

Anlage
BMI-Rundschreiben
- D I 5 – 213 100 – 1/13 -
vom 8. Juli 2005 und
- D I 5 – 213 106 – 1/42 –
vom 22. Juli 2005

Die Hinweise zu den Beihilfavorschriften, neu gefasst durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern vom 15. Dezember 2004 (bekannt gegeben durch Rundschreiben des Ministeriums der Finanzen – 45.4-3190-76 – vom 10. Januar 2005 – ABl. S. 330), werden wie folgt geändert:

1. Im Hinweis 2 Satz 2 zu § 3 erhält der Klammerzusatz folgende Fassung:

„(Kinder von Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst)“.

2. Im Hinweis 4 zu § 5 Absatz 3 wird der Klammerzusatz (§ 2 Abs. 1 BSHG) durch den Klammerzusatz (§ 2 Abs. 1 SGB XII) und das Wort „BSHG“ durch das Wort „SGB XII“ ersetzt.

3. Die Hinweise zu § 6 werden wie folgt geändert:

- a) Im Hinweis 5.6 zu Absatz 1 Nummer 1 wird die Anschrift von Dr. med. Klaus H. Stutte, Gutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen wie folgt geändert: Jahnstraße 1, 49610 Quakenbrück.

Die Anschrift von Prof. Dr. med. Michael von Rad, Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen wird ab 8. August 2005 wie folgt geändert:
„Städt. Klinikum München GmbH, Krankenhaus München-Harlaching, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München.“

- b) Formblatt 1 zu Hinweis 5.7 zu Absatz 1 Nummer 1 wird wie folgt neu gefasst:

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Beihilfeberechtigter

Name, Vorname	Personalnummer
---------------	----------------

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

....., den

.....
Unterschrift des Beihilfeberechtigten)

II. Auskunft des Patienten

A) Wer wird behandelt?

Name, Vorname des Patienten	Geburtsdatum
-----------------------------	--------------

B) Schweigepflichtentbindung
Ich ermächtige Herrn/Frau

.....,

dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde ihn/sie von der Schweigepflicht des Arztes oder Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeuten genannt) und bin damit einverstanden, dass der Fachgutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist

.....,den

.....
(Unterschrift des Patienten oder des
gesetzlichen Vertreters)

III. Bescheinigung des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

Erstbehandlung Verlängerung/Folgebehandlung

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

analytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

Von _____ bis _____ Anzahl der Sitzungen _____

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

_____ Anzahl der Einzelsitzungen _____ Anzahl der Gruppensitzungen

5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

ja nein

_____ Anzahl der Sitzungen

6. Gebührenziffern:

Gebührenhöhe je Sitzung _____

IV. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1.Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
 - Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 - Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
 - verliehen: vor dem 1. April 1984
 - nach dem 1. April 1984
 - Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - Schwerpunkt Verhaltenstherapie
 - Bereichsbezeichnung Psychoanalyse
- Eine Berechtigung zur Behandlung
- in Gruppen
 - von Kindern und Jugendlichen
- liegt vor.

2.Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Zutreffendes ankreuzen)

2.1 Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 PsychThG

Datum der Approbation _____ als

- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welches anerkannte Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ gem. § 8 (3) Abs. 1 PsychThG und entsprechend 2.4.2.1, 2.4.3.1 sowie 3.4.2.1 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV vor?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - analytische Psychotherapie
 - Verhaltenstherapie
- bei Erwachsenen, bei Kindern und Jugendlichen, in Gruppen.

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (gem. § 6 PsychThG)

Liegt

a) ggf. eine entsprechende KV – Zulassung vor? ja nein

KV-Zulassungsnummer: _____, bei welcher KV? _____

b) ein Eintrag in das Ärztereister vor? ja nein , bei welcher KV? _____

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

2.2 Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)

Datum der Approbation _____ als

- Psychologischer Psychotherapeut
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer: _____, bei welcher KV? _____

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei KV _____

Geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit 2.4.2.2, 2.4.3.2 sowie 3.4.2.2 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV an, in welchem anerkannten Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben.

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - analytische Psychotherapie
 - Verhaltenstherapie
- bei Erwachsenen, bei Kindern und Jugendlichen, in Gruppen.

Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.98 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut:

ja nein

für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (!) analytische Psychotherapie,
 Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes:

Datum des Abschlusses:

....., den

.....
(Stempel und Unterschrift des Therapeuten)

- c) Im Hinweis 1 zu Absatz 1 Nummer 2 wird folgender Satz angefügt:

„Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung von erektiler Dysfunktion verordnet werden, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie auf Grund einer anderen Diagnose verordnet worden sind.“

- d) Hinweis 10 zu Absatz 1 Nummer 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel, für die ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt wurde, sind nur bis zur Höhe des Festbetrages beihilfefähig.“

- e) In der Leistungsbeschreibung der lfd. Nummer 12 des Hinweises 3 zu Absatz 1 Nummer 3 wird die Fußnote 2 gestrichen.

- f) Im Hinweis 2 Satz 3 zu Absatz 1 Nummer 4 wird das Wort „Bundesministerium“ durch das Wort „Bundesministeriums“ ersetzt.

- g) Im Hinweis 5.2 Satz 2 zu Absatz 1 Nummer 4 wird das Wort „Krankenkasse“ durch das Wort „Krankenkassen“ ersetzt.

- h) Der Hinweis 3 zu Absatz 1 Nummer 6 wird wie folgt neu gefasst:

„Erfolgt die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung noch nach den Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung, ist die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, durch den Pflegesatz nach der BpflV abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. Werden Krankenhausbehandlungen nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet, kann für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG), auf der Basis des des § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG, ein Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen, verrechnet werden; dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind. Entsprechende Kosten sind bis zu der vereinbarten Höhe für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts beihilfefähig. Die Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG ist auf der Internetseite des BMI veröffentlicht. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 13,00 Euro täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner stationären Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.“

- i) Die Hinweise zu Absatz 1 Nummer 13 werden wie folgt neu gefasst:
- 1 Die nach § 27 a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V bestimmten medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzung, Art und Umfang der ärztlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der Richtlinie für künstliche Befruchtung sind auch für den Bereich der Beihilfe bindend.
 - 2 Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind bis zu 50 vom Hundert der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie im homologen System durchgeführt werden und hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft herbeigeführt wird. Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und ggf. welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, fallen nicht unter die hälftige Kostenerstattung.
 - 3 Anspruch auf Leistungen der künstlichen Befruchtung besteht nur für weibliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben. Für männliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige besteht ein diesbezüglicher Anspruch von der Vollendung des 25. bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Die maßgebliche Altersgrenze für beide Partner muss in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus bzw. des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. Liegt nur bei einem die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.
 - 4 Nach Geburt eines Kindes besteht, sofern alle weiteren Voraussetzungen gegeben sind, erneut ein Anspruch auf Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung. Dies gilt auch, wenn eine sog. „klinische Schwangerschaft“ (z.B. Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, die zu einer Fehlgeburt führte.
 - 5 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. Außerdem sind Aufwendungen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, wie Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorher gehender Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind ebenfalls nicht beihilfefähig.
 - 6 Behandlungsmethoden, Begrenzung der Versuchszahlen und Indikationen:

- a) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzklus, gegebenenfalls nach Ovulationstimung ohne Polyvulation (drei oder mehr Follikel);

max. acht Versuche;

Indikationen: somatische Ursachen (z.B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastnose, Dyspareunie); gestörte Spermatozoen-Mukus-Interaktion; Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,

- b) intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation (drei oder mehr Follikel);

max. drei Versuche;

Indikationen: Subfertilität des Mannes; immunologisch bedingte Sterilität,

- c) In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), gegebenenfalls als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer);

max. drei Versuche;

Indikationen: Zustand nach Tubenamputation; anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss; anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind; Immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,

- d) Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT);

max. zwei Versuche;

Indikationen: anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose; idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind; Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach b) keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,

- e) Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI);

max. drei Versuche;

Indikationen: männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens 12 Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermas die Grenzwerte gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) – unterschreiten.

Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation als auch zum intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, dürfen die Maßnahmen nur alternativ durchgeführt werden. In-vitro-Fertilisation und Intracytoplasmatische Spermieninjektion dürfen aufgrund der differenzierten Indikationsausstellung ebenso nur alternativ angewandt werden.

Bei der In-vitro-Fertilisation gelten die Maßnahmen als vollständig durchgeführt, wenn die Eizellkultur angesetzt worden ist. Bei der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion gilt die Maßnahme dann als vollständig durchgeführt, wenn die Spermieninjektion in die Eizelle(n) erfolgt ist.

- 7 Bzgl. der Zuordnung der Kosten zu den jeweiligen Ehepartnern ist nach der Nr. 3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung zu verfahren. Die Vorlage eines Behandlungsplanes ist nicht Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen."

4. Im Hinweis 5 zu § 8 Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:

„Sofern die entstandenen Aufwendungen in pauschalen Tagessätzen abgerechnet werden, sind auch die Kosten des nicht behandlungsbedürftigen Kindes in voller Höhe beihilfefähig.“

5. Im Hinweis 5 Satz 2 zu § 9 Absatz 4 wird die Bezeichnung „§ 69a BSHG“ durch die Bezeichnung „§ 64 SGB XII“ ersetzt.

6. Im Hinweis 2 zu § 9a wird das Wort „seinem“ durch das Wort „einem“ ersetzt.

7. Die Hinweise zu § 12 werden wie folgt geändert:

- a) Hinweis 2 zu Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Nummer 1 ist der Apothekenabgabepreis bzw. der Festbetrag der jeweiligen Packung (Einheit) des verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies

gilt auch bei Mehrfachverordnungen bzw. bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg - auch für Arznei- und Verbandmittel aus Versandapotheken.“

- b) Im Hinweis 1 Satz 2 zu Absatz 2 wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:

„in dem die Aufwendungen entstanden sind.“

- c) Im Hinweis 2 wird Satz 2 wie folgt neu gefasst:

„Bei verheirateten Beihilfeberechtigten vermindert sich das Einkommen um 15 v.H. sowie für jedes berücksichtigungsfähige Kind - unabhängig vom Alter – um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 2 des Einkommensteuergesetzes (EStG) ergebenden Betrag.“

- d) Im Hinweis 4 zu Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Auf die alljährliche Einreichung des Nachweises über das Fortbestehen der chronischen Krankheit kann verzichtet werden, wenn es keine Anzeichen für einen Wegfall der chronischen Erkrankung gibt.“

8. Die Hinweise zu § 13 werden wie folgt geändert:

- a) Hinweis 4 zu Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden. Jedoch nur, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 7, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 medizinisch indiziert ist.“

- b) Im Hinweis 6 zu Absatz 1 wird nach Ausland folgender Klammerzusatz eingefügt:

„(außerhalb der Europäischen Union)“.

9. Im Hinweis zu § 15 Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Das beamtenrechtliche Sterbegeld nach § 18 Abs. 2 Nr. 2 BeamtVG bleibt hiervon unberührt.“

10. Im Hinweis 3 Satz 1 zu § 17 Absatz 1 und im Hinweis 2 Satz 1 und 3 zu § 17 Absatz 9 wird die Bezeichnung „§ 90 BSHG“ durch die Bezeichnung „§ 93 SGB XII“ sowie im Hinweis 3 Satz 1 zu § 17 Absatz 9 die Bezeichnung „§ 29 BSGH“ durch § 19 Abs.5 SGB XII ersetzt.

Im Formblatt 6 zu § 17 Absatz 1 ist die zweiten Zeile unter 4.2 zu streichen.

11. Die Hinweise zum Gebührenrecht – Anhang 1 zu Hinweis 8 zu § 5 Abs. 1 BhV werden wie folgt geändert:

- a) Im Hinweis 1.7.1 Nummer A 482 wird das Wort „ACE-Hemmer-Mangel“ ersetzt durch „AChE-Hemmer-Mangel“.
- b) Im Hinweis 1.7.1 Nummer A 795 wird der Begriff „EGK-“ durch den Begriff „EKG-“ ersetzt.
- c) Im Hinweis 1.7.1 Nummer A 1007 werden die Angaben „plus 4,57“ und „plus 1,66“ ersetzt durch die Angaben „plus 14,57“ und „plus 11,66“.
- d) Im Hinweis 1.7.1 Nummer A 3733 wird die Angabe „7,00“ ersetzt durch die Angabe „6,99“.
- e) Im Hinweis 1.7.1 Nummer A 3734 wird die Angabe „7,00“ ersetzt durch die Angabe „6,99“.
- f) Der Hinweis 1.7.1 wird um folgende Analogbewertung ergänzt:

- A 707 – Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie und Auswertung des Bildmaterials bei unklarer gastrointestinaler Blutung, nach vorausgegangener Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes
Voraussetzung für das Erbringen der Kapselendoskopie ist die Gebietsbezeichnung Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (zukünftig Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie).
Der Zeitaufwand für die Auswertung der Videodokumentation beträgt durchschnittlich zwei Stunden. Ist er im konkreten Fall deutlich niedriger oder deutlich höher, ist dies beim Ansatz des Steigerungsfaktors zu berücksichtigen.

Analog Nr. 684 GOÄ plus Nr. 687 GOÄ; Punktzahl 1200 plus 1500; Gebühr in Euro 69,94 plus 87,43

- g) Im Hinweis 2.2 werden folgende Sätze angefügt:

„ Alternativ hierzu können die Aufwendungen von Kompositfüllungen bzw. Füllungen in der Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik auch als analoge Bewertungen nach den Positionen 215 - 217 GOZ (vgl. Hinweis. 2.4) dem Grunde nach beihilfefähig anerkannt werden. Dabei wird ein Steigerungsfaktor von höchstens 1,5 als angemessen angesehen.“

h) Dem Hinweis 2.5.9 wird folgender neuer Satz angefügt:

„ Bei umfangreichen bzw. aufwändigen Maßnahmen ist eine beihilferechtliche Anerkennung nach den Vorgaben der Nr. 3 der Anlage 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 möglich.“

12. Das Heilkurortverzeichnis (Inland) – Anhang 2 zu § 8 Abs. 6 – wird wie folgt geändert:

a) Die Angaben zu „Aalen“ werden wie folgt gefasst:

„Aalen	73433 Aalen	Röthardt	Ort mit Heilstollen- Kurbetrieb“
--------	-------------	----------	-------------------------------------

b) Vor dem Ort „Andernach“ wird folgende Angabe eingefügt:

„Altenberg	01773 Altenberg	Altenberg	Kneippkurort“
------------	-----------------	-----------	---------------

c) Die Angaben zu „Berggießhübel“ werden wie folgt gefasst:

„Berggießhübel	01810 Bad Gottleubal- Berggießhübel	Berggießhübel	Kneippkurort“
----------------	--	---------------	---------------

d) Die Angaben zu „Brambach“ werden wie folgt gefasst:

„Brambach	08648 Bad Brambach	Bad Brambach	(Mineral-) Heilbad“
-----------	--------------------	--------------	---------------------

e) Die Angaben zu „Colberg“ werden wie folgt gefasst:

„Colberg- Heldburg	98663 Bad Colberg- Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heil- quellen Kurbetrieb“
-----------------------	--------------------------------	-------------	--------------------------------------

f) Die Angaben zu „Düben“ werden wie folgt gefasst:

„Düben	04849 Bad Düben	Bad Düben	(Moor-) Heilbad“
--------	-----------------	-----------	------------------

g) Die Angaben zu „Elster“ werden wie folgt gefasst:

„Elster	04645 Bad Elster	Bad Elster	(Mineral-und Moor-) Heilbad“
---------	------------------	------------	---------------------------------

h) Vor dem Ort „Fischen“ wird folgende Angabe eingefügt:

„Finsterbergen	99898 Finsterbergen	G	Heilklimatischer Kurort“
----------------	---------------------	---	--------------------------

i) Die Angaben zu „Frankenhausen“ werden wie folgt gefasst:

„Frankenhausen	06567 Bad Frankenhäuser	Bad Frankenhäuser	Heilbad“
----------------	-------------------------	-------------------	----------

j) Die Angaben zu „Gottleuba“ werden wie folgt gefasst:

„Gottleuba	01816 Bad Gottleuba-Berggießhübel	Bad Gottleuba	(Moor-) Heilbad“
------------	-----------------------------------	---------------	------------------

k) Die Angaben zu „Heiligenstadt“ werden wie folgt gefasst:

„Heiligenstadt	37308 Heiligenstadt	Heiligenstadt	Heilbad“
----------------	---------------------	---------------	----------

l) Die Angaben zu „Klosterlausnitz“ werden wie folgt gefasst:

„Klosterlausnitz	07639 Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	Heilbad“
------------------	---------------------------	---------------------	----------

m) Die Angaben zu „Langensalza“ werden wie folgt gefasst:

„Langensalza	99947 Bad Langensalza	Bad Langensalza	Heilbad“
--------------	-----------------------	-----------------	----------

n) Die Angaben zu „Lausick“ werden wie folgt gefasst:

„Lausick	04651 Bad Lausick	G	(Mineral-) Heilbad“
----------	-------------------	---	---------------------

o) Die Angaben zu „Liebenstein“ werden wie folgt gefasst:

„Liebenstein	36448 Bad Liebenstein	Bad Liebenstein	Heilbad“
--------------	-----------------------	-----------------	----------

p) Die Angaben zu „Lobenstein“ werden wie folgt gefasst:

„Lobenstein 07356 Lobenstein Lobenstein (Moor-) Heilbad“

q) Die Angaben zu „Muskau“ werden wie folgt gefasst:

„Muskau 02953 Bad Muskau G (Moor-) Heilbad“

r) Die Angaben zu „Salzungen“ werden wie folgt gefasst:

„Salzungen 36433 Bad Salzungen Bad Salzungen Heilbad“

s) Die Angaben zu „Schlema“ werden wie folgt gefasst:

„Schlema 08301 Bad Schlema G Heilbad“

t) Die Angaben zu „Stützerbach“ werden wie folgt gefasst:

„Stützerbach 98714 Stützerbach Stützerbach Kneippkurort“

u) Die Angaben zu „Sulza“ werden wie folgt gefasst:

„Sulza 99518 Bad Sulza Bad Sulza Sole-Heilbad“

v) Die Angaben zu „Tabarz“ werden wie folgt gefasst:

„Tabarz 99891 Tabarz G Kneippkurort“

w) Vor dem Ort „Tegernsee“ wird folgende Angabe eingefügt:

„Tecklenburg 49545 Tecklenburg Tecklenburg Kneippkurort“

x) Die Angaben zu „Tennstedt“ werden wie folgt gefasst:

„Tennstedt 99955 Bad Tennstedt G Heilbad“

y) Die Angaben zu „Wolkenstein“ werden wie folgt gefasst:

„Warmbad	09429 Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heil- quellenkurbetrieb“
----------	-------------------	---------	-------------------------------------

z) Die Angaben zu „Wiesa“ werden wie folgt gefasst:

„Wiesenbad	09488 Wiesa	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heil- quellenkurbetrieb“
------------	-------------	-------------------------	-------------------------------------