

**Ergänzungsheft**

zum

**Beihilfekompass NRW  
2010/2011**

**Stand Januar 2012**

Verlag Reckinger · Siegburg

## Vorwort

Zum 1. Januar 2012 ist das Beihilferecht geändert worden. Da der Umfang der Änderungen aus Sicht des Autors und des Verlages keine Neuauflage des Beihilfekompasses 2010/2011 rechtfertigt, werden die Änderungen durch das vorliegende Ergänzungsheft kurz erläutert. Ferner enthält das Ergänzungsheft den Wortlaut der

- 1. Verordnung zur Änderung der Verordnung über Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen vom 9. Dezember 2011,
- Änderung der Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen vom 24. November 2011,
- Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts- und Krankheitsfällen an Tarifbeschäftigte vom 30. November 2011.

Siegburg, Januar 2012

# Inhaltsverzeichnis

	Vorwort zum Ergänzungsheft	2
1.	Hinweise zu den Änderungen im Beihilferecht zum 1. Januar 2012	4
2.	1. Verordnung zur Änderung der Verordnung über Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (Beihilfenverordnung NRW) vom 9. Dezember 2011 — SGV. NRW. S. 703	8
3.	Änderung der Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (VVzBVO) vom 24. November 2011 — MBl. NRW. S. 516	23
4.	Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts- und Krankheitsfällen an Tarifbeschäftigte (Beihilfenverordnung Tarifbeschäftigte — BVOTb NRW) vom 30. November 2011 — SGV. NRW. S. 697	33

## Anhang

a)	Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 5. Dezember 2011 (ohne Gebührenverzeichnis)	37
b)	Anlage I der Arzneimittel-Richtlinie — Stand: 9. Juni 2011	46
c)	Anlage II der Arzneimittel-Richtlinie — Stand: 12. Februar 2011	50
d)	Anlage V der Arzneimittelrichtlinie — Stand: 1. Dezember 2011	54

## 1.

# **Ergänzung bzw. Berichtigung des Beihilfekompasses 2010/2011 für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2011 entstanden sind.**

### **Allergiebettwäsche**

Ab 1. Januar 2012 sind bei Doppelbetten die Aufwendungen für beide Betten beihilfefähig.

### **Antragsgrenze**

Soweit die Beihilfestelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Schriftstücken herstellt und die dem Beihilfeantrag beigefügten Belege nicht zurücksendet, kann sie auf die Einhaltung der Antragsgrenze verzichten.

### **Ausland**

Nach den bisherigen Beihilfebestimmungen sind Beförderungskosten im Ausland zum Behandlungsort abweichend von den Regelungen für das Inland nicht beihilfefähig. Das Oberverwaltungsgericht Münster hat die Regelung über den generellen Ausschluss der Beihilfefähigkeit solcher Kosten — bestätigt durch das Bundesverwaltungsgericht — wegen Unvereinbarkeit mit dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz für nichtig und wegen Verstoßes gegen die Dienstleistungsfreiheit innerhalb der EU (Art. 49 EG/Art. 56 AEUV) für unanwendbar gehalten.

Die ab 1. Januar 2012 geltende Neufassung des § 10 BVO (Behandlungs- und Beförderungskosten im Ausland; Auslandskrankenversicherung) berücksichtigt die Rechtsprechung und die Neuregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wonach auch Behandlungs- und Beförderungskosten in der Schweiz den Aufwendungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union bzw. einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt sind. Ferner sind notwendige Beförderungskosten im Ausland wie im Inland entstandene Aufwendungen anzusehen und als solche grundsätzlich beihilfefähig.

Die Neufassung des § 10 BVO sieht in Absatz 7 vor, dass Aufwendungen für eine Auslandskrankenversicherung künftig bis zu einem Jahresbetrag von 10 Euro für den Beihilfeberechtigten und für jede berücksichtigungsfähige Person beihilfefähig sind. Mit diesem Anreiz soll der Beihilfeberechtigte angehalten werden, eine solche Versicherung abzu-

schließen. Die Versicherungsleistungen sind im Versicherungsfall zur Entlastung von Beihilfezahlungen verpflichtend in Anspruch zu nehmen.

### **Betreuungsbescheinigung**

Aufwendungen für sogenannte Betreuungsbescheinigungen zur Beantragung eines Sonderurlaubs nach § 11 Sonderurlaubsverordnung vom 14. September 1993 (SGV. NRW. 20303) i. V. m. dem Runderlass des Ministeriums für Inneres und Kommunales NRW vom 7. Oktober 2008 (MBI. NRW. S. 516) sind beihilfefähig (VV 3.2.10).

### **Dentinadhäsive Kunststofffüllungen**

Soweit die zahnärztliche Abrechnung analog den Nummern 215 bis 217 GOZ (für Aufwendungen bis 31. Dezember 2011) erfolgt, können die Aufwendungen ohne Begründung bis zum 2,3-fachen Steigerungssatz und mit Begründung bis zum 3,5-fachen Steigerungssatz als beihilfefähig anerkannt werden.

### **Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT)**

Hinzugekommen ist die Indikation: „Therapierefraktäre Achillodynie“.

### **GOZ**

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wird aufgrund des § 15 des Gesetzes über die Zahnheilkunde als Rechtsverordnung des Bundes mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. Die bisherige GOZ, datiert vom 22. Oktober 1978 und seit dem 1. Januar 1988 in Kraft, wurde durch die Erste Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) abgelöst.

Ziel der Novellierung ist es, die GOZ an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen; hierbei durfte allerdings auch die zu erwartende Kostenentwicklung nicht unberücksichtigt bleiben. Durch die Novellierung der GOZ sollen auch in der Vergangenheit häufig aufgetretene gebührenrechtliche Streitfälle durch eine Bearbeitung des Gebührenverzeichnisses geklärt werden. Darüber hinaus wurden in einigen Leistungsbereichen (z. B. bei den implantologischen Leistungen) neue Gebührenpositionen aufgenommen, um eine indikationsgerechte zahnärztliche Versorgung abzubilden.

Die Gebührenordnung für Zahnärzte vom 5. Dezember 2011 (ohne Gebührenverzeichnis) ist diesem Ergänzungsheft (Downloadversion) beigelegt.

### **Hebammen**

Freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger berechneten ihre Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung in

NRW bislang nach der Hebammengebührenordnung NRW vom 25. Januar 2007. Danach konnten die Gebühren bis zum 1,8-fachen der Beträge der Anlage zu § 2 Absatz 1 der Hebammenhilfe-Gebührenordnung des Bundes vom 28. Oktober 1986, mit Stand vom 31. Dezember 2006, berechnet werden.

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenkassen wurde die v. g. Hebammenhilfe-Gebührenordnung bereits zum 1. August 2007 durch eine von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen mit den Berufsverbänden der Hebammen getroffene Vereinbarung abgelöst (Vertragslösung). Seitdem wurden die vertraglich vereinbarten Erstattungssätze mehrfach deutlich angehoben.

Für NRW wurde seitens der Landesregierung für die sog. Privatbehandlungen zum 13. September 2011 (MBI. NRW. S. 476) eine komplett neue Gebührenordnung mit eigenem Leistungsverzeichnis erlassen, die sich aber an den Regelungen für die gesetzlich Krankenversicherten orientiert. Gegenüber der alten Rechtslage sind insbesondere folgende Änderungen eingetreten:

### ***1. Höhe der Gebühren***

Freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger dürfen für ihre Privatleistungen Gebühren grundsätzlich bis zum 1,8-fachen der Beträge des Leistungsverzeichnisses der neuen Hebammengebührenordnung berechnen.

Der Multiplikator von 1,8 findet keine Anwendung bei Auslagen, Wegegeld, Geburtshauspauschalen und bei den Zuschlägen für Dienste an Sonn- und Feiertagen sowie zu Nachtzeiten.

### ***2. Geburtshauspauschale***

Zur Geltendmachung der Betriebskostenpauschale sind nur diejenigen von Hebammen geleiteten Einrichtungen berechtigt, die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen anerkannt sind. Die Geburtshäuser sind verpflichtet, den entsprechenden Nachweis der Rechnung beizufügen.

Die nach der neuen Gebührenordnung berechneten Leistungen sind grundsätzlich beihilfefähig.

### **Heilpraktiker**

Beihilfefähig sind ab 1. Januar 2012 ausschließlich die in der neuen Anlage 4 zur BVO (s. 1. Änderungsverordnung BVO vom November 2011) aufgeführten Leistungen mit den hierzu benannten Höchstbeträgen. Diese wurden seitens des Bundesministeriums des Innern mit Dachverbänden der Heilpraktiker vereinbart und von NRW übernommen.

## **Kinder**

Bisher erhielten Eltern kein Kindergeld bzw. keinen Kinderfreibetrag mehr, wenn Einkünfte und Bezüge des Kindes den Grenzbetrag von 8004 Euro pro Jahr überstiegen. Diese Einkommensprüfung fällt ab 2012 weg (vgl. Steuervereinfachungsgesetz 2011 vom 1. November 2011 — BGBl. I S. 2131). Kinder unter 25 Jahren, die sich in einer ersten Berufsausbildung bzw. einem Erststudium befinden, werden ab 2012 ohne weitere Voraussetzungen als Kind berücksichtigt.

Bei einer zweiten Ausbildung fallen Kindergeld bzw. Kinderfreibeträge nur weg, wenn das Kind neben der Ausbildung noch eine Erwerbstätigkeit von über 20 Wochenstunden ausübt. Für die Eltern entfallen die bisherigen Nachweispflichten. Zudem erhalten sie künftig noch Kindergeld (die bisherigen Altersgrenzen bestehen weiter) für Kinder in bezahlten Ausbildungsgängen (z. B. Azubis im dritten Lehrjahr) oder für Kinder, die während ihres Studiums Nebenjobs annehmen oder über erhebliche Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Vermietung und Verpachtung haben.

## **Tarifbeschäftigte**

Die Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen an Angestellte, Arbeiter und Auszubildende vom 9. April 1965 (GV. NRW. S. 108) ist mit Ablauf des 31. Dezember 2011 außer Kraft getreten. Sie gilt weiter für Aufwendungen, die bis zum 31. Dezember 2011 entstanden sind.

Ab 1. Januar 2012 ist die Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts- und Krankheitsfällen an Tarifbeschäftigte (Beihilfenverordnung Tarifbeschäftigte — BVOTb NRW) vom 30. November 2011 (SGV. NRW. S. 607) in Kraft getreten. Mit dieser Verordnung sind die Bestimmungen für Tarifbeschäftigte neu strukturiert worden; der Status quo der Beihilfeleistungen ist grundsätzlich beibehalten worden.

Die Verordnung ist unter Nummer 5 dieses Ergänzungsheftes abgedruckt.

## **Sprachtherapie**

Die bisherige Ausnahmeregelung, nach der Heilpraktikern (Sprachtherapie), auf Grundlage eines Runderlasses des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW vom 11. September 1998 eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis erteilt worden war, ist zum 31. Dezember 2011 entfallen. Aufwendungen für durch diesen Behandlerkreis erbrachte Behandlungen sind damit ab 1. Januar 2012 nicht mehr beihilfefähig. Zur Vermeidung von Härten, sind Aufwendungen für Behandlungen, die bis zum 31. Dezember 2011 begonnen wurden, bis zum Abschluss der Behandlungen beihilfefähig.

## 2.

# Erste Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW

Vom November 2011

Auf Grund des § 77 Absatz 8 des Landesbeamtengesetzes vom 21. April 2009 (GV. NRW. S. 224), geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 10. November 2009 (GV. NRW. S. 570) wird verordnet:

### Artikel 1

Die Beihilfenverordnung NRW vom 5. November 2009 (GV. NRW. S. 602) wird wie folgt geändert:

1. § 1 Absatz 2 Satz 2 wird aufgehoben.
2. In § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b werden die Wörter „steuerlichen Ertragsanteil“ durch das Wort „Besteuerungsanteil“ ersetzt.
3. § 3 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 Nummer 3 erhält folgende Fassung:

„für prophylaktische Leistungen nach den Nummern 1000 bis 1020 und 2000 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen (Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom XX November 2011 — BGBl. I S. XXXX —),“
  - b) Absatz 4 Satz 5 erhält folgende Fassung:

„Personen, denen Sachleistungen auf Grund des Bundesversorgungsgesetzes, des Häftlingshilfegesetzes oder des Soldatenversorgungsgesetzes zustehen, sind nicht verpflichtet, diese in Anspruch zu nehmen; Satz 1 ist insoweit nicht anzuwenden“.
4. § 4 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 Nummer 1 Satz 5 erhält folgende Fassung:

„Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulant durchgeführte psychotherapeutische Leistungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung bestimmen sich nach den §§ 4 a bis 4 d und der Anlage 1 sowie für durch Heilpraktiker erbrachte Leistungen nach Anlage 4 zu dieser Verordnung“.
  - b) Absatz 1 Nummer 11 Buchstabe d wird gestrichen.

5. In § 5 c Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „des Satzes 2“ durch die Wörter „des Satzes 1“ ersetzt.
6. § 10 erhält folgende Fassung:

**„§ 10 Behandlungs- und Beförderungskosten im Ausland;  
Auslandsrankenversicherung**

(1) Aufwendungen für eine Krankenbehandlung oder Entbindung im Ausland sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung oder Entbindung am inländischen Wohnort oder letzten früheren inländischen Dienstort des Beihilfeberechtigten oder in dem ihnen am nächsten gelegenen geeigneten inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären.

(2) Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist ein Kostenvergleich nach Absatz 1 nicht erforderlich. Bei Behandlungen in anderen Krankenhäusern, sind die Aufwendungen nur insoweit angemessen, als sie den Aufwendungen (Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten) entsprechen, die in der der Beihilfestelle nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung für eine medizinisch gleichwertige Behandlung entstanden wären. § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 Buchstabe b und Satz 3 gelten entsprechend. Die entsprechenden Nachweise sind durch den Beihilfeberechtigten zu erbringen. Notwendige Übersetzungskosten sind nicht beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung am inländischen Wohnort oder in dem ihm am nächsten gelegenen inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären. § 6 und § 7 gelten sinngemäß. Bei ambulanten Kurmaßnahmen in den in Satz 1 genannten Staaten sind die Aufwendungen nur dann beihilfefähig, wenn der Nachweis erbracht werden kann, dass der Behandlungsort als Kurort anerkannt ist. Wird die Behandlung außerhalb der in Satz 1 genannten Staaten durchgeführt, sind die Aufwendungen nach Satz 1 nur dann beihilfefähig, wenn im Inland oder in den in Satz 1 genannten Staaten kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist und die Behandlung vor Beginn vom Finanz-

ministerium auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens anerkannt worden ist.

(4) Aufwendungen für eine Krankenbehandlung im Ausland sind ohne die Einschränkung der Absätze 1 und 2 beihilfefähig

1. wenn ein Beihilfeberechtigter auf einer Auslandsdienstreife erkrankt und die Krankenbehandlung nicht bis zur Rückkehr ins Inland aufgeschoben werden kann,
2. wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung im Ausland dringend notwendig und im Inland kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist; die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen muss vor Beginn der Behandlung von der Beihilfestelle und bei Beihilfeberechtigten des Landes vom Finanzministerium anerkannt worden sein,
3. wenn sie 1.000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen.

(5) Bei Aufwendungen von im Ausland wohnenden Beihilfeberechtigten und im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Personen gelten die Absätze 1, 2 und 3 entsprechend.

(6) Für Beförderungskosten im Ausland gilt § 4 Absatz 1 Nummer 11 entsprechend. Beförderungskosten in Gebiete außerhalb der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz oder Rücktransportkosten aus diesen Gebieten sind nicht beihilfefähig; Absatz 4 Nummer 1 und 2 bleibt unberührt.

(7) Schließt der Beihilfeberechtigte zur Absicherung von Krankheits-, Beförderungs- und Rücktransportkosten eine Auslandskrankenversicherung ab, sind die jährlichen Versicherungsbeiträge bis zu einem Betrag von 10 Euro für den Beihilfeberechtigten und für jede berücksichtigungsfähige Person beihilfefähig; § 12 Absatz 1 und 3 gelten entsprechend. Der Beihilfeberechtigte ist verpflichtet, im Versicherungsfall die Versicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen; § 3 Absatz 4 Satz 1 gilt sinngemäß.“

7. In § 12a Absatz 3 Nummer 2 wird nach dem Wort „sowie“ das Wort „hinterbliebenen“ eingefügt.
8. In § 15 Absatz 2 Satz 3 wird nach dem Wort „Belastungsgrenze“ das Wort „nach“ eingefügt.
9. In Anlage 2 (zu § 4 Absatz 1 Nummer 7) wird die Nummer 2 aufgehoben; die bisherigen Nummern 3 bis 8 werden Nummern 2 bis 7.
10. Nach Anlage 3 wird eine neue Anlage 4 angefügt (s. Anlage).

## **Artikel 2**

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2012 in Kraft. Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2011 entstehen.

Der Finanzminister des Landes Nordrhein-Westfalen

**Beihilferechtliches Gebührenverzeichnis NRW  
für Heilpraktikerleistungen**

**1. Allgemeine Hinweise**

Der Heilpraktiker übt seinen Beruf eigenverantwortlich aus und zählt zu den freien Berufen im Sinne des § 18 EStG.

Die Tätigkeit des Heilpraktikers beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Dienstvertrag mit dem Patienten. Der Vertrag ist laut § 145 BGB nicht an eine Form gebunden und kann auch ohne ausdrückliche Vereinbarung durch schlüssige Handlungen zustande kommen.

Der Heilpraktiker schließt mit dem Patienten einen Dienstvertrag (§§ 611 – 630 BGB), der ihn zur Leistung der versprochenen Dienste, wie Bemühen um Heilung oder Linderung der Krankheit im gegenseitigen Einverständnis, den Patienten zur Zahlung einer Vergütung verpflichtet.

Im Rahmen seines ganzheitlichen Behandlungszieles wendet der Heilpraktiker die notwendigen Verfahren an, die zu einer diagnostischen Abklärung und einer entsprechenden therapeutischen Beeinflussung des jeweiligen Krankheitsgeschehens notwendig sind.

Nach § 611 BGB ist die Höhe der Vergütung der freien Vereinbarung zwischen Heilpraktiker und Patient überlassen. Wenn beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen wurde, so gilt sie doch nach § 612 BGB als vereinbart.

Ist in Ermangelung einer Taxe die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen (§ 612 Absatz 2 BGB).

Die Höhe der üblichen Vergütung resultiert aus der Bestimmung der Leistung nach billigem Ermessen (§ 315 BGB).

Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für den Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

**2. Rechnungshinweise**

Eine Rechnungserstellung hat korrekt im Sinne der Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag zu erfolgen. Die Rechnung muss in ihrer Form sowohl für den Zahlungspflichtigen, als auch für die Beihilfestellen übersichtlich und nachvollziehbar sein. Hierbei sind insbesondere anzugeben:

- a) Vor- und Zuname und die vollständige Adresse des Patienten,
- b) die vollständige Diagnose (hierbei sind für alle im entsprechenden zeitlichen Zusammenhang durch den Heilpraktiker festgestellten und/oder behandelten Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen die entsprechenden Diagnosen in nachvollziehbarer Form anzugeben, so dass sich ein erkennbarer Zusammenhang zu allen Behandlungsmaßnahmen sowie den verordneten oder verwendeten Arzneimitteln ergibt,
- c) jede Einzelleistung mit der entsprechenden Ziffer des nachfolgenden Verzeichnisses,
- d) jeder Einzelbetrag der entsprechenden Leistung,
- e) jeder Leistungskomplex mit dem entsprechenden Datum.

Nicht gesondert berechnungsfähig sind:

- a) Porto- und Versandkosten innerhalb einer Laborgemeinschaft, Kleinmaterialien wie Zellstoff- und Mulltupfer, Schnellverbandmittel, Verbandspray, Einmalspatel und -stäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge, kleine Mull- und Zellstoffkompressen. (Werden wegen der Besonderheit des Falles größere Mengen Mull oder Zellstoff benötigt, können diese mit dem Selbstkostenpreis zur Berechnung kommen),
- b) Mittel zur Oberflächenanästhesie, Desinfektions- und Reinigungsmittel, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Puder und Salben sowie geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung,
- c) Einmalartikel, wie Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalkatheter, Einmaldarmrohre.

### **3. Beihilferechtliche Hinweise**

- a) Beihilfefähig sind ausschließlich die in dem nachfolgenden Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen mit den hierzu benannten Höchstbeträgen. Diese wurden seitens des Bundesministeriums des Innern mit dem Dachverband Deutscher Heilpraktikerverbände e.V. (DDH), Maarweg 10, 53123 Bonn, dem Fachverband Deutscher Heilpraktiker e.V. (FDH), Maarweg 10, 53123 Bonn, dem Freien Verband Deutscher Heilpraktiker e.V. (FVDH), Weseler Straße 19–21, 48151 Münster, der Union Deutscher Heilpraktiker e.V. (UDH), Waidstraße 21, 61137 Schöneck, dem Verband Deutscher Heilpraktiker e.V. (VDH), Ernst-Grote-Straße 13, 30916 Isernhagen und dem Bund Deutscher Heilpraktiker e.V. (BDH), Südstraße 11, 48231 Warendorf am 23. September 2011 für den Bundesbeihilfebereich vereinbart. Weitere Leistungen (Ausnahme Buchstabe b) und höhere Honorarvergütungssätze sind nicht beihilfefähig.

- b) Leistungen, die nicht im dem Gebührenverzeichnis aufgeführt sind, können ausnahmsweise entsprechend einer ähnlichen Leistung des Verzeichnisses berechnet werden. Eine verständliche Beschreibung dieser Leistung ist erforderlich. Es hat eine Kennzeichnung als analoge Leistung mit einem „A“ zur entsprechenden Ziffer zu erfolgen.
- c) §§ 3 und 4 sowie Anlage 2 BVO sind zu beachten.
- d) Diese Anlage gilt für Aufwendungen von Behandlungen, die von Heilpraktikern nach dem 31. 12. 2011 erbracht werden.

### Gebührenverzeichnis:

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag
01 – 10	Allgemeine Leistungen	
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50 €
2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie <i>Anmerkung: Die Leistung nach Ziffer 2 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig. Die Leistung nach Ziffer 2 ist in einer Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	35,00 €
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme der Heilpraktikerin/des Heilpraktikers	3,00 €
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 4 ist nur als alleinige Leistung oder in Zusammenhang mit einer Leistung nach Ziffer 1 oder 17.1 beihilfefähig.</i>	18,50 €
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls, einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.</i>	9,00 €
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00 €

7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	18,00 €
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Ziffern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	20,00 €
9	<b>Hausbesuch einschließlich Beratung</b>	
9.1	bei Tag	24,00 €
9.2	In dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	26,00 €
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	29,00 €
10	<b>Nebengebühren für Hausbesuche</b>	
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag — bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	4,00 €
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht — bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	8,00 €
10.5	für jeden zurückgelegten km bei Tag von 2 – 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	1,00 €
10.6	für jeden zurückgelegten km bei Nacht von 2 – 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	2,00 €
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden. <i>Anmerkung: Die Wegkilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.</i>	0,20 €

10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann die Heilpraktikerin/der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Abrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Die Patientin bzw. der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.	16,00 €	
11	<b>Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen</b>		
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse der Patientin/des Patienten	5,00 €	
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A4 einseitig maschinengeschrieben)	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	15,00 €
		Schriftliche gutachtliche Äußerung	16,00 €
11.3	Individuell angefertigte schriftliche Diätpläne bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen	8,00 €	
12	<b>Chemisch-physikalische Untersuchungen</b>		
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des ph-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.</i>	3,00 €	
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z. B. Zucker usw.)	4,00 €	
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	4,00 €	
12.7	Blutstatus (nicht neben Nummer 12.9, 12.10, 12.11)	10,00 €	
12.8	Blutzuckerbestimmung	2,00 €	
12.9	Hämoglobinbestimmung	3,00 €	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausriches	6,00 €	

12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z. B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.	3,00 €
		Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemischzytometrisch oder mittels mechanisierter Musterkennung (Bildanalyse)	1,00 €
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschl. Blutentnahme		3,00 €
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>		6,00 €
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>		7,00 €
13	Sonstige Untersuchungen		
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z. B. ph-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>		6,00 €
14	Spezielle Untersuchungen		
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechnet werden. Leistungen nach Ziffer 14.1 und Ziffer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>		8,00 €
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechnet werden. Leistungen nach Ziffer 14.1 und Ziffer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>		8,00 €

14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,00 €
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00 €
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00 €
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00 €
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00 €
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00 €
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung: Nicht neben Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechenbar.</i>	8,00 €
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck-/und oder Strömungsmessungen	9,00 €
17	<b>Neurologische Untersuchungen</b>	
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00 €
18–23	<b>Spezielle Behandlungen</b>	
20	<b>Atemtherapie, Massagen</b>	
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00 €
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u. a., Spezialnervenzpunktmassage	6,00 €
20.3	Bindegewebzsmassage	6,00 €
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00 €
20.5	Großmassage	6,00 €
20.6	Sondermassagen	
	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00 €
	Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebzsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00 €
	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,00 €
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	6,00 €
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	4,00 €
21	<b>Akupunktur</b>	
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	23,00 €

21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	7,00 €
22	<b>Inhalationen</b>	
22.1	Inhalationen, soweit sie von der Heilpraktikerin/dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00 €
24–30	<b>Blutentnahmen — Injektionen — Infusionen — Hautableitungsverfahren</b>	
24	<b>Eigenblut, Eigenharn</b>	
24.1	Eigenblutinjektion	11,00 €
25	<b>Injektionen, Infusionen</b>	
25.1	Injektion, subkutan	4,50 €
25.2	Injektion, intramuskulär	4,50 €
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	6,00 €
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung	7,00 €
25.5	Injektion, intraartikulär	11,00 €
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	11,00 €
25.7	Infusion	7,00 €
25.8	Dauertropfeninfusion	10,00 €
26	<b>Blutentnahmen</b>	
26.1	Blutentnahme	3,00 €
26.2	Aderlass	12,00 €
27	<b>Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren</b>	
27.1	Setzen von Blutegelein, ggf. einschl. Verband	5,00 €
27.2	Skarifikation der Haut	4,00 €
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00 €
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00 €
27.5	Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel	5,00 €
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00 €
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00 €
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00 €
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00 €
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00 €

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

36	Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00 €
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00 €
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00 €
36.4	Kneippsche Güsse	4,00 €
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
37.1	Teilheißluftbad, z. B. Kopf oder Arm	3,00 €
37.2	Ganzheißluftbad, z. B. Rumpf oder Beine	5,00 €
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00 €
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00 €
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00 €
38	Spezialpackungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.</i>	
38.1	Fangopackungen	3,00 €
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00 €
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00 €
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	3,00 €
39	Elektro-physikalische Heilmethoden	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00 €
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00 €
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00 €
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00 €
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00 €
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00 €
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00 €

39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00 €
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	4,00 €
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	4,00 €
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z. B. Jono-Modulator	4,00 €
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00 €

### 3.

## **Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (VVzBVO)**

**RdErl. d. Finanzministeriums vom 24. November 2011  
B 3100 — 0.7 — IV A 4  
(MBI. NRW. S. 516)**

Mein RdErl. vom 22. April 2010 (SMBl. NRW. 203205) wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1.1.2 wird gestrichen.
2. In Nummer 1.4.2 Satz 2 wird das Wort „gewährt“ durch das Wort „zahlt“ ersetzt.
3. Nummer 3.2.7 erhält folgende Fassung:  
„Abweichend von der Bestimmung 7.2 in meinem Runderlass vom 19. August 1988 (Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht — SMBl. NRW. 203204) können dentinadhäsive Kunststofffüllungen, soweit die Abrechnung analog der Nummern 215 bis 217 GOZ erfolgt, ohne Begründung bis zum 2,3fachen Steigerungssatz und mit Begründung bis zum 3,5fachen Steigerungssatz als beihilfefähig anerkannt werden.“
4. In Nummer 3.2.10 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 angefügt:  
„Dies gilt entsprechend für sogenannte Betreuungsbescheinigungen zur Beantragung eines Sonderurlaubs nach § 11 Sonderurlaubsverordnung vom 14.09.1993, zuletzt geändert durch Gesetz vom 8. 12. 2009 (SGV. NRW. 20303) i. V. m. dem Runderlass des Ministeriums für Inneres und Kommunales NRW vom 7. 10. 2008 (MBI. NRW. S. 518).“
5. In Nummer 4.1.1.3 Satz 1 wird nach dem Wort „(Fersensporn)“ der Punkt durch ein Komma ersetzt und die Worte „— Therapierefraktäre Achillodynie.“ angefügt.
6. In Nummer 4.1.7.10.2 wird nach der Bezeichnung „Nummer 2“ die Klammer „(bleibt frei)“ angefügt; die Nummern 4.1.7.10.2.1 bis 4.1.7.10.2.3 werden gestrichen
7. Nummer 4.1.9.2 erhält folgende Fassung:

„Die in § 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 3 BVO genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, für die eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie konnten die Aufwendungen für die Behandlung übergangsweise durch „Heilpraktiker/Heilpraktikerinnen (Sprachtherapie)“, denen auf der Grundlage des RdErl. des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW vom 11. September 1998 — III B 2 0417.7 — (n.v.) eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis erteilt worden war, als beihilfefähig anerkannt werden. Der zuvor genannte Erlass wurde mit Erlass des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW vom 2. Februar 2011 — 416-0417.7 — (n.v.) ersatzlos aufgehoben. Aufwendungen für durch den in Satz 1 2. Halbsatz genannten Behandlerkreis erbrachte Behandlungen sind daher ab dem 1. 1. 2012 nicht mehr beihilfefähig. Zur Vermeidung von Härten sind Aufwendungen für Behandlungen, die bis zum 31. 12. 2011 begonnen werden, bis zum Abschluss der Behandlung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind weiterhin insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.“

8. In Nummer 4.1.10.12.3 wird folgender Satz 2 eingefügt; der bisherige Satz 2 wird Satz 3:

„Bei Doppelbetten sind die Aufwendungen für beide Betten beihilfefähig.“

9. In Nummer 4a.2.6 wird nach dem Wort „gekennzeichneten“ das Wort „orangefarbenen“ eingefügt.

10. In Nummer 4a.2.7 wird nach den Worten „Formblatt 4 der Anlage“ die Ziffer „4“ und in Nummer a) nach dem Wort „gekennzeichneten“ das Wort „orangefarbenen“ eingefügt.

11. Nummer 7.4.1 erhält folgende Fassung:

„Eine Anschlussheilbehandlung kann auch im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden; § 7 Absatz 2 Buchstaben a) und b) gelten insoweit nicht.“

12. In Nummer 9.1.1 Satz 1 werden die Worte „Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Worte „Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.

13. Die Nummern 10.1.1 bis 10.4 werden durch die nachfolgenden Nummern 10.1.1 bis 10.7.2 ersetzt:

„10.1.1 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung (außerhalb des Euroraumes) sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe maßgebenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der auf die Aufwendungen entfallende Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird (z. B. durch Umtauschbestätigung der Bank). Den Belegen über die Aufwendungen ist eine Übersetzung beizufügen.

10.1.2 Für Pflichtversicherte sowie freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, denen zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag dem Grunde nach ein Zuschuss nach § 257 SGB V zusteht oder die beitragsfrei nach § 224 SGB V versichert sind, werden Beihilfen zu Aufwendungen für eine Krankenbehandlung oder Entbindung im Ausland nur gezahlt, wenn im Ausland keine Sachleistung oder Kostenerstattung erlangt werden konnte und das Ausland nicht zum Zwecke der Behandlung aufgesucht wurde. § 3 Absatz 4 BVO bleibt unberührt.

## 10.2 Absatz 2

10.2.1 Als „andere“ Krankenhäuser im Sinne des Satzes 2 sind insbesondere Krankenhäuser anzusehen, die denen entsprechen, die in Deutschland nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind. Nummer 10.1.1 gilt in Fällen des § 10 Absatz 2 Satz 2 BVO entsprechend.

## 10.3 Absatz 3

10.3.1 Ausländische Krankenanstalten und Einrichtungen können auch dann als stationäre Einrichtungen i. S. des § 6 anerkannt werden, wenn wegen fehlender Regelungen eine Überwachung durch die zuständige Gesundheitsbehörde oder eine Konzessionierung nicht erfolgt.

10.3.2 Aufwendungen, die im Kleinen Walsertal (Österreich) und in der Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang (Schweiz) entstehen, sind grundsätzlich wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Da über die Art der Behandlung (Krankenhaus- oder stationäre Rehabilitationsbehandlung) regelmäßig erst der leitende Arzt nach der Eingangsuntersuchung entscheidet, ist im Interesse des Beihilfeberechtigten in jedem Fall ein Anerkennungsverfahren nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BVO durchzuführen.

10.3.3 Als ausländische Kurorte anerkannt sind die in der Anlage 5 Teil 1b zu dieser VV aufgeführten Orte. Diesen sind Kurorte bzw.

Kurbetriebe gleichgestellt, die nach Auskunft des europäischen Heilbäderverbandes (EHV) die für die Durchführung von ambulanten Kuren in Deutschland vorgeschriebenen Qualitätsstandards erfüllen. Es wird gebeten, dem Finanzministerium von Stellungnahmen des EHV zu entsprechenden Anfragen jeweils eine Mehrausfertigung zu übersenden.

10.3.4 Als Nachweis nach § 10 Absatz 3 Satz 3 BVO reicht eine Bescheinigung des Kurortes aus, dass dieser nach jeweiligem Landesrecht als Kurort anerkannt ist. Eventuelle Übersetzungskosten trägt der Beihilfeberechtigte.

#### 10.4 Absatz 4

10.4.1 In den Fällen des § 10 Absatz 4 Nummer 3 BVO sind alle anlässlich des Krankheitsfalles des Beihilfeberechtigten oder einer berücksichtigungsfähigen Person entstandenen Aufwendungen (z. B. Arztkosten, Arzneimittel) zusammenzurechnen.

10.5 Absatz 5 (bleibt frei)

10.6 Absatz 6 (bleibt frei)

#### 10.7 Absatz 7

10.7.1 Maßgebend ist der Beihilfebemessungssatz der versicherten Person. Bei Pauschalverträgen ist der Bemessungssatz des Beihilfeberechtigten zu berücksichtigen.

10.7.2 Eine Kopie des Versicherungsvertrages ist zur Beihilfeakte zu nehmen.“

14. In Nummer 12.1.2 Satz 1 wird die Bezeichnung „Satz 3“ durch die Bezeichnung „Satz 4“ ersetzt.
15. In Nummer 13.4.1 wird folgender Satz 2 angefügt:  
„Soweit die Beihilfestelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Schriftstücken herstellt und die dem Beihilfeantrag beigefügten Belege nicht zurücksendet, kann sie auf die Einhaltung der Antragsgrenze verzichten.“
16. Die bisherigen Anlagen 1, 6 und 6a werden durch die nachfolgenden Anlagen 1, 6 und 6a ersetzt:

**Anschriftenverzeichnis der Heilpraktikerverbände**

1. Bund Deutscher Heilpraktiker e. V.  
Gebühren- u. Gutachtenkommission  
Herrn Siegfried Kämper  
Am Stadtgarten 2  
45883 Gelsenkirchen
  
2. Deutsche Heilpraktikerverbände — DDH —  
Gebühren- und Gutachterkommission  
Maarweg 10  
53123 Bonn
  
3. Freie Heilpraktiker e. V.  
Gutachter- und GebüH-Kommission  
Frau Cynthia Roosen  
Benrather Schlossallee 49–53  
40597 Düsseldorf

# Antrag auf Zahlung einer Beihilfe

Anlage 6

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat – Angaben freiwillig -

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat – Angaben freiwillig -

Zutreffendes bitte   
ankreuzen oder ausfüllen (PC oder Schreibmaschine,  
möglichst nicht handschriftlich)

## Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

(Bitte Anmerkung 2 beachten.)

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden mit meinem Einverständnis nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres gem. § 15 BVO zur Ermittlung der Belastungsgrenze für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags bin ich nicht einverstanden.  (ggf. bitte ankreuzen)

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag  
der Aufwendungen ca.Anzahl der Belege  
(s. Anmerkung 8)

, - €

Es werden **Pflegeaufwendungen** nach § 5 ff BVO geltend gemacht  
(Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)

 Ja

**Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert?**

 Nein Ja **Bitte ausfüllen:**

Bankleitzahl

Kontonummer

Geldinstitut

**Erstantrag oder hat sich die Adresse, an welche der Bescheid gesandt wird, geändert?**

 Nein Ja **Bitte ausfüllen:**

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

**Bei wiederholter Antragstellung:**

Haben sich Änderungen zu Nr. 1 bis 6 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben?

 Ja Bitte Nr. 1 bis 9 vollständig ausfüllen Nein Bitte weiter bei Nr. 7**1 Angaben zum Beschäftigungsumfang**

Vollbeschäftigung:

 Ja

Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten:

 Nein Nein Zahl der Wochenstunden: Ja Grund: vom bis**2 Angaben zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen**

Name, Vorname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu (s. Anmerkung 3 und 4)	Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu	Angaben zu Berufstätigkeit usw. (zum Ausfüllen s. Anmerkung 7)	von TT.MM. JJJJ	bis TT.MM. JJJJ
Ehegatte / eingetragener Lebenspartner						
Kind 1 (K 1)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 2 (K 2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 3 (K 3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 4 (K 4)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kind 5 (K 5)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**3 Krankenversicherungsschutz**

Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird, und Versicherungsschein oder -bescheinigung beifügen.

Versicherte Person	Private Krankenvers.		Gesetzliche Krankenversicherung						
	Normaltarif	Basistarif	Kostenerst	freiwillig	pflicht-	familienversichert	über	als Rentner	seit
Antragsteller/in (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Ehegatte / eingetragener Lebenspartner (E)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A			<input type="checkbox"/>
K 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/>
K 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/>
K 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/>
K 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/>
K 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/>

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden? (Bitte neue Bescheinigung beifügen.)

Name, Vorname

Zeitpunkt  
TT.MM.JJJJ

#### 4 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Steht Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z. B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger) zu?

Nein  Ja Bitte ausfüllen

Name, Vorname	KV-beitrag im Antragsmonat	Zuschuss im Antragsmonat	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
	€	€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	€	€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 5 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

Nein  Ja Bitte ausfüllen

Name, Vorname \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

TT.MM.JJJJ

#### 6 Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des **Ehegatten / Lebenspartners** im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen? *(Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zusätzlich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttoertragsanteil) s. auch Anmerkung 6*

Ja  Nein

noch nicht absehbar

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

Ja  Nein

noch nicht absehbar

#### 7 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen Ansprüche aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z. B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen?

Nein  Ja Bitte ausfüllen

Name, Vorname	Art des Anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 8 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?

Ja Bitte Belege mit **U** kennzeichnen

Nein

Es handelt sich um einen

Dienstanfall

Unfall im Kindergarten

Die Unfallschilderung

Arbeitsunfall

Unfall in der Schule

liegt bei

liegt vor

Unfall im privaten Bereich

Unfall beim Studium

Es kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

Nein  Ja Bitte besonderen Vordruck **Unfallbericht** ausfüllen.

**9 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?** Nein  Ja Bitte ausfüllen

Die **Behandlung** erfolgte durch einen **nahen Angehörigen**, hierzu zählen: Ehegatten / eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kindern der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägerter ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

 Ja Bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen

Es wurden oder werden **Leistungen nach dem Bundes-versorgungsgesetz (BVG)** in Anspruch genommen

 Ja Bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen**10 In Geburtsfällen und bei Adoptionen**

Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO wird beantragt

 Ja**Anmerkungen**

- Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfestelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.
- Bitte legen Sie keine Originalbelege vor**, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte fertigen Sie pro Beleg eine separate Kopie und beachten Sie, dass Kopien und Zweitschriften deutlich lesbar sein müssen.
- Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, die sich in Berufsausbildung befinden (bis 25. Lebensjahr ggf. zuzügl. Zeit des Wehr- oder Zivildienstes) oder arbeitslos sind (bis 21. Lebensjahr) und der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen und bei denen nur wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte der Anspruch auf das Kindergeld und der Familienzuschlag für das Kind entfallen ist.
- Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt und ist mindestens ein Kind berücksichtigungsfähig, bitte ggf. Anlage „Kinder“ ausfüllen.
- Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes bzw. einer Heilpraktikerin/eines Heilpraktikers vor.
- Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten (*bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag*), Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit, Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterliegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG).
- Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:
 

- Nicht erwerbstätig =	<b>NE</b>	- Eigene Beihilfeberechtigung z.B. im öffentlichen Dienst =	<b>ÖD</b>
- Schulausbildung =	<b>SB</b>	- Hochschulausbildung =	<b>HS</b>
- Elternzeit =	<b>EZ</b>	- Versorgungsempfänger/in =	<b>VE</b>
- Familienpolitischer Urlaub	<b>FU</b>	- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder II =	<b>AL</b>
- Rentenbezieher/in =	<b>RE</b>	- Wehrdienst / Zivildienst =	<b>WD / ZD</b>
- Berufstätig =	<b>BT</b>		
- Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 5) oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und Material- und Laborkosten.

## Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe

Anlage 6a

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat (freiwillige Angabe)

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat (freiwillige Angabe)

### Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.

Sofern Sie **Pflegeaufwendungen** nach § 5 ff. BVO geltend machen wollen, stellen Sie bitte einen **gesonderten Antrag** für diese Aufwendungen und fügen die **Anlage „Pflege“** bei.

Bei Änderungen der nachstehenden Sachverhalte

- Ausbildungs-, Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnis
- Beurlaubungen
- Familienstand, Familienzuschlag, Bankverbindung, Anschrift
- Beitragszuschüsse – Rentenbezug (auch [Halb-]Waisenrente)
- Einkünfte des Ehegatten sowie bei
- Unfällen oder Verletzungen

verwenden Sie bitte das ausführliche Antragsformular („Antrag auf Zahlung einer Beihilfe“).

### Erklärung:

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe.

Mit diesem Beihilfeantrag werden keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht, die von Ehegatten / eingetragenen Lebenspartnern, Eltern oder Kindern der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch von Enkelkindern, Geschwistern, Großeltern, Verschwägerten ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person durchgeführt worden sind.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden mit meinem Einverständnis nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres gem. § 15 BVO zur Ermittlung der Belastungsgrenze für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags bin ich nicht einverstanden.  (ggf. bitte ankreuzen)

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag der Aufwendungen ca.

Anzahl der Belege

, – €

(als 1 Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und die Material- und Laborkosten).

## 4.

# **Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts- und Krankheitsfällen an Tarifbeschäftigte (Beihilfenverordnung Tarifbeschäftigte — BVOTb NRW)**

**vom 30. November 2011  
(GV. NRW. S. 607)**

Auf Grund des § 3 Absatz 4 des Gesetzes über die Anwendung beamten- und besoldungsrechtlicher Vorschriften auf nichtbeamtete Angehörige des öffentlichen Dienstes vom 6. Oktober 1987 (GV. NRW. S. 342), zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes vom 21. April 2009 (GV. NRW. S. 224) wird im Einvernehmen mit dem Ministerium für Inneres und Kommunales verordnet:

### **§ 1**

#### **Beihilfeanspruch**

(1) Tarifbeschäftigte im Dienst des Landes, der Gemeinden, der Gemeindeverbände und der sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts, erhalten in Geburts- und Krankheitsfällen nach Maßgabe der §§ 2 bis 4 Beihilfen in entsprechender Anwendung der für Beamte geltenden Bestimmungen. Voraussetzung ist, dass ihr Arbeitsverhältnis vor dem 1. Januar 1999 begründet wurde und weiterhin ununterbrochen fortbesteht. Aufwendungen, die nach einer Unterbrechung oder Beendigung des Arbeitsverhältnisses entstehen, sind nicht beihilfefähig.

(2) Für Tarifbeschäftigte, die mit weniger als der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit beschäftigt sind, gilt Absatz 1 mit der Maßgabe, dass die Beihilfe anteilig entsprechend der arbeitsvertraglich vereinbarten durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit gezahlt wird. Dies gilt nicht für Tarifbeschäftigte, die auf Grund des § 6 Absatz 1 Nummern 2, 4, 5 und 6 und Absatz 2 SGB V versicherungsfrei sind.

(3) Soweit ein Schadensersatzanspruch gegen Dritte besteht, werden Beihilfen nur gewährt, wenn der Anspruch in Höhe der — ohne Berücksichtigung des Schadensersatzanspruchs — zustehenden Beihilfe an

den Arbeitgeber abgetreten wird. Der Anspruch darf nicht zum Nachteil des Anspruchsberechtigten geltend gemacht werden.

## § 2

### **Gesetzlich versicherte Tarifbeschäftigte**

(1) Pflichtversicherte und freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Tarifbeschäftigte, denen nach § 257 SGB V ein Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag dem Grunde nach zusteht oder die nach § 224 SGB V beitragsfrei versichert sind, sowie ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind ausschließlich auf die ihnen aus der gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung dem Grunde nach zustehenden Sach- oder Dienstleistungen angewiesen. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass sie diese Leistungen nicht in Anspruch nehmen, an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenersatzung nach § 13 Absatz 2 SGB V wählen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V erhalten, sowie Aufwendungen bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des Festbetrages nach dem SGB V übernimmt, sind nicht beihilfefähig.

(2) Als Sach- oder Dienstleistungen gelten auch Geldleistungen bei künstlicher Befruchtung, bei kieferorthopädischer Behandlung, bei Arznei- und Verbandmitteln, bei Heilmitteln, bei häuslicher Krankenpflege, bei Haushaltshilfe und bei Hilfsmitteln.

(3) Besteht ein Anspruch auf Gewährung eines Zuschusses gegen die Kranken- oder Unfallversicherung, sind die Aufwendungen mit Ausnahme der Mehrkosten für Zahnfüllungen, Verblendungen, implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen beihilfefähig; die beihilfefähigen Aufwendungen sind um den dem Grunde nach zustehenden höchstmöglichen Zuschuss zu kürzen. Gesetzlich vorgesehene Zahlungen und Gebühren (auch Praxisgebühren) sowie Aufwendungen für von der Erstattung der Kasse ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sind nicht beihilfefähig.

(4) Aufwendungen für ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-Vater-Kind Kuren sowie ambulante Kurmaßnahmen der in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung Versicherten sind dann beihilfefähig, wenn die Versicherungsträger die Bewilligung einer vergleichbaren Maßnahme im Widerspruchsverfahren abgelehnt haben und der Amts- oder Vertrauensarzt die Durchführung der Maßnahme als notwendig bezeichnet.

### § 3

#### Privat versicherte Tarifbeschäftigte

(1) Bei privat versicherten Tarifbeschäftigten, die

1. nach § 257 SGB V einen Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag erhalten, oder
2. nach dem 31. Dezember 1998 in eine private Krankenversicherung übergetreten sind und denen ein Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag dem Grunde nach zusteht, oder
3. deren Beitrag nach § 207 a SGB III übernommen wird,

sind die Aufwendungen nur insoweit beihilfefähig, als sie über die zustehenden Leistungen der Krankenversicherung hinausgehen. Übersteigt die Hälfte des Beitrags zu einer privaten Krankenversicherung den zustehenden Beitragszuschuss nach § 257 SGB V, gelten die Leistungen der privaten Krankenversicherung nur im Verhältnis des Beitragszuschusses zur Hälfte des Krankenversicherungsbeitrages als Leistungen im Sinne des Satzes 1. Maßgebend sind die Beiträge und der Beitragszuschuss im Zeitpunkt der Antragstellung.

(2) Hinsichtlich der Aufwendungen für ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-Vater-Kind Kuren sowie ambulante Kurmaßnahmen gilt § 2 Absatz 4 sinngemäß.

### § 4

#### Sonderfälle

(1) Beihilfen werden auch an Tarifbeschäftigte gewährt,

1. die über die Bezugszeit der vom Arbeitgeber gewährten Krankenbezüge hinaus arbeitsunfähig sind,
2. für die Bezugszeit von Mutterschaftsgeld nach der Reichsversicherungsordnung oder dem Mutterschutzgesetz,

solange das Arbeitsverhältnis fortbesteht. Satz 1 gilt entsprechend bei der Freistellung von der Arbeitsleistung nach § 45 Absatz 3 Satz 1 SGB V sowie für die Zeitdauer einer Eltern- oder Pflegezeit oder eines Wahlvorbereitungsurlaubs. In den Fällen des Satzes 1 und 2 wird die Beihilfe in dem Umfang gewährt, in dem sie während der Zeit mit Anspruch auf Entgelt zu zahlen gewesen wäre (§ 1 Absatz 2).

(2) Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (einschließlich der Aufwendungen für Behandlungspflege) sind nicht beihilfefähig.

(3) Waldarbeiter erhalten Beihilfen, sofern sie Stamarbeiter sind und zu erwarten ist, dass sie auch im laufenden Kalenderjahr die erforderliche Zahl an Tariftagen zur Erhaltung der Stamarbeitereigenschaft erreichen werden. Waldarbeiter, die Stamarbeiter sind, erhalten auch Beihilfen zu Aufwendungen, die während der witterungsbedingten Unterbrechung des Arbeitsverhältnisses entstanden sind. Der Beihilfeantrag kann erst nach Wiederaufnahme der Arbeit gestellt werden. Voraussetzung ist, dass die Arbeit nach Aufforderung unverzüglich wieder aufgenommen worden ist. § 1 Absatz 2 gilt entsprechend. Für Waldarbeiter gelten witterungsbedingte Unterbrechungen des Arbeitsverhältnisses nicht als Unterbrechung in Fällen, in denen die Gewährung einer Beihilfe von einer ununterbrochenen Tätigkeit im öffentlichen Dienst abhängig gemacht wird.

(4) Dauerangestellte und Dienstordnungsangestellte, die Versorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Grundsätzen beziehen, und ihre versorgungsberechtigten Hinterbliebenen erhalten Beihilfen wie Versorgungsempfänger (§ 1 Absatz 1 Nummer 2 und 3 BVO NRW). Dies gilt auch für Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit.

## **§ 5**

### **Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Übergangs- und Schlussvorschriften**

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2012 in Kraft und gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2011 entstanden sind. Sie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2016 außer Kraft.

(2) Die Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen an Angestellte, Arbeiter und Auszubildende vom 9. April 1965 (GV. NRW. S. 108) tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2011 außer Kraft. Sie gilt weiter für Aufwendungen, die bis zum 31. Dezember 2011 entstanden sind.

# Anhang

a)

## Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 (ohne Gebührenverzeichnis)

Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987  
(BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung  
vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist.

### Inhaltsübersicht

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Abweichende Vereinbarung
- § 3 Vergütungen
- § 4 Gebühren
- § 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses
- § 5a Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung
- § 6 Gebühren für andere Leistungen
- § 7 Gebühren bei stationärer Behandlung
- § 8 Wegegeld
- § 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen
- § 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung
- § 11 Berlin-Klausel
- § 12 Inkrafttreten und Übergangsvorschrift

### Eingangsformel

Auf Grund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) geänderten Fassung verordnet die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates:

## § 1

### Anwendungsbereich

(1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

(2) Vergütungen darf der Zahnarzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

## § 2

### Abweichende Vereinbarung

(1) Durch Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Absatz 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwertes (§ 5 Absatz 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes schriftlich zu treffen. Dieses muß neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

(3) Leistungen nach § 1 Absatz 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muß vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muß die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, daß es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Absatz 1 bleibt unberührt.

(4) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlzahnarzt persönlich erbrachte Leistungen zulässig.

### § 3

#### Vergütungen

Als Vergütungen stehen dem Zahnarzt Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.

### § 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 (Ziellaistung) 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.

## § 5

### **Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses**

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemißt sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden; die Rundung ist erst nach der Multiplikation mit dem Steigerungsfaktor nach Satz 1 vorzunehmen.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. Der 2,3fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen; Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.

## § 5 a

(weggefallen)

## § 6

### **Gebühren für andere Leistungen**

(1) Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbstständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten

Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.

(2) Die Vergütungen sind nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbstständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist und wenn die Leistungen, die der Zahnarzt erbringt, in den folgenden Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind:

1. B I, B II, B III unter den Nummern 30, 31 und 34, B IV bis B VI,
2. C I unter den Nummern 200, 204, 210 und 211, C II, C III bis C VII, C VIII nur soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet wird,
3. E V und E VI,
4. J,
5. L I, L II unter den Nummern 2072 bis 2074, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VII, L IX,
6. M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715,
7. N unter der Nummer 4852 sowie
8. O.

## § 7

### **Gebühren bei stationärer Behandlung**

(1) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegzahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten 15 vom Hundert. Ausgenommen von dieser Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte.

(2) Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Zahnarzt Kosten nicht berechnen; die §§ 8 und 9 bleiben unberührt.

## § 8

### Entschädigungen

(1) Als Entschädigungen für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld oder Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

(2) Der Zahnarzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Zahnarztes von

1. bis zu zwei Kilometern 4,30 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 8,60 Euro,
2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 8,00 Euro, bei Nacht 12,30 Euro,
3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 12,30 Euro, bei Nacht 18,40 Euro,
4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 18,40 Euro, bei Nacht 30,70 Euro.

Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Zahnarztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Zahnarztes an die Stelle der Praxisstelle. Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Zahnarzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

(3) Bei Besuchen außerhalb eines Radius von 25 Kilometern um die Praxisstelle des Zahnarztes tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung. Als Reiseentschädigung erhält der Zahnarzt

1. 0,42 Euro für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
2. bei Abwesenheit bis zu acht Stunden 56,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als acht Stunden 112,50 Euro je Tag,
3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

## § 9

### Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

(1) Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandene-

nen 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.

## **§ 10**

### **Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung, Rechnung**

(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.

(2) Die Rechnung muß insbesondere enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,
2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes und einer in der Leistungsbeschreibung oder einer Abrechnungsbestimmung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
3. bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privat Zahnärztliche Leistungen zusätzlich den Mindestbetrag nach § 7,
4. bei Entschädigungen nach § 8 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,

5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen und deren Preise sowie die direkt zurechenbaren Materialien und deren Preise, insbesondere Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis der verwendeten Legierungen,
6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien; die Auslagen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern.

(3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nummer 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Fall einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen schriftlich zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Absatzes 2 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dental-labors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für diese Leistungen anzugeben. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3), sind als solche zu bezeichnen.

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Absatz 1 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

(5) Durch Vereinbarung mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

(6) Die Übermittlung von Daten an einen Dritten zum Zwecke der Abrechnung ist nur zulässig, wenn der Betroffene gegenüber dem Zahnarzt in die Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten schriftlich eingewilligt und den Zahnarzt insoweit schriftlich von seiner Schweigepflicht entbunden hat.

## § 11

### Übergangsvorschrift

Die Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung gilt weiter für

1. Leistungen, die vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) erbracht worden sind,
2. vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) begonnene Leistungen nach den Nummern 215 bis 222, 500 bis 523 und 531 bis 534 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung, wenn sie erst nach Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) beendet werden,
3. Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung, die auf Grund einer vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geplanten und begonnenen kieferorthopädischen Behandlung bis zum Behandlungsabschluss, längstens jedoch bis zum Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung, erbracht werden.

## § 12

### Überprüfung

Die Bundesregierung prüft die Auswirkungen der Neustrukturierung und -bewertung der Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte. Sie berichtet dem Bundesrat bis spätestens Mitte des Jahres 2015 über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe.

b)

## **Anlage I zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie**

### **Gesetzliche Verordnungsausschlüsse in der Arzneimittel- versorgung und zugelassene Ausnahmen**

#### **Zugelassene Ausnahmen zum gesetzlichen Verordnungs- ausschluss nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V**

**(OTC-Übersicht)**

**— Stand: 9. Juni 2011 —**

Die Vorschriften in § 12 Abs. 1 bis 10 der Richtlinie in Verbindung mit dieser Anlage regeln abschließend, unter welchen Voraussetzungen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sind. Insoweit finden die Vorschriften anderer Abschnitte der Arzneimittel-Richtlinie keine Anwendung. Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung sind:

1. Abführmittel nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.
2. Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit) als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.
3. Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden.
4. Acidosetherapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase.
5. Topische Anästhetika und/oder Antiseptika, nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z. B. Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus).
6. Antihistaminika
  - nur in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornsengift-Allergien,
  - nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien,

- nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus,
  - nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.
7. Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.
  8. Antiseptika und Gleitmittel nur für Patienten mit Katheterisierung.
  9. Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger- und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödemen (Mannitol, Sorbitol).
  10. unbesetzt
  11. Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination)
    - nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,
    - nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,
    - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.
  12. Calciumverbindungen als Monopräparate nur
    - bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus,
    - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.
  13. Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.
  14. Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.
  15. Dinatriumcromoglycat (DNCG)-haltige Arzneimittel (oral) nur zur symptomatischen Behandlung der systemischen Mastozytose
  16. E. coli Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.
  17. Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie.
  18. Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierter Diarrhoen.
  19. Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.

20. Ginkgo-biloba-Blätter-Extrakt (Aceton-Wasser-Auszug, standardisiert 240 mg Tagesdosis) nur zur Behandlung der Demenz.
21. Harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5% nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für den jeweiligen Patienten indiziert sind.
22. unbesetzt
23. Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.
24. Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.
25. Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliaemie.
26. Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.
27. Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.
28. Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen.
29. Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.
30. L-Methionin nur zur Vermeidung der Steinneubildung bei Phosphatsteinen bei neurogener Blasenlähmung, wenn Ernährungsempfehlungen und Blasenentleerungstraining erfolglos geblieben sind.
31. Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.
32. Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.
33. Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.
34. Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patienten.
35. Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-)Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.
36. Pankreasenzyme nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose.

37. Phosphatbinder nur zur Behandlung der Hyperphosphataemie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse.
38. Phosphatverbindungen bei Hypophosphataemie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
39. Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mind. 2% Salicylsäure) in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.
40. Synthetischer Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.
41. Synthetische Tränenflüssigkeit bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen [trockenes Auge Grad 2], Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
42. Vitamin K als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
43. Wasserlösliche Vitamine auch in Kombinationen nur bei der Dialyse.
44. Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).
45. Zinkverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenem Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.
46. Arzneimittel zur sofortigen Anwendung
  - Antidote bei akuten Vergiftungen,
  - Lokalanaesthetika zur Injektion,
  - apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen, können verordnet werden, wenn entsprechende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden.

c)

## Anlage II zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie

Gesetzliche Verordnungsausschlüsse in der Arzneimittel-  
versorgung und zugelassene Ausnahmen  
— Stand: 12. Februar 2011 —

### Verordnungsausschluss von Arzneimitteln zur Erhöhung der Lebensqualität gemäß § 34 Abs. 1 Satz 7 SGB V (Lifestyle Arzneimittel)

Abmagerungsmittel (zentral wirkend)

Abmagerungsmittel (peripher wirkend)

Sexuelle Dysfunktion

Nikotinabhängigkeit

Steigerung des sexuellen Verlangens

Verbesserung des Haarwuchses

Verbesserung des Aussehens

#### Abmagerungsmittel (zentral wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AA 01 Phentermin	
A 08 AA 02 Fenfluramin	
A 08 AA 03 Amferamon	REGENON TENUATE Retard
A 08 AA 04 Dexfenfluramin	
A 08 AA 05 Mazindol	
A 08 AA 06 Etilamfetamin	
A 08 AA 07 Cathin	ANTIADIPOSITUM X-112 T
A 08 AA 08 Clobenzorex	
A 08 AA 09 Mefenorex	
A 08 AA 10 Sibutramin	REDUCTIL

Phenylpropanolamin	Antiadiposum Riemser BOXOGETTEN S RECATOL mono
Rimonabant	ACOMPLIA

### Abmagerungsmittel (peripher wirkend)

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AB 01 Orlistat	XENICAL

### Sexuelle Dysfunktion

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

## Nikotinabhängigkeit

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 07 BA 01 Nicotin (nicht verschreibungspflichtig)	NIQUITIN Nicopass Nicopatch Nicorette Nicotinell Nikofrenon
N 07 BA 02 Bupropion N 06 AX12	ZYBAN Wellbutrin
N 07 BA 03 Varenicline	Champix

## Steigerung des sexuellen Verlangens

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 03 BA 03 Testosteron	Intrinsa

## Verbesserung des Haarwuchses

Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
D 11 AX 01 Minoxidil	REGAINE
D 11 AX 10 Finasterid	PROPECIA Finahair Finapil alle generischen Finasterid Fertigarzneimittel
Estradiolbenzoat; Prednisolon, Salicylsäure	ALPICORT F
Alfatradiol (nicht verschreibungspflichtig)	ELL CRANELL alpha
Alfatradiol (nicht verschreibungspflichtig)	PANTOSTIN
Dexamethason; Alfatradiol	ELL CRANELL dexa

Thiamin; Calcium pantothenat; Hefe, medizinisch; L-Cystin; Keratin (nicht verschreibungspflichtig)	PANTOVIGAR N Pantovigar
--	----------------------------

### Verbesserung des Aussehens

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

d)  
**Anlage V**  
**zum Abschnitt J der Arzneimittel-Richtlinie**  
 — Stand: 1. Dezember 2011 —

**Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte**

Produkt- bezeichnung	Medizinisch notwendige Fälle	Befristung der Verordnungs- fähigkeit
1xklyma salinisch	Zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen und diagnosti- schen Eingriffen; nicht zur Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern.	keine
AMO™ ENDOSOL™	Für intraokulare und topische Spülungen des Auges bei chirurgischen Prozeduren und für diagnostische und therapeutische Maßnahmen.	1. Oktober 2012
Ampuwa® für Spülzwecke	— Zur Anfeuchtung von Tamponaden und Verbänden, — Zur Atemluftbefeuchtung nur zur Anwendung in geschlossenen Systemen in medizinisch notwendigen Fällen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.	7. Juni 2012
Amvisc™	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt	14. Oktober 2015
Amvisc™ Plus	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt	14. Oktober 2015

Aqua B. Braun	<ul style="list-style-type: none"> <li>— zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen</li> <li>— zur Spülung von Wunden und Verbrennungen</li> <li>— zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden</li> <li>— zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Blasenkathetern</li> <li>— zur mechanischen Augenspülung</li> </ul>	7. Mai 2013
Bausch & Lomb Balanced Salt Solution	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	14. Oktober 2015
BSS DISTRA-SOL	Zur Spülung der Vorderkammer während Kataraktoperationen und anderen intraokularen Eingriffen	5. Januar 2015
BSS NL250/ NL500	Zur Spülung des chirurgischen intra- oder extraokularen Operationsbereiches	11. März 2015
BSS PLUS® (Alcon Pharma GmbH)	Als intraokulare Spüllösung bei chirurgischen Eingriffen im Auge, bei denen eine intraokulare Perfusion erforderlich ist.	21. April 2012
BSS® STERILE SPÜLLÖSUNG (Alcon Pharma GmbH)	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	21. April 2012
Dimet®20	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall	keine

Dk-line®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie zur mechanischen Netzhautentfaltung nach Netzhautablösungen/ PVR/PDR, Riesenrissen, okularen Traumata sowie zur vereinfachten Entfernung subluxierter Linsen und Fremdkörper aus dem Glaskörperraum.	14. Oktober 2015
Dr. Deppe EndoStar® - Lavage	Darmreinigung zur Vorbereitung einer Darmspiegelung bei Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr.	10. Juni 2012
DuoVisc®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraocularlinse.	21. April 2012
EtoPril®	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	keine
Freka-Clyss®	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (mit Ausnahme von Säuglingen und Kleinkindern) und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien.</p>	7. Juni 2012

Freka Drainjet® NaCl 0,9%	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasen- spülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wund- behandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden.	3. Juni 2013
Freka Drainjet® Purisoie SM verdünnt	Intra- und postoperative Blasen- spülung bei urologischen Eingriffen.	3. Juni 2013
Globance® Lavage	Zur Behandlung vor diagnostischen Eingriffen bei Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.	7. Juni 2012
Globance® Lavage Apfel	Zur Behandlung vor diagnostischen Eingriffen bei Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.	7. Juni 2012
Healon®	Für die intraokulare Verwendung bei Augen- operationen	15. Oktober 2013
HEALON GV™	Viscoelastische Lösung für die intraokulare Verwendung bei Augenoperationen am vorderen Augenabschnitt.	15. Oktober 2013
HSO®	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.	31. Oktober 2011
HSO® PLUS	Zur Anwendung als Operationshilfe bei ophthalmischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt.	31. Oktober 2011
HYLO®-GEL	Synthetische Tränenflüssigkeit bei Auto- immun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen (trockenes Auge Grad 2), Epidermolysis bullosa, okuläres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.	5. März 2014

<p>Isotonische Kochsalz- lösung zur Inhalation (Eifelfango)</p>	<p>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.</p>	<p>12. September 2013</p>
<p>Jacutin® Pedicul Fluid</p>	<p>Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.</p>	<p>keine</p>
<p>Klistier Fresenius</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des kongenitalen Megacolons), Divertikulose, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (mit Ausnahme von Säuglingen und Kleinkindern) und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation, zur raschen und nachhaltigen Entleerung des Enddarms vor Operationen, zur Vorbereitung von urologischen, röntgenologischen und gynäkologischen Untersuchungen sowie vor Rektoskopien.</p>	<p>7. Juni 2012</p>

Laxatan® M	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 16. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 16 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	30. November 2011
Lubricano® Steriles Gel	Zur Anwendung bei Patienten mit Katheterisierung.	13. Januar 2013
Macrogol 1 A Pharma®	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	30. November 2015

Macrogol AbZ	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	13. Juni 2012
Macrogol AL	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	27. März 2012
Macrogol-CT Abführpulver	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	13. Juni 2012

<p>Macrogol dura®</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase;</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>15. April 2013</p>
<p>Macrogol HEXAL®</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>30. November 2015</p>
<p>Macrogol-ratiopharm®</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>13. Juni 2012</p>

<p>Macrogol Sandoz®</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>30. November 2015</p>
<p>Macrogol STADA®</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>27. März 2012</p>
<p>Macrogol TAD®</p>	<p>Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.</p> <p>Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.</p>	<p>25. November 2012</p>

Medicoforum Laxativ	Für Patienten ab dem vollendeten 12. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation nur in Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon (mit Ausnahme des toxischen Megacolons), Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase;  Für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen im Alter von 12 Jahren bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zur Behandlung der Obstipation.	12. Mai 2013
Mosquito® med. Läuse Shampoo	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	Keine
MucoClear® 6 %	Zur symptomatischen Inhalationsbehandlung der Mukoviszidose für Patienten ab dem 6. Lebensjahr.	15. August 2012
NaCl 0,9% B. Braun	<ul style="list-style-type: none"> <li>— zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen</li> <li>— zur Spülung von Wunden und Verbrennungen</li> <li>— zum Anfeuchten von Wundtamponaden, Tüchern und Verbänden</li> <li>— zur Überprüfung der Durchlässigkeit von Kathetern</li> <li>— zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen</li> <li>— zur mechanischen Augenspülung</li> </ul>	7. Mai 2013

NaCl 0,9% Fresenius Kabi	Zur internen und externen Anwendung wie Perfusion des extracorporalen Systems bei der Hämodialyse, postoperative Blasen-spülung bei allen urologischen Eingriffen, Spülungen im Magen-Darmtrakt und von Fisteln und Drainagen. Auch zur Wund-behandlung und zum Befeuchten von Tüchern und Verbänden;  jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.	7. Juni 2012
NYDA®	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebens-jahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung des Kopfhaares bei Kopflausbefall.	7. Dezember 2012
OcuCoat®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augen-abschnittes.	14. Oktober 2015
Oculentis BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	29. August 2015
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.	14. Oktober 2015
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.	14. Oktober 2015

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. Oktober 2015
Pädiasalin® Inhalationslösung	Als Trägerlösung bei der Verwendung von Inhalaten in Verneblern oder Aerosolgeräten. Dies gilt nur für die Fälle, in denen der Zusatz einer Trägerlösung in der Fachinformation des arzneistoffhaltigen Inhalats zwingend vorgesehen ist	17. März 2013
Paranix® ohne Nissenkamm	Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen zur physikalischen Behandlung bei Kopflausbefall.	Keine
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.	12. November 2013
Pe-Ha-Luron® 1,0%	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes	30. April 2014
Pe-Ha-Visco (2,0%)	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	4. Mai 2014
polyvisc® 2,0%	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	27. Januar 2016
polysol®	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	27. Januar 2016

ProVisc®	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes bei Kataraktextraktion und Implantation einer Intraokularlinse (IOL)	21. April 2012
PURI CLEAR	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	29. November 2013
Purisole® SM verdünnt	Intra- und postoperative Blasenspülung bei urologischen Eingriffen; jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.	7. Juni 2012
Ringer B. Braun	— zur Spülung und Reinigung bei operativen Eingriffen — zur Spülung von Wunden und Verbrennungen — zur intra- und postoperativen Spülung bei endoskopischen Eingriffen	7. Mai 2013
Ringer Fresenius Spüllösung	Zum Freispülen des Operationsgebietes und zum Feuchthalten des Gewebes, — zur Wundspülung bei äußeren Traumen und Verbrennungen, — zur Spülung bei diagnostischen Untersuchungen; — zum befeuchten von Wunden und Verbänden jeweils in einer Menge, die ausschließlich für die einmalige Anwendung geeignet ist.	7. Juni 2012
Saliva natura	Zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.	keine
Sentol®	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	27. Januar 2016
Serag BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	9. Juni 2015

Serumwerk- Augen- spüllösung BSS	Zur Irrigation im Rahmen extraokulärer und intraokulärer Eingriffe.	20. Dezember 2012
VISCOAT®	Zur Anwendung bei ophthalmologischen Eingriffen am vorderen Augenabschnitt, insbesondere bei Kataraktextraktion und Intraokularlinsen-Implantation.	21. April 2012
Visco HYAL 1.0	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	29. August 2015
Visco HYAL 1.4 +	Zur Anwendung als Operationshilfe in der Ophthalmochirurgie des vorderen Augenabschnittes.	29. August 2015

