels des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes geregelt ist.

(2) Der Hilfe zur Pflege gehen die Leistungen nach § 35 vor.

(3) Stellen Pflegebedürftige ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicher, gelten § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 34 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

(4) § 64a Absatz 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch findet keine Anwendung.

(5) Bei der Festsetzung der Einkommensgrenze sind folgende Regelungen entsprechend anzuwenden:
1. § 27d Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 und Satz 2 bei der Pflege in einer stationären Einrichtung, wenn sie voraussichtlich auf längere Zeit erforderlich ist, sowie bei der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 oder 3 und
2. § 27d Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 sowie Satz 2 und 3 bei dem Pflegegeld für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 oder 5.

(6) Werden Leistungen der Hilfe zur Pflege für ein volljähriges Kind der Beschädigten erbracht, haben Beschädigte Einkommen und Vermögen bis zur Höhe des Betrages nach § 27h Absatz 2 Satz 3 einzusetzen, soweit das Einkommen die für die Leistung maßgebliche Einkommensgrenze nach § 25e Absatz 1 oder § 26c Absatz 5 oder das Vermögen die Vermögensgrenze nach § 25f übersteigt.

Pflegezulage

§ 35

(1) Solange Beschädigte infolge der Schädigung hilflos sind, wird eine Pflegezulage von 311 Euro (Stufe I) monatlich gezahlt. Hilflos im Sinne des Satzes 1 sind Beschädigte, wenn sie für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedürfen. Diese Voraussetzungen sind auch erfüllt, wenn die Hilfe in Form einer Überwachung oder Anleitung zu den in Satz 2 genannten Verrichtungen erforderlich ist oder wenn die Hilfe zwar nicht dauernd geleistet werden muß, jedoch eine ständige Bereitschaft zur Hilfeleistung erforderlich ist. Ist die Gesundheitsstörung so schwer, daß sie dauerndes Krankenlager oder dauernd außergewöhnliche Pflege erfordert, so ist die Pflegezulage je nach Lage des Falles unter Berücksichtigung des Umfangs der notwendigen Pflege auf 531, 755, 969, 1 258 oder 1 548 Euro (Stufen II, III, IV, V und VI) zu erhöhen. Für die Ermittlung der Hilflosigkeit und der Stufen der Pflegezulage sind die in der Verordnung zu § 30 Abs. 17 aufgestellten Grundsätze maßgebend. Blinde erhalten mindestens die Pflegezulage nach

Stufe III. Hirnbeschädigte mit einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 erhalten eine Pflegezulage mindestens nach Stufe I.

(2) Wird fremde Hilfe im Sinne des Absatzes 1 von Dritten aufgrund eines Arbeitsvertrages geleistet und übersteigen die dafür aufzuwendenden angemessenen Kosten den Betrag der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wird die Pflegezulage um den übersteigenden Betrag erhöht. Leben Beschädigte mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft, ist die Pflegezulage so zu erhöhen, dass sie nur ein Viertel der von ihnen aufzuwendenden angemessenen Kosten aus der pauschalen Pflegezulage zu zahlen haben und ihnen mindestens die Hälfte der pauschalen Pflegezulage verbleibt. In Ausnahmefällen kann der verbleibende Anteil bis zum vollen Betrag der pauschalen Pflegezulage erhöht werden, wenn Ehegatten, Lebenspartner oder ein Elternteil von Pflegezulageempfängern mindestens der Stufe V neben den Dritten in außergewöhnlichem Umfang zusätzliche Hilfe leisten. Entstehen vorübergehend Kosten für fremde Hilfe, insbesondere infolge Krankheit der Pflegeperson, ist die Pflegezulage für jeweils höchstens sechs Wochen über Satz 2 hinaus so zu erhöhen, dass den Beschädigten die pauschale Pflegezulage in derselben Höhe wie vor der vorübergehenden Entstehung der Kosten verbleibt. Die Sätze 2 und 3 gelten nicht, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder Elternteil nicht nur vorübergehend keine Pflegeleistungen erbringt; § 40a Abs. 3 Satz 3 gilt.

(3) Während einer stationären Behandlung wird die Pflegezulage nach den Absätzen 1 und 2 Empfängern von Pflegezulage nach den Stufen I und II bis zum Ende des ersten, den übrigen Empfängern von Pflegezulage bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Kalendermonats weitergezahlt.

(4) Über den in Absatz 3 bestimmten Zeitpunkt hinaus wird die Pflegezulage während einer stationären Behandlung bis zum Ende des Kalendermonats vor der Entlassung nur weitergezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte erhalten ein Viertel der pauschalen Pflegezulage nach Absatz 1, wenn der Ehegatte, Lebenspartner oder der Elternteil bis zum Beginn der stationären Behandlung zumindest einen Teil der Pflege wahrgenommen hat. Daneben wird die Pflegezulage in Höhe der Kosten weitergezahlt, die aufgrund eines Pflegevertrages entstehen, es sei denn, die Kosten hätten durch ein den Beschädigten bei Abwägung aller Umstände zuzumutendes Verhalten, insbesondere durch Kündigung des Pflegevertrages, vermieden werden können. Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III erhalten, soweit eine stärkere Beteiligung der schon bis zum Beginn der stationären Behandlung unentgeltlich tätigen Pflegeperson medizinisch erforderlich ist, abweichend von Satz 2 ausnahmsweise Pflegezulage bis zur vollen Höhe nach Absatz 1, in Fällen des Satzes 3 jedoch nicht über den nach Absatz 2 Satz 2 aus der pauschalen Pflegezulage verbleibenden Betrag hinaus.

(5) Tritt Hilflosigkeit im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 gleichzeitig mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung oder während einer stationären Behandlung ein, besteht für die Zeit vor dem Kalendermonat der Entlassung kein Anspruch auf Pflegezulage. Für diese Zeit wird eine Pflegebeihilfe gezahlt, soweit dies in den folgenden Sätzen bestimmt ist. Beschädigte, die mit ihren Ehegatten, Lebenspartnern oder einem Elternteil in häuslicher Gemeinschaft leben, erhalten eine Pflegebeihilfe in Höhe eines Viertels der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I. Soweit eine stärkere Beteiligung der Ehegatten, Lebenspartner oder eines Elternteils oder die Beteiligung einer Person, die den Beschädigten nahesteht, an der Pflege medizinisch erforderlich ist, kann in begründeten Ausnahmefällen eine Pflegebeihilfe bis zur Höhe der pauschalen Pflegezulage nach Stufe I gezahlt werden.

(6) Für Beschädigte, die infolge der Schädigung dauernder Pflege im Sinne des Absatzes 1 bedürfen, werden, wenn geeignete Pflege sonst nicht sichergestellt werden kann, die Kosten der nicht nur vorübergehenden Heimpflege, soweit sie Unterkunft, Verpflegung und Betreuung einschließlich notwendiger Pflege umfassen, unter Anrechnung auf die Versorgungsbezüge übernommen. Jedoch ist den Beschädigten von ihren Versorgungsbezügen zur Bestreitung der sonstigen Bedürfnisse ein Betrag in Höhe der Beschädigtengrundrente nach einem Grad der Schädigungsfolgen von 100 und den Angehörigen ein Betrag mindestens in Höhe der Hinterbliebenenbezüge

zu belassen, die ihnen zustehen würden, wenn Beschädigte an den Folgen der Schädigung gestorben wären. Bei der Berechnung der Bezüge der Angehörigen ist auch das Einkommen der Beschädigten zu berücksichtigen, soweit es nicht ausnahmsweise für andere Zwecke, insbesondere die Erfüllung anderer Unterhaltspflichten, einzusetzen ist.

Auszug aus dem **Einkommensteuergesetz**

§ 2
Umfang der Besteuerung, Begriffsbestimmungen

(1) Der Einkommensteuer unterliegen
1. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
2. Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
3. Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
4. Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,
5. Einkünfte aus Kapitalvermögen,
6. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
7. sonstige Einkünfte im Sinne des § 22,

die der Steuerpflichtige während seiner unbeschränkten Einkommensteuerpflicht oder als inländische Einkünfte während seiner beschränkten Einkommensteuerpflicht erzielt. Zu welcher Einkunftsart die Einkünfte im einzelnen Fall gehören, bestimmt sich nach den §§ 13 bis 24.

(2) Einkünfte sind
1. bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k und 13a),
2. bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten (§§ 8 bis 9a).

Bei Einkünften aus Kapitalvermögen tritt § 20 Absatz 9 vorbehaltlich der Regelung in § 32d Absatz 2 an die Stelle der §§ 9 und 9a.

(3) Die Summe der Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug nach § 13 Absatz 3, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte.

(4) Der Gesamtbetrag der Einkünfte, vermindert um die Sonderausgaben und die außergewöhnlichen Belastungen, ist das Einkommen.

(5) Das Einkommen, vermindert um die Freibeträge nach § 32 Absatz 6 und um die sonstigen vom Einkommen abzuziehenden Beträge, ist das zu versteuernde Einkommen; dieses bildet die Bemessungsgrundlage für die tarifliche Einkommensteuer. Knüpfen andere Gesetze an den Begriff des zu versteuernden Einkommens an, ist für deren Zweck das Einkommen in allen Fällen des § 32 um die Freibeträge nach § 32 Absatz 6 zu vermindern.

(5a) Knüpfen außersteuerliche Rechtsnormen an die in den vorstehenden Absätzen definierten Begriffe (Einkünfte, Summe der Einkünfte, Gesamtbetrag der Einkünfte, Einkommen, zu versteuerndes Einkommen) an, erhöhen sich für deren Zwecke diese Größen um die nach § 32d Absatz 1 und nach § 43 Absatz 5 zu besteuernden Beträge sowie um die nach § 3 Nummer 40 steuerfreien Beträge und mindern sich um die nach § 3c Absatz 2 nicht abziehbaren Beträge. 2Knüpfen außersteuerliche Rechtsnormen an die in den Absätzen 1 bis 3 genannten Begriffe (Einkünfte, Summe der Einkünfte, Gesamtbetrag der Einkünfte) an, mindern sich für deren Zwecke diese Größen um die nach § 10 Absatz 1 Nummer 5 abziehbaren Kinderbetreuungskosten.

(5b) Soweit Rechtsnormen dieses Gesetzes an die in den vorstehenden Absätzen definierten Begriffe (Einkünfte, Summe der Einkünfte, Gesamtbetrag der Einkünfte, Einkommen, zu versteuerndes Einkommen) anknüpfen, sind Kapitalerträge nach § 32d Absatz 1 und § 43 Absatz 5 nicht einzubeziehen.

(6) Die tarifliche Einkommensteuer, vermindert um die anzurechnenden ausländischen Steuern und die Steuerermäßigungen, vermehrt um die Steuer nach § 32d Absatz 3 und 4, die Steuer nach § 34c Absatz 5 und den Zuschlag nach § 3 Absatz 4 Satz 2 des Forstschäden-Ausgleichsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. August 1985 (BGBl. I S. 1756), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 19. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2794) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, ist die festzusetzende Einkommensteuer. Wurde der Gesamtbetrag der Einkünfte in den Fällen des § 10a Absatz 2 um Sonderausgaben nach § 10a Absatz 1 gemindert, ist für die Ermittlung der festzusetzenden Einkommensteuer der Anspruch auf Zulage nach Abschnitt XI der tariflichen Einkommensteuer hinzuzurechnen; bei der Ermittlung der dem Steuerpflichtigen zustehenden Zulage bleibt die Erhöhung der Grundzulage nach § 84 Satz 2 außer Betracht. Wird das Einkommen in den Fällen des § 31 um die Freibeträge nach § 32 Absatz 6 gemindert, ist der Anspruch auf Kindergeld nach Abschnitt X der tariflichen Einkommensteuer hinzuzurechnen.

(7) Die Einkommensteuer ist eine Jahressteuer. Die Grundlagen für ihre Festsetzung sind jeweils für ein Kalenderjahr zu ermitteln. Besteht während eines Kalenderjahres sowohl unbeschränkte als auch beschränkte Einkommensteuerpflicht, so sind die während der beschränkten Einkommensteuerpflicht erzielten inländischen Einkünfte in eine Veranlagung zur unbeschränkten Einkommensteuerpflicht einzubeziehen.

(8) Die Regelungen dieses Gesetzes zu Ehegatten und Ehen sind auch auf Lebenspartner und Lebenspartnerschaften anzuwenden.

Auszug aus dem **Dritten Buch Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung –**

Zweites Kapitel
Versicherungspflicht

Erster Abschnitt
Beschäftigte, Sonstige Versicherungspflichtige

§ 26
Sonstige Versicherungspflichtige

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Jugendliche, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 des Neunten Buches Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, sowie Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,
2. Personen, die nach Maßgabe des Wehrpflichtgesetzes, des § 58b des Soldatengesetzes oder des Zivildienstgesetzes Wehrdienst oder Zivildienst leisten und während dieser Zeit nicht als Beschäftigte versicherungspflichtig sind,
3. (weggefallen)

3a. (weggefallen)

4. Gefangene, die Arbeitsentgelt, Ausbildungsbeihilfe oder Ausfallentschädigung (§§ 43 bis 45, 176 und 177 des Strafvollzugsgesetzes) erhalten oder Ausbildungsbeihilfe nur wegen des Vorrangs von Leistungen zur Förderung der Berufsausbildung nach diesem Buch nicht erhalten; das Versicherungsverhältnis gilt während arbeitsfreier Sonnabende, Sonntage und gesetzlicher Feiertage als fortbestehend, wenn diese Tage innerhalb eines zusammenhängenden Arbeits- oder Ausbildungsabschnittes liegen. Gefangene im Sinne dieses Buches sind Personen, die im Vollzug von Untersuchungshaft, Freiheitsstrafen und freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung oder einstweilig nach § 126a Abs. 1 der Strafprozeßordnung untergebracht sind,
5. Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(2) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, für die sie
1. von einem Leistungsträger Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder von einem Träger der medizinischen Rehabilitation Übergangsgeld beziehen,
2. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Krankentagegeld beziehen,
2a. von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von einem öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen,
2b. von einer Pflegekasse, einem privaten Versicherungsunternehmen, der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn Pflegeunterstützungsgeld beziehen oder
3. von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen,

wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten.

(2a) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie ein Kind, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, erziehen, wenn sie
1. unmittelbar vor der Kindererziehung versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten und
2. sich mit dem Kind im Inland gewöhnlich aufhalten oder bei Aufenthalt im Ausland Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder Bundeskindergeldgesetz haben oder ohne die Anwendung des § 64 oder § 65 des Einkommensteuergesetzes oder des § 3 oder § 4 des Bundeskindergeldgesetzes haben würden.

Satz 1 gilt nur für Kinder
1. der oder des Erziehenden,
2. seiner nicht dauernd getrennt lebenden Ehegattin oder ihres nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten oder
3. ihrer nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartnerin oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Lebenspartners.

Haben mehrere Personen ein Kind gemeinsam erzogen, besteht Versicherungspflicht nur für die Person, der nach den Regelungen des Rechts der gesetzlichen Rentenversicherung die Erziehungszeit zuzuordnen ist (§ 56 Abs. 2 des Sechsten Buches).

(2b) Versicherungspflichtig sind Personen in der Zeit, in der sie als Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 im Sinne des Elften Buches, der Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch oder Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch oder gleichartige Leistungen nach anderen Vorschriften bezieht, nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflegetätigkeit versicherungspflichtig waren oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach diesem Buch hatten. Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Voraussetzungen durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erfüllt werden.

(3) Nach Absatz 1 Nr. 1 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach § 25 Abs. 1 versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 1 Nr. 4 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften dieses Buches versicherungspflichtig ist. Versicherungspflichtig wegen des Bezuges von Mutterschaftsgeld nach Absatz 2 Nr. 1 ist nicht, wer nach Absatz 2a versicherungspflichtig ist. Nach Absatz 2 Nr. 2 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 2 Nr. 1 versicherungspflichtig ist oder während des Bezugs von Krankentagegeld Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat. Nach Absatz 2a und 2b ist nicht versicherungspflichtig, wer nach anderen Vorschriften

dieses Buches versicherungspflichtig ist oder während der Zeit der Erziehung oder Pflege Anspruch auf Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch hat; Satz 3 bleibt unberührt. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 2a mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 2b zusammen, geht die Versicherungspflicht nach Absatz 2a vor.

(4) (weggefallen)

## Zweiter Abschnitt
## Beiträge und Verfahren

### Erster Unterabschnitt
### Beiträge

### § 345
### Beitragspflichtige Einnahmen sonstiger Versicherungspflichtiger

1. die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die ihnen eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, ein Arbeitsentgelt in Höhe von einem Fünftel der monatlichen Bezugsgröße,
2. die als Wehrdienstleistende oder als Zivildienstleistende versicherungspflichtig sind (§ 25 Abs. 2 Satz 2, § 26 Abs. 1 Nr. 2), ein Betrag in Höhe von 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße,
3. die als Gefangene versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 90 Prozent der Bezugsgröße,
4. die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden, ein Entgelt in Höhe der gewährten Geld- und Sachbezüge,
5. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld oder Übergangsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts oder Arbeitseinkommens, wobei 80 Prozent des beitragspflichtigen Arbeitsentgelts aus einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis abzuziehen sind; bei gleichzeitigem Bezug von Krankengeld neben einer anderen Leistung ist das dem Krankengeld zugrunde liegende Einkommen nicht zu berücksichtigen,

5a. die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen; wird Krankengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch gezahlt, gilt Nummer 5,

5b. die Krankengeld nach § 45 Absatz 1 des Fünften Buches oder Verletztengeld nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches in Verbindung mit § 45 Absatz 1 des Fünften Buches beziehen, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts oder des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitseinkommens,

6. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Krankentagegeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe von 70 Prozent der für die Erhebung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches). Für den Kalendermonat ist ein Zwölftel und für den Kalendertag ein Dreihundertsechzigstel des Arbeitsentgelts zugrunde zu legen,

6a. die von einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, von einem Beihilfeträger des Bundes, von einem sonstigen öffentlich-rechtlichen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf Bundesebene, von dem Träger der Heilfürsorge im Bereich des Bundes, von dem Träger der truppenärztlichen Versorgung oder von öffentlich-rechtlichen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen auf Landesebene, soweit Landesrecht dies vorsieht, Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit

einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, das diesen Leistungen zugrunde liegende Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen,

6b. die als Bezieherinnen oder Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld versicherungspflichtig sind, 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen, laufenden Arbeitsentgelts,

7. die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, ein Arbeitsentgelt in Höhe des Mutterschaftsgeldes,

8. die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Abs. 2b), ein Arbeitsentgelt in Höhe von 50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße; dabei ist die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet maßgebend, wenn der Tätigkeitsort im Beitrittsgebiet liegt.

## Zweiter Unterabschnitt
## Verfahren

### § 347
### Beitragstragung bei sonstigen Versicherten

Die Beiträge werden getragen

1. für Personen, die in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation Leistungen erhalten, die eine Erwerbstätigkeit ermöglichen sollen, oder die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen, vom Träger der Einrichtung,
2. für Wehrdienstleistende oder für Zivildienstleistende nach der Hälfte des Beitragssatzes vom Bund,
3. für Gefangene von dem für die Vollzugsanstalt zuständigen Land,
4. für nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften während der Zeit der außerschulischen Ausbildung für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft von der geistlichen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft,
5. für Personen, die Krankengeld oder Verletztengeld beziehen, von diesen und den Leistungsträgern je zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im übrigen von den Leistungsträgern; die Leistungsträger tragen die Beiträge auch allein, soweit sie folgende Leistungen zahlen:
   a) Versorgungskrankengeld oder Übergangsgeld,
   b) Krankengeld oder Verletztengeld in Höhe der Entgeltersatzleistungen nach diesem Buch oder
   c) eine Leistung, die nach einem monatlichen Arbeitsentgelt bemessen wird, das 450 Euro nicht übersteigt,

5a. für Personen, die Krankengeld nach § 44a des Fünften Buches beziehen, vom Leistungsträger,

6. für Personen, die Krankentagegeld beziehen, von privaten Krankenversicherungsunternehmen,

6a. für Personen, die Leistungen für den Ausfall von Arbeitseinkünften im Zusammenhang mit einer nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder im Zusammenhang mit einer im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen beziehen, von der Stelle, die die Leistung erbringt; wird die Leistung von mehreren Stellen erbracht, sind die Beiträge entsprechend anteilig zu tragen,

6b. für Personen, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen, von den Bezieherinnen oder Beziehern der Leistung zur Hälfte, soweit sie auf die Leistung entfallen, im Übrigen
   a) von der Pflegekasse, wenn die oder der Pflegebedürftige in der sozialen Pflegeversicherung versichert ist,
   b) vom privaten Versicherungsunternehmen, wenn die oder der Pflegebedürftige in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versichert ist,
   c) von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig, wenn die oder der Pflegebedürftige

Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge hat und in der sozialen Pflegeversicherung oder bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert ist;

die Beiträge werden von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen, wenn das der Leistung zugrunde liegende Arbeitsentgelt auf den Monat bezogen 450 Euro nicht übersteigt,

7. für Personen, die als Bezieherinnen oder Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
8. für Personen, die als Bezieherinnen von Mutterschaftsgeld versicherungspflichtig sind, von den Leistungsträgern,
9. (weggefallen)
10. für Personen, die als Pflegepersonen versicherungspflichtig sind (§ 26 Absatz 2b) und eine
    a) in der sozialen Pflegeversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von der Pflegekasse,
    b) in der privaten Pflege-Pflichtversicherung versicherte pflegebedürftige Person pflegen, von dem privaten Versicherungsunternehmen,
    c) pflegebedürftige Person pflegen, die wegen Pflegebedürftigkeit Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge und Leistungen einer Pflegekasse oder eines privaten Versicherungsunternehmens erhält, von der Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder vom Dienstherrn und der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen anteilig.

Auszug aus dem **Vierten Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung –**

§ 18
Bezugsgröße

(1) Bezugsgröße im Sinne der Vorschriften für die Sozialversicherung ist, soweit in den besonderen Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes bestimmt ist, das Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(2) Die Bezugsgröße für das Beitrittsgebiet (Bezugsgröße [Ost]) verändert sich zum 1. Januar eines jeden Kalenderjahres auf den Wert, der sich ergibt, wenn der für das vorvergangene Kalenderjahr geltende Wert der Anlage 1 zum Sechsten Buch durch den für das Kalenderjahr der Veränderung bestimmten vorläufigen Wert der Anlage 10 zum Sechsten Buch geteilt wird, aufgerundet auf den nächsthöheren, durch 420 teilbaren Betrag.

(3) Beitrittsgebiet ist das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet.

Auszug aus dem **Fünften Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –**

Zweites Kapitel
Versicherter Personenkreis

Erster Abschnitt
Versicherung kraft Gesetzes

§ 5
Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,
2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch beziehen oder nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch wegen einer Sperrzeit (§ 159 des Dritten Buches)

oder wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 157 Absatz 2 des Dritten Buches) ruht; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem Zweiten Buch beziehen, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 des Zweiten Buches bezogen werden; dies gilt auch, wenn die Entscheidung, die zum Bezug der Leistung geführt hat, rückwirkend aufgehoben oder die Leistung zurückgefordert oder zurückgezahlt worden ist,

3. Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler nach näherer Bestimmung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,

4. Künstler und Publizisten nach näherer Bestimmung des Künstlersozialversicherungsgesetzes,

5. Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen,

6. Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie an Abklärungen der beruflichen Eignung oder Arbeitserprobung, es sei denn, die Maßnahmen werden nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes erbracht,

7. behinderte Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 226 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit oder bei einem anderen Leistungsanbieter nach § 60 des Neunten Buches tätig sind,

8. behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die einem Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht; hierzu zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung,

9. Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, unabhängig davon, ob sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, wenn für sie auf Grund über- oder zwischenstaatlichen Rechts kein Anspruch auf Sachleistungen besteht, bis zum Abschluß des vierzehnten Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des dreißigsten Lebensjahres; Studenten nach Abschluß des vierzehnten Fachsemesters oder nach Vollendung des dreißigsten Lebensjahres sind nur versicherungspflichtig, wenn die Art der Ausbildung oder familiäre sowie persönliche Gründe, insbesondere der Erwerb der Zugangsvoraussetzungen in einer Ausbildungsstätte des Zweiten Bildungswegs, die Überschreitung der Altersgrenze oder eine längere Fachstudienzeit rechtfertigen,

10. Personen, die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit ohne Arbeitsentgelt verrichten, sowie zu ihrer Berufsausbildung ohne Arbeitsentgelt Beschäftigte; Auszubildende des Zweiten Bildungswegs, die sich in einem förderungsfähigen Teil eines Ausbildungsabschnitts nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz befinden, sind Praktikanten gleichgestellt,

11. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren,

11a. Personen, die eine selbständige künstlerische oder publizistische Tätigkeit vor dem 1. Januar 1983 aufgenommen haben, die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie mindestens neun Zehntel des Zeitraums zwischen dem 1. Januar 1985 und der Stellung des Rentenantrags nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert waren; für Personen, die am 3. Oktober 1990 ihren Wohnsitz im Beitrittsgebiet hatten, ist anstelle des 1. Januar 1985 der 1. Januar 1992 maßgebend,

11b. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch
   a) auf eine Waisenrente nach § 48 des Sechsten Buches oder
   b) auf eine entsprechende Leistung einer berufsständischen Versorgungseinrichtung, wenn der verstorbene Elternteil zuletzt als Beschäftigter von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des Sechsten Buches befreit war,

erfüllen und diese beantragt haben; dies gilt nicht für Personen, die zuletzt vor der Stellung des Rentenantrags privat krankenversichert waren, es sei denn, sie erfüllen die Voraussetzungen für eine Familienversicherung mit Ausnahme des § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder die Voraussetzungen der Nummer 11,

12. Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie zu den in § 1 oder § 17a des Fremdrentengesetzes oder zu den in § 20 des Gesetzes zur Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehören und ihren Wohnsitz innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Stellung des Rentenantrags in das Inland verlegt haben,
13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und
    a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder
    b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(2) Der nach Absatz 1 Nr. 11 erforderlichen Mitgliedszeit steht bis zum 31. Dezember 1988 die Zeit der Ehe mit einem Mitglied gleich, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war. Bei Personen, die ihren Rentenanspruch aus der Versicherung einer anderen Person ableiten, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 11 oder 12 als erfüllt, wenn die andere Person diese Voraussetzungen erfüllt hatte. Auf die nach Absatz 1 Nummer 11 erforderliche Mitgliedszeit wird für jedes Kind, Stiefkind oder Pflegekind (§ 56 Absatz 2 Nummer 2 des Ersten Buches) eine Zeit von drei Jahren angerechnet.

(3) Als gegen Arbeitsentgelt beschäftigte Arbeiter und Angestellte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Bezieher von Vorruhestandsgeld, wenn sie unmittelbar vor Bezug des Vorruhestandsgeldes versicherungspflichtig waren und das Vorruhestandsgeld mindestens in Höhe von 65 vom Hundert des Bruttoarbeitsentgelts im Sinne des § 3 Abs. 2 des Vorruhestandsgesetzes gezahlt wird.

(4) Als Bezieher von Vorruhestandsgeld ist nicht versicherungspflichtig, wer im Ausland seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Staat hat, mit dem für Arbeitnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt in diesem Staat keine über- oder zwischenstaatlichen Regelungen über Sachleistungen bei Krankheit bestehen.

(4a) Auszubildende, die im Rahmen eines Berufsausbildungsvertrages nach dem Berufsbildungsgesetz in einer außerbetrieblichen Einrichtung ausgebildet werden, stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gleich. Teilnehmer an dualen Studiengängen stehen den Beschäftigten zur Berufsausbildung im Sinne des Absatzes 1 Nummer 1 gleich. Als zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 gelten Personen, die als nicht satzungsmäßige Mitglieder geistlicher Genossenschaften oder ähnlicher religiöser Gemeinschaften für den Dienst in einer solchen Genossenschaft oder ähnlichen religiösen Gemeinschaft außerschulisch ausgebildet werden.

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist. Bei Personen, die im Zusammenhang mit ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit regelmäßig mindestens einen Arbeitnehmer mehr als geringfügig beschäftigen, wird vermutet, dass sie hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind; als Arbeitnehmer gelten für Gesellschafter auch die Arbeitnehmer der Gesellschaft.

(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer zuletzt vor dem Bezug von Arbeitslosengeld II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31. Dezember 2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit. Personen nach Satz 1 sind nicht nach § 10 versichert. Personen nach Satz 1, die am

31. Dezember 2015 die Voraussetzungen des § 10 erfüllt haben, sind ab dem 1. Januar 2016 versicherungspflichtig nach Absatz 1 Nummer 2a, solange sie diese Voraussetzungen erfüllen.

(6) Nach Absatz 1 Nr. 5 bis 7 oder 8 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 versicherungspflichtig ist. Trifft eine Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 6 mit einer Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 7 oder 8 zusammen, geht die Versicherungspflicht vor, nach der die höheren Beiträge zu zahlen sind.

(7) Nach Absatz 1 Nr. 9 oder 10 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 8, 11 bis 12 versicherungspflichtig oder nach § 10 versichert ist, es sei denn, der Ehegatte, der Lebenspartner oder das Kind des Studenten oder Praktikanten ist nicht versichert oder die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nummer 11b besteht über die Altersgrenze des § 10 Absatz 2 Nummer 3 hinaus. Die Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 9 geht der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 10 vor.

(8) Nach Absatz 1 Nr. 11 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 7 oder 8 versicherungspflichtig ist. Satz 1 gilt für die in § 190 Abs. 11a genannten Personen entsprechend. Bei Beziehern einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, die nach dem 31. März 2002 nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtig geworden sind, deren Anspruch auf Rente schon an diesem Tag bestand und die bis zu diesem Zeitpunkt nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte versichert waren, aber nicht die Vorversicherungszeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 in der seit dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung erfüllt hatten und deren Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte nicht von einer der in § 9 Abs. 1 Nr. 6 genannten Personen abgeleitet worden ist, geht die Versicherung nach § 10 oder nach § 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 vor.

(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. Der Anspruch auf Leistungen nach § 19 Abs. 2 gilt nicht als Absicherung im Krankheitsfall im Sinne von Absatz 1 Nr. 13, sofern im Anschluss daran kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall besteht.

(9) Kommt eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nach Kündigung des Versicherungsvertrages nicht zu Stande oder endet eine Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit nach § 9, ist das private Krankenversicherungsunternehmen zum erneuten Abschluss eines Versicherungsvertrages verpflichtet, wenn der vorherige Vertrag für mindestens fünf Jahre vor seiner Kündigung ununterbrochen bestanden hat. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung zu gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben; die bis zum Ausscheiden erworbenen Alterungsrückstellungen sind dem Vertrag zuzuschreiben. Wird eine gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 nicht begründet, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach der Beendigung des vorhergehenden Versicherungsvertrages in Kraft. Endet die gesetzliche Krankenversicherung nach Satz 1 vor Erfüllung der Vorversicherungszeit, tritt der neue Versicherungsvertrag am Tag nach Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft. Die Verpflichtung nach Satz 1 endet drei Monate nach der Beendigung des Versicherungsvertrages, wenn eine Versicherung nach den §§ 5, 9 oder 10 nicht begründet wurde. Bei Beendigung der Versicherung nach den §§ 5 oder 10 vor Erfüllung der Vorversicherungszeiten nach § 9 endet die Verpflichtung nach Satz 1 längstens zwölf Monate nach der Beendigung des privaten Versicherungsvertrages. Die vorstehenden Regelungen zum Versicherungsvertrag sind auf eine Anwartschaftsversicherung in der privaten Krankenversicherung entsprechend anzuwenden.

(10) nicht belegt

(11) Ausländer, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz sind, werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 erfasst, wenn sie eine Niederlassungserlaubnis oder eine Aufenthaltserlaubnis mit einer Befristung auf mehr als zwölf Monate nach dem Aufenthaltsgesetz besitzen und für die Erteilung dieser Aufenthaltstitel keine Verpflichtung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 des Aufenthaltsgesetzes besteht. Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union, Angehörige eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder Staatsangehörige der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach § 4 des Freizügigkeitsgesetzes/EU ist. Bei Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes dem Grunde nach besteht.

## Zehnter Abschnitt
## Weiterentwicklung der Versorgung

### § 65c
### Klinische Krebsregister

(1) Zur Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung richten die Länder klinische Krebsregister ein. Die klinischen Krebsregister haben insbesondere folgende Aufgaben:

1. die personenbezogene Erfassung der Daten aller in einem regional festgelegten Einzugsgebiet stationär und ambulant versorgten Patientinnen und Patienten über das Auftreten, die Behandlung und den Verlauf von bösartigen Neubildungen einschließlich ihrer Frühstadien sowie von gutartigen Tumoren des zentralen Nervensystems nach Kapitel II der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) mit Ausnahme der Daten von Erkrankungsfällen, die an das Deutsche Kinderkrebsregister zu melden sind,
2. die Auswertung der erfassten klinischen Daten und die Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an die einzelnen Leistungserbringer,
3. den Datenaustausch mit anderen regionalen klinischen Krebsregistern bei solchen Patientinnen und Patienten, bei denen Hauptwohnsitz und Behandlungsort in verschiedenen Einzugsgebieten liegen, sowie mit Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene,
4. die Förderung der interdisziplinären, direkt patientenbezogenen Zusammenarbeit bei der Krebsbehandlung,
5. die Beteiligung an der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in Verbindung mit § 135a Absatz 2 Nummer 1,
6. die Zusammenarbeit mit Zentren in der Onkologie,
7. die Erfassung von Daten für die epidemiologischen Krebsregister,
8. die Bereitstellung notwendiger Daten zur Herstellung von Versorgungstransparenz und zu Zwecken der Versorgungsforschung.

Die klinische Krebsregistrierung erfolgt auf der Grundlage des bundesweit einheitlichen Datensatzes der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zur Basisdokumentation für Tumorkranke und ihn ergänzender Module flächendeckend sowie möglichst vollzählig. Die Daten sind jährlich landesbezogen auszuwerten. Eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung kann auch länderübergreifend erfolgen. Die für die Einrichtung und den Betrieb der klinischen Krebsregister nach Satz 2 notwendigen Bestimmungen einschließlich datenschutzrechtlicher Regelungen bleiben dem Landesrecht vorbehalten.

(2) Die Krankenkassen fördern den Betrieb klinischer Krebsregister nach Absatz 1 Satz 2, indem sie eine Pauschale nach Absatz 4 Satz 2 bis 4 zahlen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt bis zum 31. Dezember 2013 einheitliche Voraussetzungen für diese Förderung. Er hat in den Fördervoraussetzungen insbesondere Folgendes festzulegen:

1. die sachgerechte Organisation und Ausstattung der klinischen Krebsregister einschließlich eines einheitlichen Datenformates und entsprechender Schnittstellen zur Annahme, Verarbeitung und Weiterleitung der Daten,
2. die Mindestanforderungen an den Grad der Erfassung und an die Vollständigkeit der verschiedenen Datenkategorien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 sowie über notwendige Verfahren zur Datenvalidierung,
3. ein einheitliches Verfahren zur Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an die Leistungserbringer,
4. die notwendigen Verfahren zur Qualitätsverbesserung der Krebsbehandlung,
5. die erforderlichen Instrumente zur Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4,
6. die Kriterien, Inhalte und Indikatoren für eine landesbezogene Auswertung, die eine länderübergreifende Vergleichbarkeit garantieren,
7. die Modalitäten für die Abrechnung der klinischen Krebsregister mit den Krankenkassen.

Über die Festlegungen nach den Sätzen 2 und 3 entscheidet der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Benehmen mit zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zu bestimmenden Vertretern. Soweit die Länder Einwände gegen die Festlegungen haben, sind diese dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen, das in diesem Fall die entsprechenden Fördervoraussetzungen festlegen kann.

(3) Bei der Erarbeitung der Fördervoraussetzungen hat der Spitzenverband Bund der Krankenkassen folgende Organisationen und Personen zu beteiligen:
1. die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen,
2. die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
3. den Gemeinsamen Bundesausschuss,
4. die Deutsche Krebsgesellschaft,
5. die Deutsche Krebshilfe,
6. die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren,
7. die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland,
8. die Bundesärztekammer,
9. die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sowie
10. die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung ist an der Erarbeitung der Fördervoraussetzungen zu beteiligen, wenn die privaten Krankenversicherungsunternehmen den Betrieb der klinischen Krebsregister fördern, indem sie die Pauschale nach Absatz 4 Satz 2 bis 4 für Meldungen in Bezug auf privat krankenversicherte Personen zahlen. Gleiches gilt für die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, wenn sie für Meldungen in Bezug auf die nach diesen Vorschriften berechtigten Personen einen Teil der fallbezogenen Krebsregisterpauschale nach Absatz 4 Satz 2 bis 4 zahlen.

(4) Auf Antrag eines klinischen Krebsregisters oder dessen Trägers stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen fest, dass
1. das klinische Krebsregister die Fördervoraussetzungen nach Absatz 2 Satz 2 und 3 erfüllt und
2. in dem Land, in dem das klinische Krebsregister seinen Sitz hat, eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung und eine Zusammenarbeit mit den epidemiologischen Krebsregistern gewährleistet sind.

Weist ein klinisches Krebsregister auf Grund der Feststellungen nach Satz 1 nach, dass die Fördervoraussetzungen erfüllt sind, so zahlt die Krankenkasse an dieses Register oder dessen Träger einmalig für jede verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor nach Absatz 1 Nummer 1 mit Ausnahme der Meldungen von nicht-melanotischen Hautkrebsarten und ihrer Frühstadien eine fallbezogene Krebsregisterpauschale in Höhe von 119 Euro. Ab dem Jahr 2015 erhöht sich die fallbezogene Krebsregisterpauschale nach Satz 2 jährlich entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen mit dem Land eine von Satz 2 abweichende Höhe der fallbezogenen

Krebsregisterpauschale vereinbaren, wenn dies auf Grund regionaler Besonderheiten erforderlich ist. Im Falle des Absatzes 3 Satz 2 tritt der jeweilige Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung bei der Vereinbarung nach Satz 4 an die Seite der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen passt die Pauschale nach Satz 2 an, wenn die Anpassung erforderlich ist, um 90 Prozent der durchschnittlichen Betriebskosten der nach Absatz 2 Satz 1 geförderten klinischen Krebsregister abzudecken. Die erstmalige Überprüfung der Pauschale erfolgt spätestens bis zum Ablauf des Jahres 2019; Absatz 2 Satz 4 und 5 gilt entsprechend.

(5) In einer Übergangsphase bis zum 31. Dezember 2017 zahlt die Krankenkasse die Pauschale nach Absatz 4 Satz 2 bis 4 unabhängig von den Feststellungen nach Absatz 4 Satz 1 an die klinischen Krebsregister, die von den Ländern für ein festgelegtes Einzugsgebiet als zuständig bestimmt worden sind. Eine anderweitige Finanzierung der klinischen Krebsregister aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung ist in diesen Fällen ausgeschlossen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich können mit dem Land für die Übergangsphase Vereinbarungen über den Prozess zur Einrichtung und Weiterentwicklung der klinischen Krebsregister treffen. Erfüllt ein klinisches Krebsregister die Anforderungen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 nach Ablauf der Übergangsphase nach Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt nicht, hat das klinische Krebsregister die Möglichkeit der Nachbesserung innerhalb eines Jahres. Für diesen Zeitraum gilt Satz 1 entsprechend.

(6) Für jede landesrechtlich vorgesehene Meldung der zu übermittelnden klinischen Daten an ein klinisches Krebsregister, das nach Absatz 4 Satz 1 förderfähig ist, ist den Leistungserbringern vom jeweiligen klinischen Krebsregister eine Meldevergütung zu zahlen, wenn die zu übermittelnden Daten vollständig gemeldet wurden. Satz 1 gilt nicht für Meldungen, die nicht-melanotische Hautkrebsarten und ihre Frühstadien betreffen. Die Krankenkasse des gemeldeten Versicherten hat dem klinischen Krebsregister die nach Satz 1 entstandenen Kosten zu erstatten. Die Übergangsregelung nach Absatz 5 gilt entsprechend. Die Höhe der einzelnen Meldevergütungen vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bis zum 31. Dezember 2013. Wenn die privaten Krankenversicherungsunternehmen den klinischen Krebsregistern die Kosten für Vergütungen von Meldungen von Daten privat krankenversicherter Personen erstatten, tritt der Verband der Privaten Krankenversicherung bei der Vereinbarung nach Satz 5 an die Seite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Gleiches gilt für die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, wenn sie den klinischen Krebsregistern einen Teil der Kosten für Vergütungen von Meldungen von Daten der nach diesen Vorschriften berechtigten Personen erstatten. Kommt eine Vereinbarung bis zu dem in Satz 5 genannten Zeitpunkt nicht zustande, haben sich die Vereinbarungspartner nach Satz 5 auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die die Höhe der einzelnen Meldevergütungen festlegt. Einigen sich die Vereinbarungspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese vom Bundesministerium für Gesundheit bestellt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vereinbarungspartner zu gleichen Teilen. Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung. Klagen gegen die Festlegung der Höhe der einzelnen Meldevergütungen richten sich gegen einen der Vereinbarungspartner, nicht gegen die Schiedsperson.

(7) Klinische Krebsregister und Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene arbeiten mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung zusammen. Der Gemeinsame Bundesausschuss lässt notwendige bundesweite Auswertungen der klinischen Krebsregisterdaten durchführen. Hierfür übermitteln die Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene dem Gemeinsamen Bundesausschuss oder dem nach Satz 4 benannten Empfänger auf Anforderung die erforderlichen Daten in anonymisierter Form. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt durch Beschluss die von den Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene zu übermittelnden Daten, den Empfänger dieser Daten sowie Inhalte und Kriterien für Auswertungen nach Satz 2; § 92 Absatz 7e gilt entsprechend. Bei der Erarbeitung und Festlegung von Kriterien und Inhalten der bundesweiten Auswertungen nach Satz 2 ist der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen

Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren Gelegenheit zum Einbringen von Vorschlägen zu geben.

(8) Bei Maßnahmen der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 in der onkologischen Versorgung soll der Gemeinsame Bundesausschuss die klinischen Krebsregister unter Einhaltung der Vorgaben des § 299 bei der Aufgabenerfüllung einbeziehen. Soweit den klinischen Krebsregistern Aufgaben nach Satz 1 übertragen werden, sind sie an Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Nummer 13 gebunden.

(9) Der Gemeinsame Bundesausschuss gleicht erstmals bis zum 31. Dezember 2013 die Dokumentationsanforderungen, die für die Zulassung von strukturierten Behandlungsprogrammen für Brustkrebs nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 geregelt sind, an den bundesweit einheitlichen Datensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zur Basisdokumentation für Tumorkranke und ihn ergänzende Module an. Leistungserbringer, die an einem nach § 137g Absatz 1 zugelassenen, strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs in koordinierender Funktion teilnehmen, können die in dem Programm für die Annahme der Dokumentationsdaten nach § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 5 zuständige Stelle mit der Meldung der entsprechenden Daten an das klinische Krebsregister beauftragen, wenn die Versicherte nach umfassender Information hierin schriftlich eingewilligt hat. Die Einwilligung kann widerrufen werden. Macht der Leistungserbringer von der Möglichkeit nach Satz 2 Gebrauch, erhält er insoweit keine Meldevergütungen nach Absatz 6.

(10) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen veröffentlicht ab dem Jahr 2018 alle fünf Jahre einen Bericht über die bundesweiten Ergebnisse der klinischen Krebsregistrierung in patientenverständlicher Form, wozu auch die barrierefreie Bereitstellung des Berichtes gehört. Der Bericht ist auf der Grundlage der Landesauswertungen nach Absatz 1 Satz 3 und der Ergebnisse von Bundesauswertungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Absatz 9 Satz 2 zu erstellen. Die Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene und der Gemeinsame Bundesausschuss liefern dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen die Auswertungen, die zum Erstellen des Berichts benötigt werden.

## Dritter Abschnitt
## Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen

### § 107
### Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die
1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,

und in denen
4. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

(2) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die
1. der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
   a) eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder

b) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluß an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.

2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen,

und in denen

3. die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

## § 108
## Zugelassene Krankenhäuser

Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

## § 111
## Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4) oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung (§ 40), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht; für pflegende Angehörige dürfen die Krankenkassen diese Leistungen auch in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Vertrag nach § 111a besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlußheilbehandlung notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1989 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der in den Jahren 1986 bis 1988 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 30. Juni 1989 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen.

(4) Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluß nach Absatz 2 Satz 1 nicht mehr gegeben sind. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluß und Kündigung des Versorgungsvertrags anzustreben.

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(6) Soweit eine wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus die Anforderungen des Absatzes 2 Satz 1 erfüllt, gelten im übrigen die Absätze 1 bis 5.

## Vierter Abschnitt
## Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten

### § 115a
### Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um
1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die

Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

## § 119
## Sozialpädiatrische Zentren

(1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuß (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.

(2) Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.

# Zweiter Abschnitt
# Beitragszuschüsse

## § 257
## Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber als Beitragszuschuß den Betrag, den der Arbeitgeber entsprechend § 249 Absatz 1 oder 2 bei Versicherungspflicht des Beschäftigten zu tragen hätte. Bestehen innerhalb desselben Zeitraums mehrere Beschäftigungsverhältnisse, sind die beteiligten Arbeitgeber anteilig nach dem Verhältnis der Höhe der jeweiligen Arbeitsentgelte zur Zahlung des Beitragszuschusses verpflichtet.

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuß. Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragssatzes nach § 241 und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Beschäftigte, die bei Versicherungspflicht keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, tritt an die Stelle des Beitragssatzes nach § 241 der Beitragssatz nach § 243. Soweit Kurzarbeitergeld bezogen wird, ist der Beitragszuschuss in Höhe des Betrages zu zahlen, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beschäftigten entsprechend § 249 Absatz 2 zu tragen hätte, höchstens jedoch in Höhe des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; für die Berechnung gilt der um den durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz nach § 242a erhöhte allgemeine Beitragssatz nach § 241. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,

2. einen Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,
2a. sich verpflichtet, Interessenten vor Abschluss der Versicherung das amtliche Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146 Absatz 1 Nummer 6 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auszuhändigen, welches über die verschiedenen Prinzipien der gesetzlichen sowie der privaten Krankenversicherung aufklärt,
3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2b) u. (2c) (weggefallen)

(3) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 1 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, den der Arbeitgeber bei Versicherungspflicht des Beziehers von Vorruhestandsgeld zu tragen hätte. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Für Bezieher von Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3, die als Beschäftigte bis unmittelbar vor Beginn der Vorruhestandsleistungen Anspruch auf den vollen oder anteiligen Beitragszuschuß nach Absatz 2 hatten, bleibt der Anspruch für die Dauer der Vorruhestandsleistungen gegen den zur Zahlung des Vorruhestandsgeldes Verpflichteten erhalten. Der Zuschuss wird in Höhe des Betrages gezahlt, der sich bei Anwendung der Hälfte des Beitragssatzes nach § 243 und des Vorruhestandsgeldes bis zur Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Absatz 3) als Beitrag ergibt, höchstens jedoch in Höhe der Hälfte des Betrages, den der Bezieher von Vorruhestandsgeld für seine Krankenversicherung zu zahlen hat; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Auszug aus dem **Sechsten Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung –**

Zwölfter Unterabschnitt
Leistungen für Kindererziehung an Mütter der Geburtsjahrgänge vor 1921

§ 294
Anspruchsvoraussetzungen

(1) Eine Mutter, die vor dem 1. Januar 1921 geboren ist, erhält für jedes Kind, das sie im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland lebend geboren hat, eine Leistung für Kindererziehung. Der Geburt im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland steht die Geburt im jeweiligen Geltungsbereich der Reichsversicherungsgesetze gleich.

(2) Einer Geburt in den in Absatz 1 genannten Gebieten steht die Geburt außerhalb dieser Gebiete gleich, wenn die Mutter im Zeitpunkt der Geburt des Kindes ihren gewöhnlichen Aufenthalt
1. in diesen Gebieten hatte,
2. zwar außerhalb dieser Gebiete hatte, aber zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes oder unmittelbar vorher entweder sie selbst oder ihr Ehemann, mit dem sie sich zusammen dort aufgehalten hat, wegen einer dort ausgeübten Beschäftigung oder Tätigkeit Pflichtbeitragszeiten hat oder

nur deshalb nicht hat, weil sie selbst oder ihr Ehemann versicherungsfrei oder von der Versicherung befreit war, oder
3. bei Geburten bis zum 31. Dezember 1949 zwar außerhalb dieser Gebiete hatte, aber der gewöhnliche Aufenthalt in den in Absatz 1 genannten Gebieten aus Verfolgungsgründen im Sinne des § 1 des Bundesentschädigungsgesetzes aufgegeben worden ist; dies gilt auch, wenn bei Ehegatten der gemeinsame gewöhnliche Aufenthalt in den in Absatz 1 genannten Gebieten aufgegeben worden ist und nur beim Ehemann Verfolgungsgründe vorgelegen haben.

(3) Absatz 1 Satz 2 gilt nicht, wenn Beitragszeiten zum Zeitpunkt der Geburt aufgrund einer Versicherungslastregelung mit einem anderen Staat nicht in die Versicherungslast der Bundesrepublik Deutschland fallen würden.

(4) Einer Geburt in den in Absatz 1 genannten Gebieten steht bei einer Mutter, die
1. zu den in § 1 des Fremdrentengesetzes genannten Personen gehört oder
2. ihren gewöhnlichen Aufenthalt vor dem 1. September 1939 aus einem Gebiet, in dem Beiträge an einen nichtdeutschen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bei Eintritt des Versicherungsfalls wie nach den Vorschriften der Reichsversicherungsgesetze entrichtete Beiträge zu behandeln waren, in eines der in Absatz 1 genannten Gebiete verlegt hat,

die Geburt in den jeweiligen Herkunftsgebieten gleich.

(5) Eine Mutter, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, erhält eine Leistung für Kindererziehung nur, wenn sie zu den in den §§ 18 und 19 des Gesetzes zur Regelung der Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts in der Sozialversicherung genannten Personen gehört.

Auszug aus dem **Elften Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung –**

§ 14
Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:
1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und

Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
   a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
   b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
   c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
   d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

## § 15
## Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problem-lagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

## § 19
## Begriff der Pflegepersonen

Pflegepersonen im Sinne dieses Buches sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen

Sicherung nach § 44 erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt.

## § 36
## Pflegesachleistung

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie auf Hilfen bei der Haushaltsführung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe). Der Anspruch umfasst pflegerische Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

(2) Häusliche Pflegehilfe wird erbracht, um Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen so weit wie möglich durch pflegerische Maßnahmen zu beseitigen oder zu mindern und eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe ist auch die pflegefachliche Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen. Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen Unterstützungsleistungen zur Bewältigung und Gestaltung des alltäglichen Lebens im häuslichen Umfeld, insbesondere

1. bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen oder von Gefährdungen,
2. bei der Orientierung, bei der Tagesstrukturierung, bei der Kommunikation, bei der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und bei bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Alltag sowie
3. durch Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung.

(3) Der Anspruch auf häusliche Pflegehilfe umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 689 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 298 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 612 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 Leistungen bis zu einem Gesamtwert von 1 995 Euro.

(4) Häusliche Pflegehilfe ist auch zulässig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden; sie ist nicht zulässig, wenn Pflegebedürftige in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 gepflegt werden. Häusliche Pflegehilfe wird durch geeignete Pflegekräfte erbracht, die entweder von der Pflegekasse oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, angestellt sind. Auch durch Einzelpersonen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 abgeschlossen hat, kann häusliche Pflegehilfe als Sachleistung erbracht werden. Mehrere Pflegebedürftige können häusliche Pflegehilfe gemeinsam in Anspruch nehmen.

## § 37
## Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. 316 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 545 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 728 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
4. 901 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Die Hälfte des

bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Kurzzeitpflege nach § 42 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach § 39 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben
1. bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal,
2. bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Pflegebedürftigen und die häuslich Pflegenden sind bei der Beratung auch auf die Auskunfts-, Beratungsund Unterstützungsangebote des für sie zuständigen Pflegestützpunktes sowie auf die Pflegeberatung nach § 7a hinzuweisen. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegegraden 2 und 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 haben Anspruch, halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch abzurufen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegegrade 2 und 3 nach Satz 5. Beziehen Pflegebedürftige von einem ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen, können sie ebenfalls halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; für die Vergütung der Beratung gelten die Sätze 4 bis 6.

(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Die Vertragsparteien nach § 113 beschließen gemäß § 113b bis zum 1. Januar 2018 unter Beachtung der in Absatz 4 festgelegten Anforderungen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Fordert das Bundesministerium für Gesundheit oder eine Vertragspartei nach § 113 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die Vertragsparteien schriftlich zum Beschluss neuer Empfehlungen nach Satz 1 auf, sind diese innerhalb von sechs Monaten nach Eingang der Aufforderung neu zu beschließen. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

(7) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegefachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen.

(8) Die Beratungsbesuche nach Absatz 3 können auch von Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern im Sinne des § 7a oder von Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegefachliche Kompetenz aufweisen, durchgeführt werden. Absatz 4 findet entsprechende Anwendung. Die Inhalte der Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 5 sind zu beachten.

## § 38a
## Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214 Euro monatlich, wenn

1. sie mit mindestens zwei und höchstens elf weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 sind,
2. sie Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 45a oder § 45b beziehen,
3. eine Person durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten, und
4. keine Versorgungsform einschließlich teilstationärer Pflege vorliegt, in der ein Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter den Pflegebedürftigen Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen; der Anbieter einer ambulant betreuten Wohngruppe hat die Pflegebedürftigen vor deren Einzug in die Wohngruppe in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, dass dieser Leistungsumfang von ihm oder einem Dritten nicht erbracht wird, sondern die Versorgung in der Wohngruppe auch durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfelds sichergestellt werden kann.

Leistungen der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 können neben den Leistungen nach dieser Vorschrift nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist; dies gilt entsprechend für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(2) Die Pflegekassen sind berechtigt, zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen bei dem Antragsteller folgende Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen und folgende Unterlagen anzufordern:

1. eine formlose Bestätigung des Antragstellers, dass die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nummer 1 erfüllt sind,
2. die Adresse und das Gründungsdatum der Wohngruppe,
3. den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag nach § 120,
4. Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der Person nach Absatz 1 Nummer 3 und
5. die vereinbarten Aufgaben der Person nach Absatz 1 Nummer 3.

## § 39
## Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson

(1) Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die nachgewiesenen Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr; § 34 Absatz 2 Satz 1 gilt nicht. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Die Aufwendungen der Pflegekasse können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1 612 Euro belaufen, wenn die Ersatzpflege durch andere Pflegepersonen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

(2) Der Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 2 Satz 2 angerechnet.

(3) Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Absatz 1 Satz 3 für bis zu sechs Wochen nicht überschreiten. Wird die Ersatzpflege von den in Satz 1 genannten Personen erwerbsmäßig ausgeübt, können sich die Aufwendungen der Pflegekasse abweichend von Satz 1 auf den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 belaufen; Absatz 2 findet Anwendung. Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 1 und 3 dürfen zusammen den Leistungsbetrag nach Absatz 1 Satz 3 nicht übersteigen; Absatz 2 findet Anwendung.

## § 40
## Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes. Entscheiden sich Versicherte für eine Ausstattung des Pflegehilfsmittels, die über das Maß des Notwendigen hinausgeht, haben sie die Mehrkosten und die dadurch bedingten Folgekosten selbst zu tragen. § 33 Abs. 6 und 7 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 40 Euro nicht übersteigen. Die Leistung kann auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden.

(3) Die Pflegekassen sollen technische Pflegehilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, daß die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfaßt auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Pflegehilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Pflegehilfsmittel mit Ausnahme der Pflegehilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Pflegehilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung des § 62 Abs. 1 Satz 1, 2 und 6 sowie Abs. 2 und 3 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien.

Versicherte, die die für sie geltende Belastungsgrenze nach § 62 des Fünften Buches erreicht haben oder unter Berücksichtigung der Zuzahlung nach Satz 4 erreichen, sind hinsichtlich des die Belastungsgrenze überschreitenden Betrags von der Zuzahlung nach diesem Buch befreit. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Pflegehilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 4 000 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 4 000 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 16 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

(5) Für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die sowohl den in § 23 und § 33 des Fünften Buches als auch den in Absatz 1 genannten Zwecken dienen können, prüft der Leistungsträger, bei dem die Leistung beantragt wird, ob ein Anspruch gegenüber der Krankenkasse oder der Pflegekasse besteht und entscheidet über die Bewilligung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel. Zur Gewährleistung einer Absatz 1 Satz 1 entsprechenden Abgrenzung der Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung werden die Ausgaben für Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel zwischen der jeweiligen Krankenkasse und der bei ihr errichteten Pflegekasse in einem bestimmten Verhältnis pauschal aufgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt in Richtlinien, die erstmals bis zum 30. April 2012 zu beschließen sind, die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel nach Satz 1, das Verhältnis, in dem die Ausgaben aufzuteilen sind, sowie die Einzelheiten zur Umsetzung der Pauschalierung. Er berücksichtigt dabei die bisherigen Ausgaben der Kranken- und Pflegekassen und stellt sicher, dass bei der Aufteilung die Zielsetzung der Vorschriften des Fünften Buches und dieses Buches zur Hilfsmittelversorgung sowie die Belange der Versicherten gewahrt bleiben. Die Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit und treten am ersten Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats in Kraft; die Genehmigung kann mit Auflagen verbunden werden. Die Richtlinien sind für die Kranken- und Pflegekassen verbindlich. Für die nach Satz 3 bestimmten Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel richtet sich die Zuzahlung nach den §§ 33, 61 und 62 des Fünften Buches; für die Prüfung des Leistungsanspruchs gilt § 275 Absatz 3 des Fünften Buches. Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für Ansprüche auf Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel von Pflegebedürftigen, die sich in vollstationärer Pflege befinden, sowie von Pflegebedürftigen nach § 28 Absatz 2.

## § 41
## Tagespflege und Nachtpflege

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfaßt auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege und zurück.

(2) Die Pflegekasse übernimmt im Rahmen der Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch auf teilstationäre Pflege umfasst je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 einen Gesamtwert bis zu 689 Euro,
2. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3 einen Gesamtwert bis zu 1 298 Euro,
3. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4 einen Gesamtwert bis zu 1 612 Euro,
4. für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5 einen Gesamtwert bis zu 1 995 Euro.

(3) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können teilstationäre Tages- und Nachtpflege zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

(4) bis (7) (weggefallen)

## § 42
## Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:
1. für eine Übergangszeit im Anschluß an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1 612 Euro im Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.

(3) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 34 Abs. 2 Satz 1 findet keine Anwendung. Sind in dem Entgelt für die Einrichtung Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, ohne gesondert ausgewiesen zu sein, so sind 60 vom Hundert des Entgelts zuschussfähig. In begründeten Einzelfällen kann die Pflegekasse in Ansehung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie der Aufwendungen für Investitionen davon abweichende pauschale Abschläge vornehmen.

(4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist.

# Dritter Titel
# Vollstationäre Pflege

## § 43
## Inhalt der Leistung

(1) Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen.

(2) Für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen übernimmt die Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Der Anspruch beträgt je Kalendermonat
1. 770 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
2. 1 262 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
3. 1 775 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,

4. 2 005 Euro für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.
Abweichend von Satz 1 übernimmt die Pflegekasse auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, soweit der nach Satz 2 gewährte Leistungsbetrag die in Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt.

(3) Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, erhalten sie für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen einen Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich.

(4) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim werden die Leistungen für vollstationäre Pflege erbracht, solange die Voraussetzungen des § 87a Abs. 1 Satz 5 und 6 vorliegen.

## Vierter Titel
## Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

### § 43a
### Inhalt der Leistung

Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 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 (§ 71 Abs. 4), übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 genannten Aufwendungen zehn vom Hundert des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches vereinbarten Heimentgelts. Die Aufwendungen der Pflegekasse dürfen im Einzelfall je Kalendermonat 266 Euro nicht überschreiten. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Behinderten zu Hause gepflegt und betreut werden, anteiliges Pflegegeld beansprucht, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

## Fünfter Titel
## Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen

### § 43b
### Inhalt der Leistung

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.

# Vierter Abschnitt
# Leistungen für Pflegepersonen

### § 44
### Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

(1) Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, entrichten die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sechsten Buches genannten Stellen Beiträge nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig ist. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder ein anderer von der Pflegekasse beauftragter unabhängiger Gutachter ermittelt im Einzelfall, ob die Pflegeperson eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, pflegt. Wird die Pflege eines Pflegebedürftigen von mehreren Pflegepersonen erbracht (Mehrfachpflege), wird zudem der Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit je Pflegeperson im Verhältnis zum Umfang der von den Pflegepersonen zu leistenden Pflegetätigkeit insgesamt (Gesamtpflegeaufwand) ermittelt. Dabei werden die Angaben der

beteiligten Pflegepersonen zugrunde gelegt. Werden keine oder keine übereinstimmenden Angaben gemacht, erfolgt eine Aufteilung zu gleichen Teilen. Die Feststellungen zu den Pflegezeiten und zum Pflegeaufwand der Pflegeperson sowie bei Mehrfachpflege zum Einzel- und Gesamtpflegeaufwand trifft die für die Pflegeleistungen nach diesem Buch zuständige Stelle. Diese Feststellungen sind der Pflegeperson auf Wunsch zu übermitteln.

(2) Für Pflegepersonen, die wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung auch in ihrer Pflegetätigkeit von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind oder befreit wären, wenn sie in der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig wären und einen Befreiungsantrag gestellt hätten, werden die nach Absatz 1 zu entrichtenden Beiträge auf Antrag an die berufsständische Versorgungseinrichtung gezahlt.

(2a) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 2 Absatz 1 Nummer 17 des Siebten Buches in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen.

(2b) Während der pflegerischen Tätigkeit sind Pflegepersonen im Sinne des § 19, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen, nach Maßgabe des § 26 Absatz 2b des Dritten Buches nach dem Recht der Arbeitsförderung versichert. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen, bei denen eine private Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt wird, sowie die sonstigen in § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches genannten Stellen entrichten für die Pflegepersonen Beiträge an die Bundesagentur für Arbeit. Näheres zu den Beiträgen und zum Verfahren regeln die §§ 345, 347 und 349 des Dritten Buches.

(3) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben die in der Renten- und Unfallversicherung sowie nach dem Dritten Buch zu versichernde Pflegeperson den zuständigen Renten- und Unfallversicherungsträgern sowie der Bundesagentur für Arbeit zu melden. Die Meldung für die Pflegeperson enthält:
1. ihre Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. ihren Familien- und Vornamen,
3. ihr Geburtsdatum,
4. ihre Staatsangehörigkeit,
5. ihre Anschrift,
6. Beginn und Ende der Pflegetätigkeit,
7. den Pflegegrad des Pflegebedürftigen und
8. die nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches maßgeblichen beitragspflichtigen Einnahmen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. können mit der Deutschen Rentenversicherung Bund und mit den Trägern der Unfallversicherung sowie mit der Bundesagentur für Arbeit Näheres über das Meldeverfahren vereinbaren.

(4) Der Inhalt der Meldung nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 1 bis 6 und 8 ist der Pflegeperson, der Inhalt der Meldung nach Absatz 3 Satz 2 Nr. 7 dem Pflegebedürftigen schriftlich mitzuteilen.

(5) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen eine nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und für die die Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches oder an die Bundesagentur für Arbeit nach § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Leistungen der Pflegeversicherung von dem Pflegebedürftigen die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Weiterleitung der in Satz 2 genannten Angaben an diese Stelle zu erfragen. Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem Dienstherrn sind bei Feststellung der Beitragspflicht sowie bei Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürfti-

gen oder der Pflegeperson, insbesondere bei einer Änderung des Pflegegrades, einer Unterbrechung der Pflegetätigkeit oder einem Wechsel der Pflegeperson, die in Absatz 3 Satz 2 genannten Angaben mitzuteilen. Absatz 4 findet auf Satz 2 entsprechende Anwendung.

(6) Für Pflegepersonen, bei denen die Mindeststundenzahl von zehn Stunden wöchentlicher Pflege, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger erreicht wird, haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Bundesagentur für Arbeit das Verfahren und die Mitteilungspflichten zwischen den an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden beteiligten Pflegekassen und Versicherungsunternehmen durch Vereinbarung zu regeln. Die Pflegekassen und Versicherungsunternehmen dürfen die in Absatz 3 Satz 2 Nummer 1 bis 3 und 6 und, soweit dies für eine sichere Identifikation der Pflegeperson erforderlich ist, die in den Nummern 4 und 5 genannten Daten sowie die Angabe des zeitlichen Umfangs der Pflegetätigkeit der Pflegeperson an andere Pflegekassen und Versicherungsunternehmen, die an einer Addition von Pflegezeiten und Pflegeaufwänden beteiligt sind, zur Überprüfung der Voraussetzungen der Rentenversicherungspflicht oder der Versicherungspflicht nach dem Dritten Buch der Pflegeperson übermitteln und ihnen übermittelte Daten verarbeiten und nutzen.

## § 44a
## Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung

(1) Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Abs. 1 Nr. 1 des Vierten Buches wird, erhalten auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung, eine Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 des Fünften Buches oder nach § 2 Abs. 1 Nr. 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung. Die Zuschüsse belaufen sich auf die Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Abs. 4 Satz 1 des Fünften Buches) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Abs. 4) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches zugrunde gelegt. Beschäftigte haben Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, unverzüglich der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen, bei dem der Pflegebedürftige versichert ist, mitzuteilen.

(2) (weggefallen)

(3) Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes hat eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes, die oder der für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches beanspruchen kann, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage. Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch nach § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen

ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes von der Pflegekasse oder dem Versicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen gewährt. Für die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes gilt § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 des Fünften Buches entsprechend.

(4) Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen, erhalten für die Dauer des Leistungsbezuges von den in Absatz 3 bezeichneten Organisationen auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Zuschüsse werden gewährt für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches aufzubringen wäre, und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen. Für die Berechnung nach Satz 3 werden der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches zugrunde gelegt. Für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld nach Absatz 3 beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung in der Höhe, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären. Die von den in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches genannten Stellen zu zahlenden Beiträge sind auf die Höhe der Beiträge begrenzt, die von diesen Stellen ohne die Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung für die Dauer des Leistungsbezugs zu tragen wären; die Beiträge dürfen die Hälfte der in der Zeit des Leistungsbezugs vom Beschäftigten an die berufsständische Versorgungseinrichtung zu zahlenden Beiträge nicht übersteigen.

(5) Die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen des pflegebedürftigen nahen Angehörigen stellt dem Leistungsbezieher nach Absatz 3 mit der Leistungsbewilligung eine Bescheinigung über den Zeitraum des Bezugs und die Höhe des gewährten Pflegeunterstützungsgeldes aus. Der Leistungsbezieher hat diese Bescheinigung unverzüglich seinem Arbeitgeber vorzulegen. In den Fällen des § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e Doppelbuchstabe cc des Sechsten Buches bescheinigt die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen die gesamte Höhe der Leistung.

(6) Landwirtschaftlichen Unternehmern im Sinne des § 2 Absatz 1 Nummer 1 und 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil sie für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherstellen müssen, wird anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe entsprechend § 9 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte gewährt. Diese Kosten der Leistungen für die Betriebshilfe werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse von der Pflegeversicherung des pflegebedürftigen nahen Angehörigen erstattet; innerhalb der sozialen Pflegeversicherung wird von einer Erstattung abgesehen. Privat pflegeversicherte landwirtschaftliche Unternehmer, die an der Führung des Unternehmens gehindert sind, weil dies erforderlich ist, um für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in einer akut aufgetretenen Pflegesituation eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen, erhalten von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen oder in Höhe des tariflichen Erstattungssatzes von dem privaten Versicherungsunternehmen des Pflegebedürftigen eine Kostenerstattung für bis zu zehn Arbeitstage Betriebshilfe; dabei werden nicht die tatsächlichen Kosten, sondern ein pauschaler Betrag in Höhe von 200 Euro je Tag Betriebshilfe zugrunde gelegt.

(7) Die Pflegekasse und das private Versicherungsunternehmen haben in den Fällen, in denen ein Leistungsbezieher nach Absatz 3 einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen pflegt, der Anspruch auf Beihilfeleistungen oder Leistungen der Heilfürsorge hat, und für den Beiträge anteilig getragen werden, im Antragsverfahren auf Pflegeunterstützungsgeld von dem Pflegebedürftigen

die zuständige Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder den Dienstherrn unter Hinweis auf die beabsichtigte Information dieser Stelle über den beitragspflichtigen Bezug von Pflegeunterstützungsgeld zu erfragen. Der angegebenen Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder dem angegebenen Dienstherrn sind bei Feststellung der Beitragspflicht folgende Angaben zum Leistungsbezieher mitzuteilen:

1. die Versicherungsnummer, soweit bekannt,
2. der Familien- und der Vorname,
3. das Geburtsdatum,
4. die Staatsangehörigkeit,
5. die Anschrift,
6. der Beginn des Bezugs von Pflegeunterstützungsgeld,
7. die Höhe des dem Pflegeunterstützungsgeld zugrunde liegenden ausgefallenen Arbeitsentgelts und
8. Name und Anschrift der Krankenkasse oder des privaten Krankenversicherungsunternehmens.

## Fünfter Abschnitt
## Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag, Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ehrenamts sowie der Selbsthilfe

### § 45a
### Angebote zur Unterstützung im Alltag, Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags (Umwandlungsanspruch), Verordnungsermächtigung

(1) Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Angebote zur Unterstützung im Alltag sind

1. Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote),
2. Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden),
3. Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistungen zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des gemäß Absatz 3 erlassenen Landesrechts. Durch ein Angebot zur Unterstützung im Alltag können auch mehrere der in Satz 2 Nummer 1 bis 3 genannten Bereiche abgedeckt werden. In Betracht kommen als Angebote zur Unterstützung im Alltag insbesondere Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen, Helferinnen- und Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen oder Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsund Entlastungsleistungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige sowie vergleichbar nahestehende Pflegepersonen, Familienentlastende Dienste, Alltagsbegleiter, Pflegebegleiter und Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen.

(2) Angebote zur Unterstützung im Alltag beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistungen für Angehörige und vergleichbar Nahestehende in ihrer Eigenschaft als Pflegende zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorische Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen. Die Angebote verfügen über ein Konzept, das Angaben zur Qualitätssicherung des Angebots sowie eine Übersicht über die Leistungen, die angeboten werden sollen, und die Höhe der den Pflegebedürftigen hierfür in Rechnung gestellten Kosten enthält. Das Konzept umfasst ferner Angaben zur zielgruppen- und tätigkeitsgerechten Qualifikation der Helfenden und zu dem Vorhandensein

von Grund- und Notfallwissen im Umgang mit Pflegebedürftigen sowie dazu, wie eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung insbesondere von ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert werden. Bei wesentlichen Änderungen hinsichtlich der angebotenen Leistungen ist das Konzept entsprechend fortzuschreiben; bei Änderung der hierfür in Rechnung gestellten Kosten sind die entsprechenden Angaben zu aktualisieren.

(3) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne der Absätze 1 und 2 einschließlich der Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätssicherung der Angebote und zur regelmäßigen Übermittlung einer Übersicht über die aktuell angebotenen Leistungen und die Höhe der hierfür erhobenen Kosten zu bestimmen. Beim Erlass der Rechtsverordnung sollen sie die gemäß § 45c Absatz 7 beschlossenen Empfehlungen berücksichtigen.

(4) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 auf Antrag von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Satz 1 genannten Leistungen entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5, 7 und 8 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Das Bundesministerium für Gesundheit evaluiert die Möglichkeit zur anteiligen Verwendung der in § 36 für den Bezug ambulanter Pflegesachleistungen vorgesehenen Leistungsbeträge auch für Leistungen nach Landesrecht anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach den Sätzen 1 bis 6 spätestens bis zum 31. Dezember 2018. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

## § 45b
## Entlastungsbetrag

(1) Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von

1. Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
2. Leistungen der Kurzzeitpflege,
3. Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
4. Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung der in Satz 3 genannten Leistungen Mittel der Verhinderungspflege gemäß § 39 eingesetzt werden.

(2) Der Anspruch auf den Entlastungsbetrag entsteht, sobald die in Absatz 1 Satz 1 genannten Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer vorherigen Antragstellung bedarf. Die Kostenerstattung in Höhe des Entlastungsbetrags nach Absatz 1 erhalten die Pflegebedürftigen von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel gegen Vorlage entsprechender Belege über entstandene Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 1 Satz 3 genannten Leistungen. Die Leistung nach Absatz 1 Satz 1 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

(3) Der Entlastungsbetrag nach Absatz 1 Satz 1 findet bei den Fürsorgeleistungen zur Pflege nach § 13 Absatz 3 Satz 1 keine Berücksichtigung. § 63b Absatz 1 des Zwölften Buches findet auf den Entlastungsbetrag keine Anwendung. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 darf der Entlastungsbetrag hinsichtlich der Leistungen nach § 64i oder § 66 des Zwölften Buches bei der Hilfe zur Pflege Berücksichtigung finden, soweit nach diesen Vorschriften Leistungen zu gewähren sind, deren Inhalte den Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 entsprechen.

(4) Die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 4 verlangte Vergütung darf die Preise für vergleichbare Sachleistungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen nicht übersteigen. Näheres zur Ausgestaltung einer entsprechenden Begrenzung der Vergütung, die für die Erbringung von Leistungen nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag verlangt werden darf, können die Landesregierungen in der Rechtsverordnung nach § 45a Absatz 3 bestimmen.

## Sechster Abschnitt
## Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen

### § 45e
### Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen

(1) Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen wird Pflegebedürftigen, die Anspruch auf Leistungen nach § 38a haben und die an der gemeinsamen Gründung beteiligt sind, für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung zusätzlich zu dem Betrag nach § 40 Absatz 4 einmalig ein Betrag von bis zu 2 500 Euro gewährt. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen zu stellen. Dabei kann die Umgestaltungsmaßnahme auch vor der Gründung und dem Einzug erfolgen. Die Sätze 1 bis 4 gelten für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung entsprechend.

(2) Die Pflegekassen zahlen den Förderbetrag aus, wenn die Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nachgewiesen wird. Der Anspruch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. Einzelheiten zu den Voraussetzungen und dem Verfahren der Förderung regelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

## Zweiter Abschnitt
## Beziehungen zu den Pflegeeinrichtungen

### § 72
### Zulassung zur Pflege durch Versorgungsvertrag

(1) Die Pflegekassen dürfen ambulante und stationäre Pflege nur durch Pflegeeinrichtungen gewähren, mit denen ein Versorgungsvertrag besteht (zugelassene Pflegeeinrichtungen). In dem

Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).

(2) Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung oder einer vertretungsberechtigten Vereinigung gleicher Träger und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land abgeschlossen, soweit nicht nach Landesrecht der örtliche Träger für die Pflegeeinrichtung zuständig ist; für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) einschließlich für einzelne, eingestreute Pflegeplätze eines Pflegeeinrichtungsträgers, die vor Ort organisatorisch miteinander verbunden sind, kann, insbesondere zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen werden. Er ist für die Pflegeeinrichtung und für alle Pflegekassen im Inland unmittelbar verbindlich.

(3) Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die
1. den Anforderungen des § 71 genügen,
2. die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, soweit diese nicht von einer Verordnung über Mindestentgeltsätze aufgrund des Gesetzes über zwingende Arbeitsbedingungen für grenzüberschreitend entsandte und für regelmäßig im Inland beschäftigte Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen (Arbeitnehmer-Entsendegesetz) erfasst sind,
3. sich verpflichten, nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln,
4. sich verpflichten, alle Expertenstandards nach § 113a anzuwenden;

ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages besteht, soweit und solange die Pflegeeinrichtung diese Voraussetzungen erfüllt. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Pflegeeinrichtungen sollen die Versorgungsverträge vorrangig mit freigemeinnützigen und privaten Trägern abgeschlossen werden. Bei ambulanten Pflegediensten ist in den Versorgungsverträgen der Einzugsbereich festzulegen, in dem die Leistungen zu erbringen sind.

(4) Mit Abschluß des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtung nach Maßgabe des Achten Kapitels zu vergüten.

(5) (aufgehoben)

## Zweiter Abschnitt
## Vergütung der stationären Pflegeleistungen

### § 87a
### Berechnung und Zahlung des Heimentgelts

(1) Die Pflegesätze, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert berechenbaren Investitionskosten (Gesamtheimentgelt) werden für den Tag der Aufnahme des Pflegebedürftigen in das Pflegeheim sowie für jeden weiteren Tag des Heimaufenthalts berechnet (Berechnungstag). Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. Zieht ein Pflegebedürftiger in ein anderes Heim um, darf nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtheimentgelt für den Verlegungstag berechnen. Von den Sätzen 1 bis 3 abweichende Vereinbarungen zwischen dem Pflegeheim und dem Heimbewohner oder dessen Kostenträger sind nichtig. Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit vom Pflegeheim für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich

der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. In den Rahmenverträgen nach § 75 sind für die nach den Sätzen 5 und 6 bestimmten Abwesenheitszeiträume, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 vom Hundert der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b vorzusehen.

(2) Bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der pflegebedürftige Heimbewohner auf Grund der Entwicklung seines Zustands einem höheren Pflegegrad zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung des Heimträgers verpflichtet, bei seiner Pflegekasse die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe zu beantragen. Die Aufforderung ist zu begründen und auch der Pflegekasse sowie bei Sozialhilfeempfängern dem zuständigen Träger der Sozialhilfe zuzuleiten. Weigert sich der Heimbewohner, den Antrag zu stellen, kann der Heimträger ihm oder seinem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach dem nächsthöheren Pflegegrad berechnen. Werden die Voraussetzungen für einen höheren Pflegegrad vom Medizinischen Dienst nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse eine Höherstufung deswegen ab, hat das Pflegeheim dem Pflegebedürftigen den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen; der Rückzahlungsbetrag ist rückwirkend ab dem in Satz 3 genannten Zeitpunkt mit wenigstens 5 vom Hundert zu verzinsen.

(3) Die dem pflegebedürftigen Heimbewohner nach den §§ 41 bis 43 zustehenden Leistungsbeträge sind von seiner Pflegekasse mit befreiender Wirkung unmittelbar an das Pflegeheim zu zahlen. Maßgebend für die Höhe des zu zahlenden Leistungsbetrags ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse, unabhängig davon, ob der Bescheid bestandskräftig ist oder nicht. Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden bei vollstationärer Pflege (§ 43) zum 15. eines jeden Monats fällig.

(4) Pflegeeinrichtungen, die Leistungen im Sinne des § 43 erbringen, erhalten von der Pflegekasse zusätzlich den Betrag von 2 952 Euro, wenn der Pflegebedürftige nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass er nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 ist. Der Betrag wird entsprechend § 30 angepasst. Der von der Pflegekasse gezahlte Betrag ist von der Pflegeeinrichtung zurückzuzahlen, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 eingestuft wird.

## § 88
## Zusatzleistungen

(1) Neben den Pflegesätzen nach § 85 und den Entgelten nach § 87 darf das Pflegeheim mit den Pflegebedürftigen über die im Versorgungsvertrag vereinbarten notwendigen Leistungen hinaus (§ 72 Abs. 1 Satz 2) gesondert ausgewiesene Zuschläge für
1. besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie
2. zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen

vereinbaren (Zusatzleistungen). Der Inhalt der notwendigen Leistungen und deren Abgrenzung von den Zusatzleistungen werden in den Rahmenverträgen nach § 75 festgelegt.

(2) Die Gewährung und Berechnung von Zusatzleistungen ist nur zulässig, wenn:
1. dadurch die notwendigen stationären oder teilstationären Leistungen des Pflegeheimes (§ 84 Abs. 4 und § 87) nicht beeinträchtigt werden,
2. die angebotenen Zusatzleistungen nach Art, Umfang, Dauer und Zeitabfolge sowie die Höhe der Zuschläge und die Zahlungsbedingungen vorher schriftlich zwischen dem Pflegeheim und dem Pflegebedürftigen vereinbart worden sind,
3. das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land vor Leistungsbeginn schriftlich mitgeteilt worden sind.

# Sechzehntes Kapitel
# Überleitungs- und Übergangsrecht

## Erster Abschnitt
## Regelungen zur Rechtsanwendung im Übergangszeitraum, zur Überleitung in die Pflegegrade, zum Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung sowie Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

### § 141
### Besitzstandsschutz und Übergangsrecht zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen

(1) Versicherte der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, erhalten Besitzstandsschutz auf die ihnen unmittelbar vor dem 1. Januar 2017 zustehenden, regelmäßig wiederkehrenden Leistungen nach den §§ 36, 37, 38, 38a, 40 Absatz 2, den §§ 41, 44a, 45b, 123 und 124 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Hinsichtlich eines Anspruchs auf den erhöhten Betrag nach § 45b in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich die Gewährung von Besitzstandsschutz abweichend von Satz 1 nach Absatz 2. Für Versicherte, die am 31. Dezember 2016 Leistungen nach § 43 bezogen haben, richtet sich der Besitzstandsschutz nach Absatz 3. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug lassen den Besitzstandsschutz jeweils unberührt.

(2) Versicherte,

1. die am 31. Dezember 2016 einen Anspruch auf den erhöhten Betrag nach § 45b Absatz 1 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung haben und
2. deren Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 140 Absatz 2 und 3 ab dem 1. Januar 2017 zustehen, nicht um jeweils mindestens 83 Euro monatlich höher sind als die entsprechenden Höchstleistungsansprüche, die ihnen nach den §§ 36, 37 und 41 unter Berücksichtigung des § 123 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung am 31. Dezember 2016 zustanden,

haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf einen Zuschlag auf den Entlastungsbetrag nach § 45b in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung. Die Höhe des monatlichen Zuschlags ergibt sich aus der Differenz zwischen 208 Euro und dem Leistungsbetrag, der in § 45b Absatz 1 Satz 1 in der ab dem 1. Januar 2017 jeweils geltenden Fassung festgelegt ist. Das Bestehen eines Anspruchs auf diesen Zuschlag ist den Versicherten schriftlich mitzuteilen und zu erläutern. Für den Zuschlag auf den Entlastungsbetrag gilt § 45b Absatz 3 entsprechend. Bei Versicherten, die keinen Anspruch auf einen Zuschlag haben und deren Ansprüche nach § 45b zum 1. Januar 2017 von 208 Euro auf 125 Euro monatlich abgesenkt werden, sind zur Sicherstellung des Besitzstandsschutzes monatlich Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von bis zu 83 Euro nicht auf Fürsorgeleistungen zur Pflege anzurechnen.

(3) Ist bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in der vollstationären Pflege der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 im ersten Monat nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Vormonat, so ist zum Leistungsbetrag nach § 43 von Amts wegen ein monatlicher Zuschlag in Höhe der Differenz von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung zu zahlen. In der Vergleichsberechnung nach Satz 1 sind für beide Monate jeweils die vollen Pflegesätze und Leistungsbeträge zugrunde zu legen. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn der Leistungsbetrag nach § 43 Absatz 2 Satz 2 die in § 43 Absatz 2 Satz 1 genannten Aufwendungen übersteigt und zur Finanzierung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eingesetzt worden ist. Verringert sich die Differenz zwischen Pflegesatz und Leistungsbetrag in der Folgezeit, ist der Zuschlag entsprechend zu kürzen. Die Pflegekassen teilen die Höhe des monatlichen Zuschlages nach Satz 1 sowie jede Änderung der Zuschlagshöhe den Pflegebedürftigen schriftlich mit. Die Sätze 1 bis 5 gelten entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

(3a) Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 und 2 in Anspruch nehmen, gilt der am 31. Dezember 2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Kurzzeitpflege fort. Nehmen Pflegebedürftige am 31. Dezember 2016 Leistungen der

Kurzzeitpflege nach § 42 und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch Sachleistungen der vollstationären Pflege nach § 43 in derselben Einrichtung in Anspruch, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme von vollstationärer Pflege nach § 43 zu zahlende monatliche Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Absatz 3 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend.

(3b) Wechseln Pflegebedürftige im Sinne der Absätze 3 und 3a zwischen dem 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021 die vollstationäre Pflegeeinrichtung, so ermittelt sich der von der Pflegekasse an die neue Pflegeeinrichtung nach Absatz 3 Satz 1 von Amts wegen ab dem Zeitpunkt des Wechsels zu zahlende monatliche Zuschlag aus der Differenz zwischen dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3, den die Pflegebedürftigen im Monat Januar 2017 in der neuen Einrichtung zu tragen haben oder zu tragen gehabt hätten, und dem individuellen Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen im Monat Dezember 2016 in der neuen Einrichtung zu tragen gehabt hätten. Bei einem Wechsel in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen hat, behalten Pflegebedürftige mit ihrem Wechsel ihren nach Absatz 3 ermittelten monatlichen Zuschlagsbetrag. Absatz 3 Satz 2 bis 6 gilt entsprechend.

(3c) Erhöht sich der einrichtungseinheitliche Eigenanteil nach § 92e oder nach § 84 Absatz 2 Satz 3 für Pflegebedürftige im Sinne der Absätze 3, 3a und 3b im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017, findet Absatz 3 entsprechende Anwendung, sofern sich die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung, Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt. Dies gilt auch für Pflegebedürftige, die im Dezember 2016 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung versorgt wurden, und die durch die Erhöhung erstmals einen höheren einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu tragen hätten im Vergleich zum jeweiligen individuellen Eigenanteil im Dezember 2016. Der Vergleichsberechnung ist neben dem Monat Dezember 2016 der Monat im Zeitraum vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 zugrunde zu legen, in dem der einrichtungseinheitliche Eigenanteil erstmalig höher als der jeweilige individuelle Eigenanteil im Monat Dezember 2016 ist oder in den Fällen des Absatzes 3a gewesen wäre.

(4) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege rentenversicherungspflichtig waren und Anspruch auf die Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung nach § 44 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung hatten, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Die beitragspflichtigen Einnahmen ab dem 1. Januar 2017 bestimmen sich in den Fällen des Satzes 1 nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, wenn sie höher sind als die beitragspflichtigen Einnahmen, die sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht ergeben.

(4a) In den Fällen des § 140 Absatz 4 richten sich die Versicherungspflicht als Pflegeperson in der Rentenversicherung und die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen für Zeiten vor dem 1. Januar 2017 nach den §§ 3 und 166 des Sechsten Buches in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung. Die dabei anzusetzende Pflegestufe erhöht sich entsprechend dem Anstieg des Pflegegrades gegenüber dem durch die Überleitung erreichten Pflegegrad.

(5) Absatz 4 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass

1. bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt oder
2. die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung ist.

Absatz 4 ist auch nicht mehr anwendbar, wenn sich nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den Pflegeverhältnissen ergibt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen nach

§ 166 Absatz 2 des Sechsten Buches in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung führt oder ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches eintritt.

(6) Für Pflegepersonen im Sinne des § 44 Absatz 2 gelten die Absätze 4, 4a und 5 entsprechend.

(7) Für Personen, die am 31. Dezember 2016 wegen nicht erwerbsmäßiger Pflege in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Satz 1 gilt, soweit und solange sich aus dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht keine günstigeren Ansprüche ergeben. Satz 1 ist ab dem Zeitpunkt nicht mehr anwendbar, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass bei der versorgten Person keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung vorliegt.

(8) Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen gemäß § 91 Absatz 2 in Höhe des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrages, wenn dieser höher ist als der ihnen für Januar 2017 zustehende Leistungsbetrag. Dies gilt entsprechend für Versicherte der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Auszug aus dem **Melderechtsrahmengesetz**

§ 12
Mehrere Wohnungen

(1) Hat ein Einwohner mehrere Wohnungen im Inland, so ist eine dieser Wohnungen seine Hauptwohnung. Der Einwohner hat der Meldebehörde mitzuteilen, welche Wohnung nach den Absätzen 2 und 3 seine Hauptwohnung ist.

(2) Hauptwohnung ist die vorwiegend benutzte Wohnung des Einwohners. Hauptwohnung eines verheirateten Einwohners, der nicht dauernd getrennt von seiner Familie lebt, ist die vorwiegend benutzte Wohnung der Familie. Hauptwohnung eines minderjährigen Einwohners ist die vorwiegend benutzte Wohnung des Personensorgeberechtigten. Hauptwohnung eines Behinderten, der in einer Behinderteneinrichtung untergebracht ist, bleibt auf Antrag des Behinderten bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres die Wohnung nach Satz 3. In Zweifelsfällen ist die vorwiegend benutzte Wohnung dort, wo der Schwerpunkt der Lebensbeziehungen des Einwohners liegt.

(3) Nebenwohnung ist jede weitere Wohnung des Einwohners.

Auszug aus dem **Bundesmeldegesetz**

§ 22
Bestimmung der Hauptwohnung

(1) Hauptwohnung eines verheirateten oder eine Lebenspartnerschaft führenden Einwohners, der nicht dauernd getrennt von seiner Familie oder seinem Lebenspartner lebt, ist die vorwiegend benutzte Wohnung der Familie oder der Lebenspartner.

(2) Hauptwohnung eines minderjährigen Einwohners ist die vorwiegend benutzte Wohnung der Personensorgeberechtigten; leben diese getrennt, ist Hauptwohnung die Wohnung des Sorgeberechtigten, die von dem minderjährigen Einwohner vorwiegend benutzt wird.

(3) In Zweifelsfällen ist die vorwiegend benutzte Wohnung dort, wo der Schwerpunkt der Lebensbeziehungen des Einwohners liegt.

(4) Kann der Wohnungsstatus eines verheirateten oder eine Lebenspartnerschaft führenden Einwohners nach den Absätzen 1 und 3 nicht zweifelsfrei bestimmt werden, ist die Hauptwohnung die Wohnung nach § 21 Absatz 2.

(5) Auf Antrag eines Einwohners, der in einer Einrichtung für behinderte Menschen wohnt, bleibt die Wohnung nach Absatz 2, bis er 25 Jahre alt ist, seine Hauptwohnung.

Auszug aus dem **Behindertengleichstellungsgesetz**

§ 9
Recht auf Verwendung von Gebärdensprache und anderen Kommunikationshilfen

(1) Menschen mit Hörbehinderungen und Menschen mit Sprachbehinderungen haben nach Maßgabe der Rechtsverordnung nach Absatz 2 das Recht, mit Trägern öffentlicher Gewalt im Sinne des § 1 Absatz 2 Satz 1 zur Wahrnehmung eigener Rechte im Verwaltungsverfahren in Deutscher Gebärdensprache, mit lautsprachbegleitenden Gebärden oder über andere geeignete Kommunikationshilfen zu kommunizieren. Auf Wunsch der Berechtigten stellen die Träger öffentlicher Gewalt die geeigneten Kommunikationshilfen im Sinne des Satzes 1 kostenfrei zur Verfügung oder tragen die hierfür notwendigen Aufwendungen.

(2) Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bestimmt durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf,
1. Anlass und Umfang des Anspruchs auf Bereitstellung von geeigneten Kommunikationshilfen,
2. Art und Weise der Bereitstellung von geeigneten Kommunikationshilfen,
3. die Grundsätze für eine angemessene Vergütung oder eine Erstattung von notwendigen Aufwendungen für den Einsatz geeigneter Kommunikationshilfen und
4. die geeigneten Kommunikationshilfen im Sinne des Absatzes 1.

Auszug aus dem **Transplantationsgesetz**

§ 11
Zusammenarbeit bei der Entnahme von Organen und Geweben, Koordinierungsstelle

(1) Die Entnahme von Organen verstorbener Spender einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung ist gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der Entnahmekrankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit. Zur Organisation dieser Aufgabe errichten oder beauftragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam eine geeignete Einrichtung (Koordinierungsstelle). Sie muß auf Grund einer finanziell und organisatorisch eigenständigen Trägerschaft, der Zahl und Qualifikation ihrer Mitarbeiter, ihrer betrieblichen Organisation sowie ihrer sachlichen Ausstattung die Gewähr dafür bieten, daß die Maßnahmen nach Satz 1 in Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und den Entnahmekrankenhäusern nach den Vorschriften dieses Gesetzes durchgeführt werden. Die Transplantationszentren müssen in der Koordinierungsstelle angemessen vertreten sein. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam haben darauf zu achten, dass die Koordinierungsstelle die Voraussetzungen des Satzes 3 erfüllt und dabei nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit arbeitet. Die Koordinierungsstelle hat die grundsätzlichen finanziellen und organisatorischen Entscheidungen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger gemeinsam unverzüglich vorzulegen. Die Haushaltslegung und die finanzielle Eigenständigkeit kann auf Veranlassung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam durch unabhängige Sachverständige geprüft werden. Die Koordinierungsstelle hat

jährlich einen Geschäftsbericht zu veröffentlichen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam haben sicherzustellen, dass die Koordinierungsstelle die Veröffentlichungspflicht erfüllt.

(1a) Die Koordinierungsstelle hat die Zusammenarbeit zur Organentnahme bei verstorbenen Spendern und die Durchführung aller bis zur Übertragung erforderlichen Maßnahmen mit Ausnahme der Vermittlung von Organen durch die Vermittlungsstelle nach § 12 unter Beachtung der Richtlinien nach § 16 zu organisieren, um die vorhandenen Möglichkeiten der Organspende wahrzunehmen und durch die Entnahme und Bereitstellung geeigneter Spenderorgane die gesundheitlichen Risiken der Organempfänger so gering wie möglich zu halten. Hierzu erstellt die Koordinierungsstelle geeignete Verfahrensanweisungen unter Beachtung der Richtlinien nach § 16, insbesondere

1. zur Meldung nach § 9a Absatz 2 Nummer 1,
2. zur Überprüfung der Spenderidentität,
3. zur Überprüfung der Einzelheiten der Einwilligung des Spenders nach § 3 oder der Zustimmung anderer Personen nach § 4,
4. zur Überprüfung des Abschlusses der Organ- und Spendercharakterisierung nach § 10a Absatz 1,
5. zur Sicherstellung, dass die Angaben zur Organ- und Spendercharakterisierung das Transplantationszentrum, bei vermittlungspflichtigen Organen die Vermittlungsstelle nach § 12, rechtzeitig erreichen,
6. für die Entnahme, Konservierung, Verpackung und Kennzeichnung von Organen,
7. für den Transport der Organe, um ihre Unversehrtheit während des Transports und eine angemessene Transportdauer sicherzustellen,
8. zur Sicherstellung der Rückverfolgung nach § 13 Absatz 1,
9. zur Sicherstellung der unverzüglichen Meldung schwerwiegender Zwischenfälle und schwerwiegender unerwünschter Reaktionen und der in diesem Zusammenhang getroffenen Maßnahmen auf der Grundlage der Rechtsverordnung nach § 13 Absatz 4.

Die Koordinierungsstelle stellt sicher, dass das von ihr eingesetzte medizinische Personal für seine Aufgaben qualifiziert ist. Das Nähere zur Erstellung der Verfahrensanweisungen nach Satz 2 regelt der Vertrag nach Absatz 2.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Koordinierungsstelle regeln durch Vertrag das Nähere zu den Aufgaben der Koordinierungsstelle mit Wirkung für die Transplantationscentren und die Entnahmekrankenhäuser. Der Vertrag regelt insbesondere

1. die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen sowie die Rahmenregelungen für die Zusammenarbeit der Beteiligten,
2. die Zusammenarbeit und den Erfahrungsaustausch mit der Vermittlungsstelle,
3. die Unterstützung der Transplantationszentren bei Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
4. den Ersatz angemessener Aufwendungen der Koordinierungsstelle für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesen Gesetz einschließlich der Abgeltung von Leistungen, die Entnahmekrankenhäuser im Rahmen der Organentnahme erbringen,
5. einen angemessenen pauschalen Zuschlag an die Entnahmekrankenhäuser für die Bestellung von Transplantationsbeauftragten und
6. ein Schlichtungsverfahren bei einer fehlenden Einigung über den Ersatz angemessener Aufwendungen nach Nummer 4.

Der Vertrag nach Satz 1 bedarf des Einvernehmens mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung.

(3) Der Vertrag nach den Absätzen 1 und 2 sowie seine Änderung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und ist im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Vertrag oder seine Änderung den Vorschriften dieses Ge-

setzes und sonstigem Recht entspricht. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam überwachen die Einhaltung der Vertragsbestimmungen. Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach Satz 3 setzen sie eine Kommission ein, die jeweils aus mindestens einem Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und zwei Vertretern der Länder zusammengesetzt ist. Die Koordinierungsstelle, die Transplantationszentren und die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, der Kommission die erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Kommission ist verpflichtet, Erkenntnisse über Verstöße gegen dieses Gesetz oder gegen auf Grund dieses Gesetzes erlassene Rechtsverordnungen an die zuständigen Behörden der Länder weiterzuleiten. Das Nähere zur Zusammensetzung der Kommission, zur Arbeitsweise und zum Verfahren regelt der Vertrag nach Absatz 2.

(4) Die Transplantationszentren und die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, untereinander und mit der Koordinierungsstelle zur Entnahme von Organen sowie zur Entnahme von Geweben bei möglichen Organspendern nach § 3 oder § 4 zusammenzuarbeiten. Die Koordinierungsstelle klärt, ob die Voraussetzungen für eine Organentnahme vorliegen. Hierzu erhebt sie die Personalien dieser möglichen Organspender und weitere für die Durchführung der Organentnahme und -vermittlung erforderliche personenbezogene Daten. Die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet, diese Daten an die Koordinierungsstelle zu übermitteln. Die Organentnahme wird durch die Koordinierungsstelle organisiert und erfolgt durch die von ihr beauftragten Ärzte.

(5) Die Koordinierungsstelle führt ein Verzeichnis über die Entnahmekrankenhäuser nach § 9a und über die Transplantationszentren nach § 10. Sie dokumentiert die Tätigkeiten der Entnahmekrankenhäuser und der Transplantationszentren und veröffentlicht jährlich einen Bericht, der die Tätigkeiten der Entnahmekrankenhäuser und der Transplantationszentren im vergangenen Kalenderjahr nach einheitlichen Vorgaben darstellt und insbesondere folgende, nicht personenbezogene Daten enthält:

1. Zahl und Art der durchgeführten Organentnahmen nach § 9 Absatz 1, getrennt nach Organen von Spendern nach den §§ 3 und 4, einschließlich der Zahl und Art der nach der Entnahme verworfenen Organe,
2. Zahl und Art der durchgeführten Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 und ihre Ergebnisse, getrennt nach Organen von Spendern nach den §§ 3 und 4 sowie nach § 8,
3. die Entwicklung der Warteliste nach § 10 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, insbesondere aufgenommene, transplantierte, aus anderen Gründen ausgeschiedene sowie verstorbene Patienten,
4. die Gründe für die Aufnahme oder Nichtaufnahme in die Warteliste nach § 10 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2,
5. Altersgruppe, Geschlecht, Familienstand und Versichertenstatus der zu den Nummern 2 bis 4 betroffenen Patienten,
6. die Nachbetreuung der Spender nach § 8 Absatz 3 Satz 1 und die Dokumentation ihrer durch die Organspende bedingten gesundheitlichen Risiken,
7. die durchgeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 10 Absatz 2 Nummer 8.

In dem Vertrag nach Absatz 2 können einheitliche Vorgaben für den Tätigkeitsbericht und die ihm zugrunde liegenden Angaben der Entnahmekrankenhäuser und der Transplantationszentren vereinbart werden.

Auszug aus dem **Gesetz über den Beruf der Podologin und des Podologen**

Abschnitt 1
Erlaubnis

§ 1

(1) Wer die Berufsbezeichnung "Podologin" oder "Podologe" führen will, bedarf der Erlaubnis. Die Bezeichnung "Medizinische Fußpflegerin" oder "Medizinischer Fußpfleger" darf nur von Personen mit einer Erlaubnis nach Satz 1 oder einer Berechtigung oder staatlichen Anerkennung nach § 10 Abs. 1 geführt werden.

(2) Podologinnen und Podologen, die Staatsangehörige eines Vertragsstaates des Euro-päischen Wirtschaftsraumes sind, führen die Berufsbezeichnung nach Absatz 1 im Geltungsbereich dieses Gesetzes ohne Erlaubnis, sofern sie ihre Berufstätigkeit als vorübergehende und gelegentliche Dienstleistung im Sinne des Artikels 50 des EG-Vertrages im Geltungsbereich dieses Gesetzes ausüben. Sie unterliegen jedoch der Meldepflicht und Nachprüfung nach diesem Gesetz. Gleiches gilt für Drittstaaten und Drittstaatsangehörige, soweit sich hinsichtlich der Anerkennung von Ausbildungsnachweisen nach dem Recht der Europäischen Gemeinschaften eine Gleich-stellung ergibt.

Auszug aus der **Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte**

| Nummer | Leistung | Punktzahl | Gebühr in € |
|---|---|---|---|
| 506 | Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage(n) - | 120 | 6,99 |
| 558 | Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung | 120 | 6,99 |
| 842 | Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik<br>Abrechnungsbestimmung<br>Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. | 500 | 29,14 |
| 846 | Übende Verfahren (z.B. autogenes Training) in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten | 150 | 8,74 |

Auszug aus der **Gebührenordnung für Zahnärzte**

§ 4
Gebühren

(1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage 1) genannten zahnärztlichen Leistungen.

(2) Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.

(3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

(4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.

(5) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Zahnarzt ihn darüber zu unterrichten.

§ 9
Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

(1) Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.

(2) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1 000 Euro überschreiten. Für Behandlungen, die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten Kosten von mehr als 1 000 Euro entstehen. Der Kostenvoranschlag muss die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien angeben. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 vom Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten.

Auszug aus der **Anlage 1 zur Gebührenordnung für Zahnärzte**

| Nummer | Leistung | Punktzahl | Gebühr in € |
|---|---|---|---|
| 6030 | Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang | 1350 | 75,93 |
| 6040 | Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang | 2100 | 118,11 |
| 6050 | Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang<br>*Abrechnungsbestimmung*<br>Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang nach der Nummer 6040 müssen mindestens drei, bei Maßnahmen von hohem Umfang mindestens vier der Kriterien nach den Buchstaben a bis e erfüllt sein: | 3600 | 202,47 |

a) Zahl der bewegten Zahngruppen: zwei und mehr Zahngruppen,
b) Ausmaß der Zahnbewegung: mehr als 2 Millimeter,
c) Art der Zahnbewegung: körperlich mehr als 2 Millimeter, kontrollierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Bisshöhe, Zahndrehung mehr als 30 Grad,
d) Richtung der Zahnbewegung: entgegen Wanderungstendenz,
e) Verankerung: mit zusätzlichen intra- oder extraoralen Maßnahmen.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6060 | Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang | 1800 | 101,24 |
| 6070 | Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang | 2600 | 146,23 |
| 6080 | Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang | 3600 | 202,47 |

*Abrechnungsbestimmung*

Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang muss mindestens ein Kriterium nach den Buchstaben a bis c, bei Maßnahmen von hohem Umfang müssen mindestens zwei der Kriterien erfüllt sein:

a) Ausmaß der Bissverschiebung: mehr als 4 Millimeter,
b) Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal,
c) Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstumsvoraussetzungen.

Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.

Die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten.

Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7010 | Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche | 800 | 44,99 |
| 7020 | Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf | 450 | 25,31 |

## K.
## ImplantologischeLeistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls einschließlich Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig.

2. Die bei den Leistungen nach Abschnitt K verwendeten Implantate, Implantatteile und nur einmal verwendbare Implantatfräsen sind gesondert berechnungsfähig.
Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z. B. Membranen), zur Fixierung von Membranen, zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z. B. Nerven) erforderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial oder nur einmal verwendbare Explantationsfräsen, sind gesondert berechnungsfähig.

| Nummer | Leistung | Punktzahl | Gebühr in € |
|---|---|---|---|
| 9000 | Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes, des Kieferkörpers und der angrenzenden knöchernen Strukturen sowie der Schleimhaut, einschließlich metrischer Auswertung von radiologischen Befundunterlagen, Modellen und Fotos zur Feststellung der Implantatposition, gegebenenfalls mit Hilfe einer individuellen Schablone zur Diagnostik, einschließlich Implantatauswahl, je Kiefer<br>*Abrechnungsbestimmung*<br>Bei Verwendung einer Röntgenmessschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig. | 884 | 49,72 |
| 9003 | Verwenden einer Orientierungsschablone/Positionierungsschablone zur Implantation, je Kiefer<br>*Abrechnungsbestimmung*<br>Bei Verwendung einer Orientierungsschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig. | 100 | 5,62 |
| 9005 | Verwenden einer auf dreidimensionale Daten gestützten Navigationsschablone/chirurgischen Führungsschablone zur Implantation, gegebenenfalls einschließlich Fixierung, je Kiefer<br>*Abrechnungsbestimmung*<br>Die verwendeten Fixierungselemente sowie die Material- und Laborkosten der Navigationsschablone sind gesondert berechnungsfähig. | 300 | 16,87 |
| 9010 | Implantatinsertion, je Implantat<br>Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat, Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität (z. B. Tiefenlehre), gegebenenfalls einschließlich Knochenkondensation, Knochenglättung im Bereich des Implantats, Einbringen eines enossalen Implantats einschließlich Verschlussschraube und gegebenenfalls Einbringen von Aufbauelementen bei offener Einheilung sowie Wundverschluss | 1545 | 86,89 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9020 | Insertion eines Implantats zum temporären Verbleib, auch orthodontisches Implantat | 515 | 28,96 |
| 9040 | Freilegen eines Implantats, und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z. B. eines Gingivaformers) bei einem zweiphasigen Implantatsystem | 626 | 35,21 |
| 9050 | Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase<br>*Abrechnungsbestimmung*<br>1. Die Leistung nach der Nummer 9050 ist nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9010 und 9040 berechnungsfähig.<br>2. Die Leistung nach der Nummer 9050 ist je Implantat höchstens dreimal und höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig. | 313 | 17,60 |
| 9060 | Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall<br>*Abrechnungsbestimmung*<br>Die Leistung nach der Nummer 9060 ist für ein Implantat höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig. | 313 | 17,60 |
| 9090 | Knochengewinnung (z. B. Knochenkollektor oder Knochenschaber), Knochenaufbereitung und -implantation, auch zur Weichteilunterfütterung<br>*Abrechnungsbestimmung*<br>Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig. | 400 | 22,50 |
| 9100 | Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich<br>Mit der Leistung nach der Nummer 9100 sind folgende Leistungen abgegolten: Lagerbildung, Glättung des Alveolarfortsatzes, gegebenenfalls Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaugebietes, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) und Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung, gegebenenfalls einschließlich Einbringung und Fixierung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren<br>*Abrechnungsbestimmung*<br>1. Die Leistung nach der Nummer 9100 ist für die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbettes nicht berechnungsfähig.<br>2. Neben der Leistung nach der Nummer 9100 sind die Leistungen nach der Nummer 9130 nicht berechnungsfähig.<br>3. Wird die Leistung nach der Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach der Nummer 9110 | 2694 | 151,52 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | erbracht, ist die Hälfte der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.<br>4. Wird die Leistung nach der Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach der Nummer 9120 erbracht, ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig. | | |
| 9110 | Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (interner Sinuslift)<br>Mit einer Leistung nach der Nummer 9110 sind folgende Leistungen abgegolten: Schaffung des Zugangs durch die Alveole oder das Implantatfach, Anhebung des Kieferhöhlenbodens durch knochenverdrängende oder knochenverdichtende Maßnahmen und der Kieferhöhlenmembran, Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaugebietes des Implantatfaches und Einbringen von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial)<br>*Abrechnungsbestimmung*<br>Die Leistung nach der Nummer 9110 ist für dieselbe Implantatkavität nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9120 und 9130 berechnungsfähig. | 1500 | 84,36 |
| 9120 | Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (externer Sinuslift), je Kieferhälfte<br>Mit einer Leistung nach der Nummer 9120 sind folgende Leistungen abgegolten: Schaffung des Zugangs zur Kieferhöhle durch Knochenfensterung (auch Knochendeckel), Präparation der Kieferhöhlenmembran, Anhebung des Kieferhöhlenbodens und der Kieferhöhlenmembran, Lagerbildung, gegebenenfalls Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaugebietes, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial), gegebenenfalls Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren – einschließlich Fixierung –, gegebenenfalls Reposition des Knochendeckels, Verschluss der Kieferhöhle und Wundverschluss | 3000 | 168,73 |
| 9130 | Spaltung und Spreizung von Knochensegmenten (Bone Splitting), gegebenenfalls mit Auffüllung der Spalträume mittels Knochen oder Knochenersatzmaterial, gegebenenfalls einschließlich zusätzlicher Osteosynthesemaßnahmen, gegebenenfalls einschließlich Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren und deren Fixierung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, oder vertikale Distraktion des Alveolarfortsatzes einschließlich Fixierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich<br>*Abrechnungsbestimmung*<br>Neben der Leistung nach der Nummer 9130 ist die Leistung nach der Nummer 9100 nicht berechnungsfähig. | 1540 | 86,61 |
| 9140 | Intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugebietes gegebenenfalls einschließlich Aufbereitung des Knochenmaterials und/oder der Aufnahmeregion, ein- | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | schließlich der notwendigen Versorgung der Entnahmestelle, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich<br>*Abrechnungsbestimmung*<br>Bei Entnahme von einem oder mehreren Knochenblöcken ist das Doppelte der Gebühr nach der Nummer 9140 berechnungsfähig. Von einem Knochenblock im Sinne dieser Abrechnungsbestimmung ist auszugehen, wenn dieser bei der Implantation eigenständig fixiert werden muss. | 650 | 36,56 |
| 9150 | Fixation oder Stabilisierung des Augmentates durch Osteosynthesemaßnahmen (z. B. Schrauben- oder Plattenosteosynthese oder Titannetze), zusätzlich zu der Leistung nach der Nummer 9100, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich | 675 | 37,96 |
| 9160 | Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien (z. B. Barrieren – einschließlich Fixierung –, Osteosynthesematerial), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich | 330 | 18,56 |
| 9170 | Entfernung im Knochen liegender Materialien durch Osteotomie (z. B. Osteosynthesematerial, Knochenschrauben) oder Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantats, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich<br>*Abrechnungsbestimmung*<br>Die Entfernung eines Implantats ist mit der Gebühr für die Leistungen nach den Nummern 3000 und 3030 abgegolten. | 500 | 28,12 |