

2030.8.3-F

**Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Vollzug der Bayerischen Beihilfeverordnung
(Bayerische Beihilfevollzugsbekanntmachung – BayBhVBek)**

**Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen und für Heimat
vom 6. März 2023, Az. 25-P 1820-8/42**

(BayMBI. Nr. 133)

Zitiervorschlag: Bayerische Beihilfevollzugsbekanntmachung (BayBhVBek) vom 6. März 2023 (BayMBI. Nr. 133)

0. Hinweis zur Nummerierung und Gliederungsaufbau

¹Die nachfolgende Systematik der Nummerierung soll die Suche nach der passenden Bestimmung oder Erläuterung zu einem bestimmten Paragraphen der Bayerischen Beihilfeverordnung (BayBhV) erleichtern. ²Aus diesem Grund wurde auf eine fortlaufende Nummerierung verzichtet. ³Die Nummerierung entspricht der Paragraphenfolge der Bayerischen Beihilfeverordnung. ⁴Die erste Ziffer der Nummerierung bezieht sich auf den Paragraphen, die zweite Ziffer in der Regel auf den Absatz (zum Beispiel enthält die Nr. 1.1 Erläuterungen zu § 1 Abs. 1 BayBhV). ⁵Soweit allgemeine Hinweise zum jeweiligen Paragraphen erforderlich sind, werden diese mit der Ziffer „0“ an der zweiten Stelle der Nummerierung gesetzt und den Bestimmungen sowie Erläuterungen im Einzelnen vorangestellt (zum Beispiel Nr. 1.0.1 mit allgemeinen Hinweisen zu § 1 BayBhV). ⁶Ab der dritten Ziffer folgen fortlaufende Nummern. ⁷Bei Bestimmungen und Erläuterungen zu Paragraphen, die nicht in Absätzen untergliedert sind, beginnt die fortlaufende Nummerierung bereits bei der zweiten Ziffer. ⁸Paragraphen ohne Zitiernamen oder Abkürzung sind solche der Bayerischen Beihilfeverordnung.

1. Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

1.0.1

Diese Bekanntmachung gilt für Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter, Ruhestandsbeamtinnen und Ruhestandsbeamte, Richterinnen und Richter im Ruhestand, deren Hinterbliebene sowie Dienstanfängerinnen und Dienstanfänger des Freistaates Bayern.

1.0.2

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des Freistaates Bayern gilt diese Bekanntmachung entsprechend, sofern das Arbeitsverhältnis vor dem 1. Januar 2001 begründet wurde (Art. 144 Abs. 1 Satz 1 des Bayerischen Beamtengesetzes – BayBG).

1.0.3

Den Gemeinden und den sonstigen der Aufsicht des Freistaates Bayern unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts wird empfohlen, entsprechend dieser Bekanntmachung zu verfahren.

1.1

¹Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. ²Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die dem Beamten und seiner Familie gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird. ³Die Fürsorgepflicht verlangt jedoch keine lückenlose anteilige Erstattung jeglicher Aufwendungen (vergleiche Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 28. Mai 2008, BVerwG 2 C 24.07 und Urteil vom 20. Mai 2008, BVerwG 2 C 49.07).

1.2.1

¹Der Anspruch auf Beihilfe ist vererblich. ²Die Erbeneigenschaft ist bei der Antragstellung in geeigneter Weise, zum Beispiel durch die Vorlage eines Erbscheines (§§ 2365 bis 2367 des Bürgerlichen Gesetzbuchs – BGB), nachzuweisen. ³Auf die Vorlage eines Erbscheines kann verzichtet werden, wenn

a) der überlebende Ehegatte bzw. Lebenspartner (Lebenspartner und Lebenspartnerin im Sinne des § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes) oder

b) Kinder der verstorbenen Person

Beihilfeanträge stellen und die Überweisung der Beihilfe weiterhin auf das Bezügekonto der verstorbenen beihilfeberechtigten Person erfolgt. ⁴Satz 3 gilt nicht, wenn sich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die antragstellende Person nicht Erbe ist. ⁵Satz 3 gilt entsprechend bei einer Antragstellung durch Eltern oder Geschwister der verstorbenen beihilfeberechtigten Person, wenn eine Antragsstellung durch eine der in Satz 3 Buchst. a und b genannten Personen nicht möglich ist.

1.2.2

¹Hat das Nachlassgericht eine Nachlasspflegschaft (§ 1960 BGB) angeordnet, kann die Beihilfe auch auf das Konto der nachlasspflegenden Person gezahlt werden. ²Zu dessen Rechten gehört sowohl das Stellen von Beihilfeanträgen als auch das Entgegennehmen von Beihilfezahlungen.

1.2.3

Die Beihilfegewährung zu Aufwendungen der beihilfeberechtigten Person und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bis zum Todestag entstanden sind, erfolgt nach den am Tage vor dem Tod jeweils maßgebenden personenbezogenen Bemessungssätzen des Art. 96 Abs. 3 BayBG.

1.2.4

Bis zum Zeitpunkt des Todes einer beihilfeberechtigten Person sowie in Unkenntnis ihres Todes noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.

1.2.5

Hat die beihilfeberechtigte Person noch zu Lebzeiten einen Antrag auf Direktabrechnung mit Leistungserbringer im Sinne des § 48 Abs. 4 Satz 2 gestellt, ist auch in Fall des Todes der beihilfeberechtigten Person die zustehende Beihilfe an den im Antrag auf Direktabrechnung bezeichneten Leistungserbringer, zum Beispiel ein Krankenhaus, zu überweisen.

1.2.6

Mit den übersandten Belegen ist nach § 48 Abs. 3 zu verfahren.

2. Beihilfeberechtigte Personen

2.1.1

Die in § 2 Abs. 1 Nr. 3 genannten Personen sind, soweit sie Ansprüche nach § 2 Abs. 2 haben, bereits von dem Tage an selbst beihilfeberechtigt, an dem die beihilfeberechtigte Person stirbt.

2.1.2

Empfänger von Unterhaltsbeitrag auf Grund disziplinarrechtlicher Regelungen und von Gnadenunterhaltsbeiträgen sind nicht beihilfeberechtigt.

2.1.3

¹Wird während der Elternzeit die Tätigkeit im Beamtenverhältnis auf ein elternzeitunschädliches Maß reduziert, besteht der Beihilfeanspruch aufgrund des Anspruchs auf Teildienstbezüge unverändert fort.

²Entfällt während der Elternzeit der Anspruch auf Bezüge, besteht nach Art. 96 Abs. 1 Satz 2 BayBG ein gesonderter Anspruch auf Beihilfe. ³§ 5 Abs. 3 Satz 1 ist zu beachten.

2.1.4

¹Bei einer familienpolitischen Beurlaubung ist im Fall eines in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Ehegatten oder Lebenspartners bezüglich des Art. 89 Abs. 4 Satz 2 BayBG davon auszugehen, dass ein Zugang der beurlaubten Beamtin oder des beurlaubten Beamten zur Familienversicherung (§ 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) möglich ist. ²Besteht kein Anspruch auf Familienversicherung, hat die beurlaubte Beamtin oder der beurlaubte Beamte dies nachzuweisen.

2.2.1

Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen in Betracht Art. 38 Satz 2, Art. 83 bis 87 und Art. 44 Abs. 4 und 5 des Bayerischen Beamtenversorgungsgesetzes (BayBeamtVG) sowie Art. 10 des Bayerischen Besoldungsgesetzes (BayBesG).

2.2.2

¹Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Sonderurlaub ohne Bezüge nach § 13 Abs. 2 Satz 1 der Bayerischen Urlaubs- und Mutterschutzverordnung (UrlMV) von längstens einem Monat unberührt. ²Dauert der Sonderurlaub länger als einen Monat, entfällt der Beihilfeanspruch von Anbeginn der Beurlaubung.

2.2.3

Bezüglich des Beihilfeanspruchs des überlebenden Ehegatten bzw. des überlebenden Lebenspartners zählen Empfänger von Halbwaisengeld zum Kreis der berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

2.2.4

Steht dem überlebenden Ehegatten bzw. dem überlebenden Lebenspartner auf Grund einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst als Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer noch ein Beihilfeanspruch zu (vergleiche Art. 144 Abs. 1 Satz 1 BayBG), so sind die Aufwendungen der Halbwaisen abweichend von § 5 Abs. 2 nur aus dem beamtenrechtlichen Beihilfeanspruch des überlebenden Ehegatten bzw. des überlebenden Lebenspartners zu gewähren.

2.2.5

¹Wenn der überlebende Elternteil eines Kindes der verstorbenen Person nicht zum Bezug von Witwengeld oder Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner berechtigt ist und auch keinen Unterhaltsbeitrag in Höhe des Witwengeldes oder der Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner erhält, erhält das Kind Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen (vergleiche Art. 40 Abs. 2 BayBeamtVG). ²Das Kind hat in solchen Fällen einen eigenen Anspruch auf Beihilfe.

2.3.1

¹Beihilfeberechtigte erhalten als Mitglied bzw. ehemaliges Mitglied des Deutschen Bundestages nach § 27 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes (AbgG) einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der für Bundesbeamte geltenden Vorschriften. ²Unter den in § 27 Abs. 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird stattdessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt. ³Eine Beihilfegewährung nach der Bayerischen Beihilfeverordnung ist ausgeschlossen (§ 2 Abs. 2).

2.3.2

¹Werden Beamtinnen und Beamte sowie Richterinnen und Richter zu Mitgliedern des Bayerischen Landtags gewählt, ruht das Beamten- bzw. Richterverhältnis ohne Fortzahlung der Dienstbezüge (Art. 30 des Bayerischen Abgeordnetengesetzes – BayAbgG). ²Sie haben deshalb gemäß § 2 Abs. 2 keinen Anspruch auf Beihilfeleistungen aus dem ruhenden Dienstverhältnis, sondern Ansprüche nach Art. 20 BayAbgG. ³Ein Versorgungsempfänger bleibt als solcher beihilfeberechtigt nach § 2 Abs. 1 Nr. 2, 3, da ein

Anspruch nach Art. 20 BayAbgG nur besteht, soweit sich ein Beihilfeanspruch nicht aus anderen Vorschriften ergibt.⁴ Da es sich bei Art. 20 BayAbgG nicht um eine vorrangige Regelung handelt, ist auch § 5 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 5 Abs. 2 nicht einschlägig.

3. Berücksichtigungsfähige Angehörige

3.1.1

Bei dem Grunde nach berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, sind Art. 96 Abs. 1 Satz 3 BayBG und § 5 Abs. 3 zu beachten.

3.1.2

Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder.

3.1.3

Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Beihilfen demjenigen zu gewähren, bei dem die betreffende Person bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger war.

3.2.1

¹Solange der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gewährt wird, bleiben Kinder in der Beihilfe berücksichtigungsfähig; dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der auf die Kinder entfallende Teil des Familienzuschlags zurückgefordert wird. ²Sofern für diese Kinder ein eigenständiger Anspruch auf Beihilfe besteht, vergleiche Art. 96 Abs. 1 Satz 3 BayBG.

3.2.2

¹ Nr. 3.2.1 gilt entsprechend bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die nach Art. 144 Abs. 1 Satz 1 BayBG noch Anspruch auf Beihilfe haben, bezüglich der kinderbezogenen Entgeltbestandteile nach § 11 des Tarifvertrag zur Überleitung der Beschäftigten der Länder in den TV-L und zur Regelung des Übergangsrechts (TVÜ-Länder) oder § 8 des Tarifvertrags zur Überleitung der Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TVÜ-Ärzte) für Kinder, die bis 31. Dezember 2006 geboren wurden (§ 11 Abs. 3 Buchst. a TVÜ-Länder oder § 8 Abs. 3 TVÜ-Ärzte). ²Für Kinder, die nach dem 31. Dezember 2006 geboren wurden, gilt Satz 1 entsprechend, wenn bei einer Geburt vor dem 1. Januar 2007 ein Anspruch auf kinderbezogenen Entgeltbestandteile nach § 11 TVÜ-Länder oder § 8 TVÜ-Ärzte bestanden hätte.

3.2.3

Welchem Beihilfeberechtigten im Einzelfall die Beihilfe gewährt wird, ergibt sich aus § 5 Abs. 6.

3.3

Die nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 berücksichtigungsfähige Tochter eines Beihilfeberechtigten ist auch hinsichtlich der Geburt ihres Kindes berücksichtigungsfähig.

5. Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

5.2.1

¹Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne von § 5 Abs. 2 und 5 nicht ausgeschlossen. ²Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht.

Beispiel:

Eine als krankenversicherungspflichtige Angestellte im öffentlichen Dienst beschäftigte Witwengeldempfängerin hat bei einer Krankenhausbehandlung Wahlleistungen in Anspruch genommen. Aus dem Arbeitnehmerverhältnis, das vor dem 1. Januar 2001 begründet wurde, steht ihr insoweit keine Beihilfe zu, da sie in diesem Fall infolge der Verweisung auf Sachleistungen dem Grunde nach keine Beihilfeberechtigung als Arbeitnehmerin hat (§ 3 Abs. 1 Satz 1 Bh-TV, in der Fassung des Buchst. B des Rundschreibens des Bundesministeriums des Innern vom 17. Februar 1971, GMBI. S.111). Da somit keine vorgehende Beihilfeberechtigung vorliegt, steht ihr eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin zu.

5.2.2

¹Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger ist ausgeschlossen. ²Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen. ³Soweit die vorgehende Beihilfeberechtigung auf Grund einer Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer besteht, gelten die Ausführungen zu Abs. 5 sinngemäß.

5.2.3

¹Soweit in der privaten Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer ausüben, die vor dem 1. Januar 2001 begonnen wurde, und auf Grund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) oder keine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erlangen können, ist aus Fürsorgegründen § 5 Abs. 2 nicht anzuwenden. ²In diesen Fällen geht die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger vor und verdrängt die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.

5.3

¹Die Nrn. 5.2.1 bis 5.2.3 gelten entsprechend. ²Die Ausschlussregelungen des Art. 96 Abs. 1 Satz 1 und 3 BayBG, § 7 Abs. 4 Nr. 2 sind zu beachten.

5.5

¹Wird einem teilzeitbeschäftigten Ehegatten bzw. Lebenspartner eines Beamten der auf Grund des Art 144. Abs. 1 Satz 1 BayBG oder vergleichbarer tarifvertraglicher Regelungen zustehende Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, besteht Anspruch auf Beihilfe über den beamteten Ehegatten bzw. Lebenspartner, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen (zum Beispiel Art. 96 Abs. 1 Satz 1 BayBG, § 7 Abs. 4 Nr. 2) erfüllt sind. ²Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die auf Grund des Art. 144 Abs. 1 Satz 1 BayBG oder vergleichbarer tarifvertraglicher Regelungen zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (Art. 96 Abs. 2 Satz 4 BayBG). ³Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzungen der §§ 32 bis 39 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch des verbeamteten Ehegatten bzw. Lebenspartners.

5.6.1

Nr. 3.2.2 gilt entsprechend.

5.6.2

¹Ist das Elternpaar nicht beim gleichen Dienstherrn tätig, sind Vergleichsmittelungen über getroffene Bestimmungen auszutauschen. ²Dies gilt auch in den Fällen, in denen einer der Ehegatten Beihilfeleistungen nach den Beihilfebestimmungen des Bundes oder eines anderen Landes erhält.

6. Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen

6.1.1

¹Zu den vorrangigen Leistungen gehören Sachleistungen (zum Beispiel ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, belegärztliche Leistungen, Heilmittel, die auf Kranken- oder Behandlungsschein oder Chipkarte gewährt werden sowie kieferorthopädische Behandlung) einer

gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, zum Beispiel der Versorgungsverwaltung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG).²Dies gilt ferner zum Beispiel auch für Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen und Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. ³Ferner gehören dazu Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz, und zwar auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen des Leistungsberechtigten oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.

6.1.2

¹Festbeträge gelten als Sachleistung; darüber hinausgehende Aufwendungen sind nach Art. 96 Abs. 2 Satz 3 BayBG nicht beihilfefähig. ²Festbeträge können gebildet werden für

- a) Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
- b) Hilfsmittel (§ 36 SGB V).

³Als Festbeträge gelten auch

- a) die Vertragssätze nach § 33 Abs. 7 SGB V,
- b) der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V,
- c) der Zuschuss nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V sowie
- d) der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V.

6.1.3

¹Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seine Mutter oder seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vergleiche § 1615a in Verbindung mit § 1610 Abs. 2, §§ 1615 ff. BGB). ²Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 6 Abs. 1 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. ³Daher kann die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfen beansprucht.

6.1.4

¹Eine nach der BayBhV zustehende Beihilfe hat Vorrang vor den Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (§ 2 Abs. 1 SGB XII), auch wenn nach dem SGB XII vorgeleistet wird. ²Gleiches gilt gegenüber Leistungen aus dem Entschädigungsfond für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Abs. 1 des Pflichtversicherungsgesetzes (PflVG).

6.1.5

Zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen sind unter Anrechnung der Zuschüsse von Gesundheitssystemen anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union Beihilfeleistungen zu gewähren.

6.2.1

¹Die gemäß Art. 14 Abs. 1 BayBG auf den Freistaat Bayern übergehenden oder von der beihilfeberechtigten Person abgetretenen Schadensersatzansprüche werden durch das Landesamt für Finanzen – Dienststelle Regensburg – geltend gemacht (§ 3 Abs. 7 Vertretungsverordnung – VertrV). ²Die Beihilfefestsetzungsstellen haben die Dienststelle Regensburg über derartige Schadensfälle alsbald zu unterrichten.

6.2.2

Art. 14 BayBG erfasst sowohl Ansprüche der Beamtin bzw. des Beamten als auch Ansprüche von berücksichtigungsfähigen Angehörigen und Versorgungsempfängern.

6.2.3

¹Auch bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern kann gegen Abtretung der Schadenersatzansprüche nach Nr. 6.2.1 Satz 1 verfahren werden. ²Die Schadenersatzansprüche werden vom Landesamt für Finanzen – Dienststelle Ansbach – geltend gemacht (§ 3 Abs. 8 VertrV). ³Im Übrigen gilt Nr. 6.2.1 sinngemäß.

7. Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

7.1.1

¹Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen sind nur nach Maßgabe des § 41 beihilfefähig. ²Aufwendungen für andere vorbeugende Maßnahmen (zum Beispiel ungezielte umfassende Untersuchungen – sogenanntes Check-up) sind nicht beihilfefähig.

7.1.2

¹Bei Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen in Diagnosekliniken sind Fahrt- und Unterkunftskosten (§§ 26, 27) notwendig, wenn es sich um einen Problemfall handelt. ²Ein Problemfall liegt nur dann vor, wenn dies durch einen Arzt ausdrücklich bestätigt wird.

7.1.3

¹Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zugrunde zu legen sind. ²Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einzelsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. ³Der in der Gebührenordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu vergüten.

⁴Liquidationen, die neben der Abrechnung erbrachter ärztlicher Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte in Übereinstimmung mit der aktuellen Rechtslage auch die entsprechende Umsatzsteuer ausweisen, sind in vollem Umfang, das heißt einschließlich der Umsatzsteuer, beihilfefähig, zum Beispiel bei der Abrechnung von Leistungen selbständig tätiger Belegärztinnen und Belegärzte oder Laborärztinnen und Laborärzte.

7.1.4

¹Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 7 Abs. 1 Satz 2) sind die Gebühren nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte auch dann, wenn die Leistung von einer Ärztin oder Zahnärztin bzw. einem Arzt oder Zahnarzt oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (zum Beispiel einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet. ²Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten zum Beispiel die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. ³Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die auch für alle anderen Benutzer verbindlich sind. ⁴Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden.

7.1.5

¹Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen von Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Psychologischer Psychotherapeutinnen, Psychologischer Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind, vergleiche § 1 Abs. 2 Gebührenordnung für

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). ²Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Gebührennummern:

a) Nrn. 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95 aus Abschnitt B der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte,

b) Nrn. 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871 aus Abschnitt G der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte.

³Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach Nrn. 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren durch vertrauensärztliche Gutachter, sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsnummern nach Abschnitt G der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen beihilfefähig. ⁴Der analoge Ansatz von Nr. 860 sowie von Nr. 808 der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte zur Abgeltung und Erhebung der biographischen Anamnese sowie der Einleitung und Verlängerung von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen ist als beihilfefähig anzuerkennen.

7.1.6

¹Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nach § 7 Abs. 1 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Satz 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. ²Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

a) besonders schwierig war,

b) einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder

c) wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 3 GOZ; vergleiche zum Beispiel Nr. 2382 der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte, Nr. 6050 der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte). ³Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 30. Mai 1996 – 2 C 10/ 5 – ist ein Überschreiten dann gerechtfertigt, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen. ⁴Die Besonderheiten müssen allerdings bei der Behandlung des betreffenden Patienten, das heißt abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle auftreten. ⁵Die Besonderheiten eines angewendeten Verfahrens können alleine eine Überschreitung des Schwellenwertes nicht rechtfertigen (siehe auch OVG Lüneburg, Urteil vom 13. November 2012 – 5 LC 222/11).

7.1.7

¹Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. ²Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie die beihilfeberechtigte Person bitten, die Begründung durch die Ärztin oder Zahnärztin bzw. den Arzt oder Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung der beihilfeberechtigten Person veranlasst worden ist. ³Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist entsprechend § 48 Abs. 7 zu verfahren.

7.1.8

Ist die beihilfeberechtigte Person zivilgerichtlich rechtskräftig zur Begleichung der Honorarforderung einer Ärztin oder eines Arztes verurteilt, ist die Vergütung regelmäßig als angemessen im Sinne des Beihilferechts anzuerkennen (vergleiche BVerwG, Urteil vom 25. November 2004 – 2 C 30.03).

7.1.9

¹Nach § 2 Abs. 1 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ, § 3 GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). ²Eine Abdingung der Gebührenordnung für Ärzte insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig; eine Abdingung der Gebührenordnung für Zahnärzte ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ zulässig. ³Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen im Sinne der Bayerischen Beihilfeverordnung angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1, 3 GOÄ, § 5 Abs. 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend Nrn. 5 und 6 gerechtfertigt. ⁴Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der obersten Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das für Finanzen zuständige Staatsministerium, zugelassen werden.

7.1.10

Abrechnungen auf der Basis eines Nebenkostentarifs der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-NT) sind in voller Höhe beihilfefähig.

7.1.11

Zu den den besonderen gebührenrechtlichen Fragen wird auf die als Anhang 1 beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht verwiesen.

7.3

¹Die beihilferechtliche Berücksichtigung von Pauschalabrechnungen, die auf der Basis eines zwischen den in Satz 4 genannten Vertragspartnern geschlossenen Vereinbarung berechnet werden, bedürfen keiner weiteren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. ²Die Pauschalbeträge sind als beihilfefähig anzuerkennen, sofern in den Abrechnungsunterlagen in geeigneter Weise auf das private Krankenversicherungsunternehmen und die Vereinbarung Bezug genommen wird.

7.4.1 Einkommensgrenze nach Art. 96 Abs. 1 Satz 1 BayBG

7.4.1.1

Der im Jahr der Antragstellung maßgebende Gesamtbetrag der Einkünfte ist aus dem Einkommensteuerbescheid für das Bezugsjahr (zweites Kalenderjahr vor der Antragstellung) ersichtlich; Einkünfte aus Kapitalvermögen (§ 2 Abs. 2 EStG), die der Abgeltungsteuer unterliegen und im Steuerbescheid nicht aufgeführt sind, sind dem dort ausgewiesenen Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen.

7.4.1.2

Bei einem individuellen Ausschluss oder einer Aussteuerung von Versicherungsleistungen sind nur die Aufwendungen für die entsprechenden Leiden oder Krankheiten beihilfefähig.

7.4.1.3

¹Für die Beihilfefähigkeit ist nicht das Entstehen der Aufwendungen, sondern jeweils der Eingang des Beihilfeantrags bei der Beihilfestelle maßgebend. ²Dies bedeutet, dass es nicht auf das Entstehen der Aufwendungen, sondern auf die Geltendmachung des Beihilfeanspruchs ankommt, wobei die Antragsfrist nach Art. 96 Abs. 3a BayBG zu beachten ist.

7.4.1.4

¹Auf Grund einer Überschreitung der Einkommensgrenze nach Art. 96 Abs. 1 BayBG im Bezugsjahr können im übernächsten Kalenderjahr grundsätzlich keine Aufwendungen für den Ehegatten oder den

Lebenspartner (Lebenspartner und Lebenspartnerin im Sinne des § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes) mehr geltend gemacht werden. ²Abweichend von Satz 1 können im übernächsten Kalenderjahr noch zu den Aufwendungen aus dem vorangehenden Kalenderjahr Beihilfeleistungen gewährt werden, die wegen verspäteter Rechnungsstellung nicht rechtzeitig geltend gemacht werden konnten; der Ehegatte bzw. der Lebenspartner hat sich um eine rechtzeitige Ausstellung der Rechnung zu bemühen.

7.4.1.5

¹Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben auf dem Steuerbescheid können unkenntlich gemacht werden. ²Die Festsetzungsstelle kann an Stelle des Steuerbescheides andere Einkommensnachweise fordern oder zulassen, wenn die beihilfeberechtigte Person keinen Steuerbescheid vorlegen kann (zum Beispiel bei Nichtveranlagung) oder der Steuerbescheid nicht alle von § 2 Abs. 3 und 5a EStG erfassten Einkünfte abbildet (zum Beispiel Pauschalsteuer auf Zinseinkünfte).

7.5

Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, ist der obersten Dienstbehörde zu berichten.

8. Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen und Heilpraktikerleistungen

8.1

¹Legasthenie ist keine Erkrankung im Sinne des § 8. ²Aufwendungen für eine derartige Behandlung sind daher nicht beihilfefähig.

8.2

¹Für die Prüfung, ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ist die Kenntnis der Diagnose erforderlich. ²Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung können die Aufwendungen nicht geprüft werden. ³Der antragstellenden Person ist Gelegenheit zu geben, die fehlenden Angaben beizubringen.

8.3

¹Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose erforderlich bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen. ²Bei implantologischen Leistungen ist die Angabe der Diagnose nur bei den in § 17 Satz 1 genannten Fällen erforderlich; ist keine Diagnose angegeben, ist davon auszugehen, dass die genannten besonderen Voraussetzungen nicht vorliegen.

8.4

Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig.

8.5

Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne beihilfefähig.

9. Allgemeine Abrechnungsgrundlagen für psychotherapeutische Leistungen

9.2.1

¹Die Festsetzungsstelle erteilt Aufträge für Gutachten (§ 9 Abs. 2 Satz 3) mit den Formblättern 1 und 2 (siehe Nr. 9.2.6, Anhang 4). ²Die vertrauliche Liste von Personen, die Gutachten erstellen, kann im passwortgeschützten Bereich auf der Internetseite des Bundesverwaltungsamts (<https://www.bva.bund.de>) unter der Rubrik „Services“, „Bundesbedienstete“, „Gesundheit und Vorsorge“, „Beihilfe“, „Gutachterliste“ abgerufen werden. ³Die Anforderung eines Gutachtens hat in pseudonymisierter Form zu erfolgen. ⁴Die Festsetzungsstelle vergibt hierzu einen von ihr festgelegten Pseudonymisierungscode. ⁵Bei Erst- und Zweitgutachten ist derselbe Pseudonymisierungscode zu verwenden. ⁶Im Hinblick auf Art. 35 Satz 1, Art. 41

Abs. 1 des Bayerischen Verwaltungsverfahrensgesetzes (BayVwVfG) ist hierbei sicherzustellen, dass das erstellte Gutachten eindeutig einem Beihilfeanspruch zugeordnet werden kann.

9.2.1.1

¹Zur Einleitung eines Gutachterverfahrens hat die beihilfeberechtigte Person der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 („Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“) ausgefüllt vorzulegen.

²Außerdem hat sie (oder die Patientin bzw. der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf Formblatt 2 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.

9.2.1.2

Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne des § 9 Abs. 6 sollen zusätzlich mit Formblatt 3 (siehe Nr. 9.2.6, Anhang 4) den erforderlichen ärztlichen Konsiliarbericht zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vergleiche § 1 Abs. 3 Satz 2 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG) einholen.

9.2.1.3

¹Die Therapeutin bzw. der Therapeut hat das ausgefüllte Formblatt 2 und gegebenenfalls das Formblatt 3 in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Person, die das Gutachten erstellt, zu übermitteln. ²Der Eingang der ausgefüllten Formblätter gilt als Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

9.2.1.4

Nach Erhalt aller Unterlagen gibt die Festsetzungsstelle mittels des Formblatts 4 (siehe Nr. 9.2.6, Anhang 4) ein Gutachten nach Formblatt 5 (siehe Nr. 9.2.6, Anhang 4) in Auftrag und leitet der Person, die das Gutachten erstellt, zugleich folgende Unterlagen zu:

- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten ungeöffneten Umschlag der Therapeutin bzw. des Therapeuten,
- b) das ausgefüllte Formblatt 1 (in Kopie, ohne die Seite 4 – Schweigepflichtentbindung der Patientin bzw. des Patienten –, sofern dieser nicht bereits vom Therapeuten entnommen wurde),
- c) Formblatt 5 in dreifacher Ausfertigung,
- d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

9.2.1.5

¹Die Person, die das Gutachten erstellt, übermittelt die Stellungnahme nach Formblatt 5 („Psychotherapie Gutachten“) – in zweifacher Ausfertigung – in einem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. ²Diese leitet eine Ausfertigung des „Psychotherapie-Gutachtens“ an die Therapeutin bzw. den Therapeuten weiter.

9.2.1.6

Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der beihilfeberechtigten Person einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach Formblatt 6 (siehe Nr. 9.2.6, Anhang 4).

9.2.2

¹Legt die beihilfeberechtigte Person gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Zweitgutachten einholen. ²Ein Zweitgutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer gutachtlichen Stellungnahme abgelehnt wurde, weil die Therapeutin bzw. der Therapeut die in § 11 Abs. 5 bis 8, § 12 Abs. 3 bis 6 und § 12a Abs. 3 und 4 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

9.2.2.1

Zur Einleitung eines Zweitgutachterverfahrens hat die beihilfeberechtigte Person (oder die Patientin bzw. der Patient) die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, den „Erstbericht“ an die Person, die das Gutachten erstellt hat, auf Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle sowie des Gutachtens eingegangen werden sollte.

9.2.2.2

Die Therapeutin bzw. der Therapeut soll den ergänzten Bericht sowie alle bisherigen Unterlagen zum vorherigen Gutachten – unter Wahrung der Vorgaben der Nr. 9.2.1 Satz 3 ff. – in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Person, die das zweite Gutachten erstellt, übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag oder das Ersuchen der beihilfeberechtigten Person oder der Patientin bzw. des Patienten.

9.2.2.3

¹Nach Erhalt der Unterlagen gibt die Festsetzungsstelle ein Zweitgutachten in Auftrag und leitet hierzu der Person, die das Zweitgutachten erstellen soll, zugleich folgende Unterlagen zu:

- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten ungeöffneten Umschlag der Therapeutin bzw. des Therapeuten,
- b) Psychotherapie-Gutachten (Erstgutachten) in Kopie,
- c) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

²Bezüglich der Person, die das Zweitgutachten erstellen soll, vergleiche Nr. 9.2.1 Satz 2.

³Zudem sollte die Person, die das Erstgutachten erstellt hat und die psychotherapeutische Behandlung ablehnte, nicht gleichzeitig die Person sein, die das Zweitgutachten erstellen soll. ⁴Es ist eine andere Person für das Zweitgutachten einzuschalten.

9.2.2.4

Die Person, die das Zweitgutachten erstellt, übermittelt die Stellungnahme in einem Freiumschlag der Festsetzungsstelle.

9.2.2.5

Auf Grundlage der (zweit-)gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der beihilfeberechtigten Person einen Abhilfe- oder Widerspruchsbescheid.

9.2.3

¹Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (§ 11 Abs. 1, § 12 Abs. 1 und § 12a Abs. 1) leitet die Festsetzungsstelle den von der Therapeutin bzw. vom Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2) mit einem Freiumschlag der Person, die das Erstgutachten erstellt hat, zu. ²Dabei ist das Formblatt 5 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. ³Im Übrigen gelten die Nrn. 9.2.1.5 bis 9.2.2.5 entsprechend.

9.2.4

¹Um eine Konzentration auf einzelne Personen, die Gutachten erstellen, zu vermeiden, sind die Anträge zur gutachterlichen Stellungnahme von der Festsetzungsstelle im Rotationsverfahren zu vergeben. ²Die Kosten des Gutachtens in Höhe von 50 € und des Zweitgutachtens in Höhe von 85 € jeweils zuzüglich gesetzlicher Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, trägt die Festsetzungsstelle (Beihilfetitel).

9.2.5

¹Die Festsetzungsstelle kann von dem beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahren nach § 9 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 absehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der beihilfeberechtigten Person (oder der Patientin bzw. des Patienten) bereits eine Leistungszusage auf Grund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation der Therapeutin bzw. des Therapeuten ergeben. ²Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach §§ 11 und 12.

9.2.6

Die im Rahmen des Gutachterverfahrens anzuwendenden Formblätter 1 bis 6 werden im Anhang 4 (vergleiche Nr. 48.1.3) herausgegeben.

9.3

¹Bei Akutbehandlungen, die von Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne des Abs. 6 durchgeführt werden, ist die Vorlage eines Konsiliarberichts nicht erforderlich. ²Erst bei einem Übergang in eine übliche Langzeittherapie ist im Rahmen des dann erforderlichen Gutachterverfahrens (vergleiche Satz 2) auch die Vorlage eines Konsiliarberichts erforderlich.

11. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

11.2.1

¹Bei einer Kurzzeittherapie, die von Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne des Abs. 6 durchgeführt werden, ist die Vorlage eines Konsiliarberichts nicht erforderlich. ²Erst bei einem Übergang in eine übliche Langzeittherapie ist im Rahmen des dann erforderlichen Gutachterverfahrens (vergleiche Satz 4) auch die Vorlage eines Konsiliarberichts erforderlich.

11.2.2

Beim Wechsel der Kurzzeittherapie in eine genehmigungspflichtige Langzeittherapie sind erneute probatorische Sitzungen nicht beihilfefähig.

11.2.3

Soweit im Rahmen einer Kurzzeittherapie auch Bezugspersonen einzubeziehen sind, gelten Abs. 3, § 12 Abs. 2 und Nr. 11.3 sinngemäß mit der Maßgabe, dass über die medizinische Notwendigkeit die Therapeutin oder der Therapeut eigenverantwortlich entscheidet.

11.3

Ist im Fall der Nr. 1 für die Einbeziehung von Bezugspersonen eine höhere Anzahl als ein Viertel der vorgesehenen Sitzungen für eine Einzelbehandlung oder die Hälfte der vorgesehenen Sitzungen für eine Gruppenbehandlung erforderlich, so werden die über die in Nr. 1 hinausgehenden Sitzungen auf die Sitzungen für Einzel- oder Gruppenbehandlung nach Abs. 1 Satz 1 angerechnet.

12. Verhaltenstherapie

12.2

Die Nrn. 11.2.1 bis 11.2.3 gelten entsprechend.

12a. Systemische Therapie

Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind unter analogem Ansatz (§ 6 Abs. 2 GOÄ) der Nr. 870 der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig.

14. Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen

Aufwendungen für Material- und Labor- sowie Praxiskosten sind durch eine § 10 Abs. 2 Nr. 5 und 6 GOZ entsprechende Rechnung der Zahnärztin, des Zahnarztes oder des Dentallabors nachzuweisen.

15. Kieferorthopädische Leistungen

15.1

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind unabhängig von den angewandten Methoden oder den verwendeten Therapiegeräten nur beihilfefähig, wenn vor Behandlungsbeginn zum Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird und die geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf Dauer zur Heilung oder Linderung oder beides geeignet sind.

15.2

Bezüglich der Beihilfefähigkeit von Heil- und Kostenplänen bei kieferorthopädischer Behandlung vergleiche Nr. 8.4.

15.3

¹Maßnahmen nach den Nrn. 6030 bis 6050 sowie 6060 bis 6090 der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Einstellung in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Methoden oder den verwendeten Therapiegeräten (vergleiche BVerwG, Urteil vom 5. März 2021 – 5 C 8.19 –). ²Sofern eine aktive kieferorthopädische Weiterbehandlung (Maßnahmen nach Nrn. 6030 bis 6050 oder 6060 bis 6090 der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte) über den bis zu vierjährigen Zeitraum hinaus medizinisch erforderlich wird, ist die Vorlage eines neuen Heil- und Kostenplans erforderlich. ³Dieser ist im letzten Quartal vor Ablauf der vierjährigen Behandlung, das heißt im 16. Behandlungsquartal, vorzulegen. ⁴Kieferorthopädische Leistungen, die nach dem 16. Behandlungsquartal durchgeführt werden, sind nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit, gegebenenfalls nach fachzahnärztlicher Begutachtung, vorher anerkannt hat. ⁵Entsprechendes gilt für erforderliche Zweitbehandlungen.

15.4

Erfolgt die aktiven Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Regelbehandlungszeit von bis zu vier Jahren und sind anschließend ausschließlich Retentionsmaßnahmen nach Nr. 6210 der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte oder Begleitleistungen nach Nrn. 6180 bis 6230 der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte medizinisch notwendig, ist kein neuer Heil- und Kostenplan erforderlich.

15.5

Eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung bleibt einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Verlängerung auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin beihilfefähig.

15.6

¹Maßnahmen nach den Nrn. 6190, 6200 und 6240 der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte können auch unabhängig von einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sein. ²Diese Leistungen sind auch ohne Vorlage eines Heil- und Kostenplans dem Grunde nach beihilfefähig.

16. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

¹Bezüglich der Frage, ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, vergleiche Nr. 8.2. ²Die Aufwendungen für Nrn. 8000 ff. der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte sind in Zusammenhang mit umfangreichen kieferorthopädischen Maßnahmen (vergleiche § 16 Satz 1 Nr. 4) nur beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des § 15 vorliegen. ³Der erforderliche Befund nach § 16 Satz 3 kann durch Vorlage des ausgefüllten Beiblatts zum Klinischen Funktionsstatus, abrufbar unter https://www.dgfdt.de/richtlinien_formulare, belegt werden.

17. Implantologische Leistungen

17.1

Bezüglich der Frage, ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, vergleiche Nr. 8.2.

17.2

Vom Begriff der implantologischen Leistungen werden neben den Leistungen nach Abschnitt K der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte auch Aufwendungen für gegebenenfalls erforderliche vorbereitende operative Maßnahmen (zum Beispiel Knochenaufbau) nach der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte erfasst.

17.3

Es ist davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, sofern die beihilfeberechtigte Person nicht in geeigneter Weise, zum Beispiel durch Beihilfebescheide oder Rechnungen, eine Finanzierung ohne Leistungen eines Dienstherrn oder öffentlichen Arbeitgebers glaubhaft machen kann (BVerwG, Urteil vom 28. Mai 2008 – 2 C 12.07).

17.4

Die Beihilfegewährung zu Aufwendungen für den Austausch von Sekundärteilen erfolgt sinngemäß nach § 17 Satz 1 bis 3, 5.

18. Arznei-, Verbandmittel und vergleichbare Medizinprodukte

18.1

¹Von § 18 erfasst werden nur Medizinprodukte im Sinne des § 3 Nr. 1 Buchst. d und Nrn. 2, 3, 5, des Medizinproduktegesetzes (MPG) in der am 25. Mai 2021 geltenden Fassung. ²Aufwendungen für die in § 18 Satz 1 Nr. 1 bis 4 genannte Präparate und Produkte, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der Ärztin, Zahnärztin oder Heilpraktikerin bzw. des Arztes, Zahnarztes oder Heilpraktikers erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. ³Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.

18.2

¹Aufwendungen für Geriatrika und Stärkungsmittel sind nicht beihilfefähig. ²Beihilfefähig sind die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (zum Beispiel D-Fluoretten, Vigantoletten) bei Säuglingen und Kleinkindern.

18.3

Aufwendungen für Notfallkontrazeptiva sind bei der in § 18 Satz 2 genannten Personengruppe bei entsprechender ärztlicher Verordnung beihilfefähig.

18.4

¹Zu den Mitteln, die nach § 18 Satz 4 Nr. 1 geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, gehören zum Beispiel Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwässer, medizinische Körperpflegemittel, Nahrungsergänzungsmittel. ²In Ausnahmefällen sind Aufwendungen für zur enteralen Ernährung (Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung) beihilfefähig, wenn diese auf Grund einer ärztlichen Verordnung notwendig sind bei

a) Ahornsirupkrankheit,

b) AIDS-assoziierten Diarrhöen,

- c) angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel,
- d) angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
- e) Colitis ulcerosa,
- f) Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
- g) erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme, insbesondere bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (zum Beispiel Mundboden- und Zungenkarzinom),
- h) Kurzdarmsyndrom,
- i) Morbus Crohn,
- j) Mukoviszidose,
- k) Multiplen Nahrungsmittelallergien,
- l) Niereninsuffizienz,
- m) Phenylketonurie,
- n) postoperativer Nachsorge,
- o) Tumorthapien (auch nach der Behandlung).

18.5

¹Aufwendungen für Elementardiäten für Säuglinge (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr) mit Kuhmilchweißallergie sind abweichend von § 18 Satz 4 Nr. 1 beihilfefähig. ²Die Beihilfefähigkeit nach Satz 1 gilt ferner für einen Zeitraum von einem halben Jahr bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.

19. Heilbehandlungen

19.1.1

¹Die in § 19 Abs. 1 genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes oder eine akademische Ausbildung besteht. ²Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagoginnen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.

19.1.2

¹Zu den staatlich anerkannten Sprachtherapeutinnen oder staatlich anerkannten Sprachtherapeuten (§ 19 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 Buchst. b) gehören auch Sprachtherapeutinnen oder Sprachtherapeuten mit Bachelor- oder Masterabschluss. ²Zu den medizinischen Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen (§ 19 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 Buchst. d) gehören auch Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen nach § 19 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 Buchst. g Doppelbuchst. aa.

19.1.3

¹Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für die in Anlage 3 genannten Heilbehandlungen. ²Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilbehandlungen, die weder in Anlage 3 aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde.

19.1.4

Werden im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung oder stationären Rehabilitationsmaßnahme Aufwendungen für Heilbehandlungen gesondert in Rechnung gestellt, sind diese nach den Vorgaben des § 19 sowie der Anlage 3 beihilfefähig.

19.2.1

¹Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung.

²Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärztinnen bzw. Ärzte reicht nicht aus. ³Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

19.2.2

¹Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- a) krankengymnastische Einzeltherapie
- b) physikalische Therapie nach Bedarf und
- c) medizinisches Aufbautraining,

²Bei Bedarf können dies Leistungen nach Satz 1 um folgende zusätzliche Leistungen ergänzt werden:

- a) Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage,
- b) Isokinetik,
- c) Unterwassermassage.

19.2.3

Die durchgeführten Leistungen sind durch die Patientin bzw. den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.

19.2.4

Die in Nr. 19.2.2 Satz 2 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach Nr. 15 des Leistungsverzeichnisses der Anlage 3 abgegolten.

19.3

Nach der Leistungsbeschreibung der Nr. 16 der Anlage 3 gilt als Krankheitsfall der Zeitraum eines Kalenderhalbjahres.

19a. Neuropsychologische Therapie

19a.1

Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie geistiger (kognitiver) und seelischer (emotional-affektiver) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biographischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen

Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (zum Beispiel Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit des oder der Hirngeschädigten oder Hirnkranken).

19a.3

¹Da in der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte für die Abrechnung der ambulanten neuropsychologischen Therapie keine eigenständige Gebührenziffer enthalten ist, ist eine Abrechnung nur unter der Bildung analoger Gebühren möglich (§ 6 Abs. 2 GOÄ). ²Hierfür kommen insbesondere die Nrn. 849, 860, 870, 871 der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte in Betracht. ³Aufwendungen für eine Behandlungseinheit als Einzelbehandlung sind bis zur Höhe des Betrages entsprechend der Nr. 870 der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig.

20. Komplextherapien

20.1

¹Zu den Komplextherapien gehören unter anderem Asthmaschulungen, COPD-Schulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitustherapien (Pauschalabrechnung), ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen, Adipositaschulungen, Neurodermitisschulungen. ²Die integrierte Versorgung ermöglicht eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (zum Beispiel Krankenhäuser, ambulante ärztliche Versorgung, Heilbehandlungen nach der Anlage 3).

20.2

Nicht zu den Komplextherapien zählen unter anderem die psychiatrische Krankenpflege.

20.3

Die im Rahmen einer interdisziplinären Frühförderung durchgeführten Eingangs-, Quartalsuntersuchungen und Teamgespräche gelten als eigenständige Komplexleistung.

21. Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke

21.1.1

¹Die Anlage 4 enthält Oberbegriffe von Hilfsmitteln, die mehrere Ausführungen erfassen können.

²Angesichts der Vielzahl von Produkten und deren zum Teil herstellerspezifischen Bezeichnungen muss in jedem Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob ein Hilfsmittel unter einen der Oberbegriffe der Anlagen 4 subsumiert werden kann. ³Zur innerdienstlichen Orientierungs- und Entscheidungshilfe kann auf ein vom Ministerium der Finanzen Rheinland-Pfalz zur Verfügung gestelltes internes Hilfsmittelverzeichnis (<https://fm.rlp.de/de/themen/verwaltung/finanzielles-dienstrecht/beihilfe/hilfsmittelverzeichnis/>) zurückgegriffen werden. ⁴Maßgebliche Rechtsgrundlage für die Beihilfefestsetzung sind jedoch die in § 21 enthaltenen Vorgaben.

21.1.2

Die in der Anlage 4 genannten Kompressionsstrümpfe/-strumpfhosen erfassen auch medizinische Kompressionswadenstrümpfe, -(halb)schenkelstrümpfe, -stumpfstrümpfe, -armstrümpfe sowie Narbenkompressionsbandagen, Ein- und Mehrkammergeräte und Befestigungshilfen (zum Beispiel Hautkleber, Strumpfhaltersysteme, Leibteile, Leibgurte).

21.1.3

Die Aufwendungen für ärztlich in Schriftform verordnete Windeln sind bei bestehender Inkontinenz beihilfefähig.

21.1.4

Der Vergleich der Kosten von Miete und Anschaffung soll in der Regel auf Grundlage des ärztlich verordneten zeitlichen Rahmens der Behandlung erfolgen.

21.4

Die Begriffe Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke erfassen auch die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände.

22. Aufwendungen für Sehhilfen, sonstige visusverbessernde Maßnahmen

22.5

Die in Abs. 5 genannte Frist für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe bei unveränderten Sehwerten bezieht sich auf die jeweils erforderliche Ausführungsart der erneut anzuschaffenden Sehhilfe.

22.7

Die Aufwendungen für therapeutische Sehhilfen sind bei Vorliegen der in § 17 der Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen beihilfefähig.

24. Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

24.1.1

¹Die Häusliche Krankenpflege erfasst die Bereiche

- a) Grundpflege mit den Teilbereichen Mobilität und Motorik (zum Beispiel Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (zum Beispiel Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme,
- b) hauswirtschaftliche Versorgung (insbesondere Einkaufen, Besorgung von Arzneimitteln, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Müllentsorgung, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, das Beheizen),
- c) Behandlungspflege (insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen, Beatmungspflege, Blasenspülung, Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Dekubitusbehandlung).

²Die ärztliche Bescheinigung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.

24.1.2

¹Häusliche Krankenpflege wird im Haushalt der beihilfeberechtigten Person oder deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder sonstigen Personen erbracht. ²Ferner sind Leistungen der Krankenpflege beihilfefähig, die an sonstigen Orten, an denen sich die erkrankte Person regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen die verordneten Maßnahmen erbracht werden können, wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. ³Orte im Sinne des Satzes 2 sind insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten.

24.1.3

¹Beihilfefähig sind Aufwendungen bis zu den von der AOK Bayern mit den Leistungserbringern vereinbarten Vergütungen. ²Bis zu dieser Höhe können auch die Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte oder eine von einer Ärztin bzw. einem Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft berücksichtigt werden. ³Erfolgt die Krankenpflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend zu mindern.

24.1.4

¹Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem Alten- bzw. Seniorenwohnheim nicht wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten

berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft beihilfefähig. ²Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

24.1.5

Als Aufgabe einer Beschäftigung gilt auch die vorübergehende Beurlaubung ohne Entgelt.

24a. Soziotherapie

24a.1.1

¹Der soziotherapeutische Leistungserbringer koordiniert die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen und verordneter Leistungen für die zu behandelnde Person gemäß einem zu erstellenden soziotherapeutischen Betreuungsplan. ²Dies umfasst sowohl aktive Hilfe und Begleitung als auch Anleitung zur Selbsthilfe.

³Dabei soll der soziotherapeutische Leistungserbringer die zu behandelnde Person zur Selbstständigkeit anleiten und sie so von der soziotherapeutischen Betreuung unabhängig machen.

24a.1.2

Aus der Verordnung muss die jeweilige Diagnose nach § 24a Abs. 1 Satz 3 erkennbar sein.

24a.2.1

Als Krankheitsfall gilt eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit bei einer der in § 24a Abs. 1 Satz 3 genannten Indikationen von bis zu drei Jahren.

24a.2.2

¹Soziotherapie kann in Absprache von Arzt und Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden. ²Dabei kann die Gruppengröße je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu zwölf Teilnehmer umfassen. ³Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten.

24a.3

Beihilfefähig sind Aufwendungen bis zu den von der AOK Bayern mit den Leistungserbringern vereinbarten Vergütungen.

25. Familien- und Haushaltshilfe

25.1.1

¹Der Umfang der Tätigkeit einer Familien- und Haushaltshilfe wird durch ärztliche Verordnung festgelegt.

²Fahrtkosten der Ersatzkraft sind nur von der nächstgelegenen Einrichtung beihilfefähig.

25.1.2

¹Die Voraussetzungen des § 25 Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die den Haushalt führende Person aufgrund einer ärztlichen Bescheinigung als notwendige Begleitung einer beihilfeberechtigten Person oder einer berücksichtigungsfähigen Person zu einer beihilfefähigen stationären Maßnahme als Begleitperson in das Krankenhaus mit aufgenommen wird. ²Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind insbesondere dann beihilfefähig, wenn die den Haushalt führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung des wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. ³Dies gilt ferner auch für Nrn. 28.1.5.1 und 28.1.5.2 Satz 1.

25.2

Die Nr. 25.1.1 gilt entsprechend.

25.3

¹Zu den Kosten der üblichen Haushaltsführung und Kinderbetreuung im Sinne des § 25 Abs. 3 Satz 1 zählen unter anderem Aufwendungen der Unterbringung von Kindern in Kindertagesstätten, Kindergärten, bei sonstigen Personen, die gegen Entgelt die Betreuung von Kindern übernehmen (Tagesmütter) sowie für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im hauswirtschaftlichen Bereich (zum Beispiel durch Zugehpersonal oder sonstige Dienstleister). ²Als Teil der allgemeinen Lebenshaltungskosten sind diese Kosten aus den Bezügen zu bestreiten.

25.5

Beihilfefähig sind Aufwendungen bis zu den von der AOK Bayern mit den Leistungserbringern vereinbarten Vergütungen.

26. Fahrkosten

26.1

¹Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. ²Abweichend von Satz 1 können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten der Eltern zum Besuch seines im Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach ärmtlicher oder vertrauensärztlicher Feststellung oder nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. ³§ 26 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.

26.2

¹Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung sind in besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig. ²Diese Fahrten bedürfen dem Grunde nach der vorherigen Genehmigung der Festsetzungsstelle. ³Die Genehmigung der Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen von beihilfeberechtigten Personen oder deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gilt als erteilt bei

- a) Schwerbehinderten, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung); „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegen,
- b) Nachweis der Pflegegrade 3 und 4,
- c) Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie, onkologischen Chemotherapie.
- d) Fahrten zur ambulanten Rehabilitation, sofern die Art der Erkrankung keinen Krankentransport erfordert (§ 26 Satz 1 Nr. 3) und die Fahrtkosten nicht bereits in den Kosten der Rehabilitationseinrichtung enthalten sind.

26.3

Aufwendungen für ein Taxi sind nur dann als beihilfefähig zu berücksichtigen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzt werden können.

26.4

¹Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort der beihilfeberechtigten Person oder deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen und der nächst gelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden; dies gilt entsprechend für die Rückfahrt. ²Nächstgelegene geeignete Behandlungsmöglichkeit muss nicht zwangsläufig das nächstgelegene Krankenhaus sein.

26.5

Bei Fahrten anlässlich Untersuchungen in Diagnosekliniken ist Nr. 7.1.2 zu beachten.

26.6

Transportkosten, die im Rahmen einer Eigenblutspende anfallen, sind bis zur nächstgelegenen objektiv geeigneten Behandlungseinrichtung und nur bis zur Höhe des in § 26 Satz 3 bestimmten Betrages beihilfefähig.

27. Auswärtige ambulante Behandlungen

Bei auswärtigen Übernachtungen anlässlich Untersuchungen in Diagnosekliniken ist die Nr. 7.1.2 zu beachten.

28. Krankenhausleistungen

28.1.1

¹Voraussetzung für die Durchführung stationsäquivalenter Behandlung ist eine bestehende Indikation für eine stationäre Behandlung. ²Eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst eine komplexe, aufsuchende, zeitlich begrenzte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team im Lebensumfeld der zu behandelnden Person, wobei auch Teilleistungen genutzt werden können, die in der Klinik erbracht werden. ³Das multiprofessionelle Team umfasst psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte (mit Sicherstellung des Facharztstandards für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Nervenheilkunde) und der Gesundheits- und Krankenhauspflege sowie zumindest einer der folgenden Berufe: Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter, Psychologinnen oder Psychologen, Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und oder Bewegungstherapeuten oder anderen Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten.

28.1.2

¹Bei Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind bezüglich des Beihilfeanspruches und des Bemessungssatzes grundsätzlich die Verhältnisse am ersten Tag des Aufenthaltes maßgebend. ²Treten während des stationären Aufenthaltes Veränderungen ein, die Auswirkungen auf die Art und den Umfang des Beihilfeanspruchs haben, ist abweichend von Satz 1 eine tagesanteilige Abrechnung vorzunehmen; der Entlassungstag ist hierbei nicht einzubeziehen.

28.1.3

¹Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen. ²Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 % dieser Wahlleistung der jeweiligen Fachabteilung als Zweibettzimmerzuschlag beihilfefähig; Art. 96 Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 BayBG gilt entsprechend.

28.1.4

Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Fachabteilung als beihilfefähig anerkannt, das auf Grund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.

28.1.5

Bei der Bewertung der Unterbringungskosten von Begleitpersonen ist wie folgt zu differenzieren:

28.1.5.1

Erfolgt die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung noch nach den Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung (BpflV), ist die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, durch den Pflegesatz nach der Bundespflegesatzverordnung abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig.

28.1.5.2

¹Werden Krankenhausbehandlungen nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) 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 § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ein Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen verrechnet werden; dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind.

²Entsprechende Kosten sind bis zu der vereinbarten Höhe für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts beihilfefähig. ³Die Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG wird im Internet veröffentlicht (zum Beispiel auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes unter Startseite > Krankenversicherung > Krankenhäuser > Abrechnung > Zu, Abschläge, Auswahlfeld „Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen“, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/zu_abschlaege/zu_abschlaege.jsp). ⁴Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig.

28.1.6

¹Nach § 8 Abs. 2 KHEntgG dürfen zusätzlich zu einer Fallpauschale Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge sowie sonstige festgelegte Entgelte berechnet werden. ²Eine Aufstellung der aktuellen Zuschläge ist auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes abrufbar (Startseite > Krankenversicherung > Krankenhäuser > Abrechnung > Zu, Abschläge – https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/zu_abschlaege/zu_abschlaege.jsp). ³Entsprechende Aufwendungen sind beihilfefähig.

28.1.7

Aufwendungen für eine in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ (§ 17 KHEntgG und § 16 BPfIV) für den Entlassungstag sind nicht beihilfefähig.

28.1.8

Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen (§ 18 KHEntgG, § 16 BPfIV) sind neben den wahlärztlichen Leistungen (§ 17 KHEntgG und § 16 BPfIV) beihilfefähig.

28.1.9

¹Der Abzug der Eigenbeteiligung nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 Nr. 1 BayBG bei Inanspruchnahme von wahlärztlichen Leistungen ist nur für Tage vorzunehmen, für die dem Grunde nach die Inanspruchnahme von wahlärztlichen Leistungen vereinbart wurde. ²Hierzu sind der Beihilfefeststellungsstelle die schriftlich geschlossenen Wahlleistungsvereinbarungen vorzulegen. ³Für den Abzug der Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG zählen Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag.

28.1.10

¹Vor-, nach- sowie teilstationär erbrachte wahlärztliche Leistungen unterliegen nicht der Eigenbeteiligung nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 Nr. 1 BayBG. ²Dies gilt auch für belegärztliche Leistungen (§ 18 KHEntgG, § 16 BPfIV).

28.1.11

¹Die Eigenbeteiligung für wahlärztliche Leistungen pro Aufenthaltstag im Krankenhaus kann bei allen stationären Aufwendungen – auch bei der Krankenhausabrechnung – berücksichtigt werden. ²Werden wahlärztliche Leistungen von externen Dritten erbracht und vor Beendigung des stationären Krankenhausaufenthaltes in Rechnung gestellt, kann die Beihilfeabrechnung hierzu ohne Abzug einer Eigenbeteiligung durchgeführt werden. ³Die Sätze 1 und 2 gelten nicht im Fall der Direktabrechnung nach § 48 Abs. 4 Satz 2. ⁴Der Eigenbehalt nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 Nr. 1 BayBG ist hier erst bei der Geltendmachung der wahlärztlichen Leistungen zu berücksichtigen.

28.1.12

Eine gegebenenfalls erforderliche Begrenzung nach Art. 96 Abs. 2 Satz 2 BayBG in Verbindung mit § 47 Abs. 1 und 2 erfolgt vor Abzug der Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG.

28.1.13

Der Ansatz der Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG erfolgt nach Anwendung der persönlichen Bemessungssätze.

28.2

¹Die Feststellung des jeweiligen Höchstbetrages erfolgt getrennt ist nach Kostenarten (allgemeine Krankenhausleistung, § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1; Wahlleistung Unterbringung, § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2). ²Die von den Kliniken in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist grundsätzlich beihilfefähig und kann bis zum maßgebenden beihilfefähigen Höchstbetrag berücksichtigt werden. ³Die Nr. 28.1.12 gilt entsprechend.

29. Beihilfe bei Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen

29.1

Rehabilitationsleistungen, die stationär erbracht werden, unterliegen nicht der Eigenbeteiligung nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG.

29.2

¹Von einem zeitlichen Zusammenhang kann grundsätzlich immer dann ausgegangen werden, wenn die Unterbrechung nicht länger als drei Wochen andauert. ²Bei einer längeren Unterbrechung kann dennoch von einem zeitlichen Zusammenhang ausgegangen werden, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen oder aufgrund der Auslastung der Einrichtung nicht innerhalb der Frist angetreten werden kann.

29.5.1

¹Die ärztliche Bescheinigung (§ 29 Abs. 5 Satz 1) oder das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten (§ 29 Abs. 5 Satz 3) muss vor dem Beginn der Maßnahme erstellt worden sein. ²Darin sollen Angaben zur Einrichtung und zur Dauer der Maßnahme enthalten sein. ³Die Voraussetzungen nach § 29 Abs. 5 Satz 1 gelten bei Maßnahmen nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 auch dann als erfüllt, wenn die Kostenübernahmeerklärung zum Beispiel eines privaten Krankenversicherungsunternehmens, die auch Angaben über den Ort und die Dauer der Behandlung enthalten soll, vorgelegt wird.

29.5.2

¹Liegen die Voraussetzungen des § 29 Abs. 5 Satz 2 nicht vor, ist die Möglichkeit einer Abrechnung nach § 30 Abs. 2 zu prüfen. ²Liegen auch die hierfür erforderlichen Voraussetzungen (§ 30 Abs. 6) nicht vor, sind nur die Aufwendungen nach §§ 8, 18 und 19 beihilfefähig.

29.5.3

Für den Anerkennungsbescheid nach § 29 Abs. 5 Satz 5 kann das Formblatt 8 (vergleiche Nr. 48.3.3, Anhang 4) verwendet werden.

29.6.1

Die Anwesenheit einer Begleitperson kann notwendig sein, wenn zum Beispiel

- a) aus schwerwiegenden psychologischen Gründen eine Trennung eines minderjährigen Kindes von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der stationären Rehabilitation gefährden würde oder
- b) wenn der Betroffene wegen einer schweren Behinderung (zum Beispiel Blindheit) einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann oder

c) während der stationären Rehabilitation eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.

29.6.2

Werden im Rahmen einer familienorientierten Rehabilitation für Begleitpersonen, die nach § 3 berücksichtigungsfähig sind, Leistungen nach §§ 8, 18 und 19 gesondert berechnet, sind diese Behandlungskosten den jeweiligen berücksichtigungsfähigen Angehörigen zuzuordnen.

29.6.3

¹Der Schlussbericht (§ 29 Abs. 6 Satz 1 Nr. 4) soll bestätigen, dass eine stationäre Rehabilitation ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. ²Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.

29.6.4

¹Führen beihilfeberechtigte Personen und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur gleichen Zeit und in derselben Einrichtung gemeinsam eine stationäre Rehabilitationsbehandlung durch, gelten gemeinsame Fahrten dorthin als eine Fahrt; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. ²Ist die zu behandelnde Person gehunfähig oder ähnlich in der Bewegung eingeschränkt oder bedarf er während der Fahrt einer medizinischen Überwachung, können bei der Anreise zu Maßnahmen nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 abweichend von § 29 Abs. 6 Satz 1 Nr. 5 Fahrtkosten für Fahrten nach § 26 Satz 1 Nr. 3 in sinngemäßer Anwendung von § 26 Satz 4 als beihilfefähig anerkannt werden.

30. Beihilfe bei Kuren

30.3.1

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen dieser Maßnahme, die grundsätzlich stationär durchgeführt wird, setzt voraus, dass in der Bescheinigung nach § 30 Abs. 6 Satz 1 Nr. 4 oder Satz 2 Nr. 1 die Kurbedürftigkeit der Mutter bzw. des Vaters bestätigt wird.

30.3.2

¹Für Kinder, die bei Mutter- oder Vater-Kind-Kuren in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist (zum Beispiel Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter oder Vater und Kind wegen besonderer familiärer Verhältnisse oder des Alters des Kindes, wenn das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). ²Aufwendungen für das Kind nach Satz 1 sind dem behandelnden Elternteil zuzurechnen.

30.3.3

¹Ist alleine das Kind behandlungsbedürftig, so handelt es sich nicht um eine Mutter- oder Vater-Kind-Kur. ²In diesem Fall ist eine stationäre Rehabilitation (§ 29 Abs. 4, 5 Satz 2 und 3) für das Kind zu beantragen.

30.3.4

¹Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenkasse besteht. ²Sofern die entstandenen Aufwendungen in pauschalen Tagessätzen abgerechnet werden, sind auch die Kosten des nicht behandlungsbedürftigen Kindes in voller Höhe beihilfefähig. ³Nr. 30.3.2 Satz 2 gilt entsprechend.

30.4.1

Maßnahmen, die eine Dauer von 21 Tagen deutlich unterschreiten, gelten nicht als ambulante Heilkuren.

30.4.2

Das Heilkurortverzeichnis wird als Anhang 2 herausgegeben.

30.5.1

¹ Nrn. 29.6.1 und 29.6.2 gelten entsprechend. ²Liegen die erforderlichen Voraussetzungen (§ 30 Abs. 6) nicht vor, sind nur die Aufwendungen nach §§ 8, 18 und 19 beihilfefähig.

30.5.2

¹Reisetage werden bei der Feststellung der Dauer der Kur nach § 30 Abs. 5 Satz 1 Nr. 7 nicht berücksichtigt. ²Eine Verlängerung einer Kur nach § 30 Abs. 1 Nr. 1 und 3 ist nicht beihilfefähig.

30.5.3

Bei der Mutter- oder Vater-Kind-Kur handelt es sich um eine einheitliche Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrkosten (für die Hauptperson – Mutter oder Vater) nach § 30 Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.

30.6.1

Bei der Berechnung der Wartezeit nach Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 bleiben solche Kuren außer Betracht, für die keine Beihilfe nach Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 bis 7 gewährt wurde oder die aus zwingenden Gründen (zum Beispiel stationäre Behandlung der beihilfeberechtigten Person oder deren berücksichtigungsfähiger Angehöriger, Todesfall eines Angehörigen) abgebrochen wurden.

30.6.2

¹In der ärztlichen Bescheinigung (§ 30 Abs. 6 Satz 1 Nr. 4) oder dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten (§ 30 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1) soll die Einrichtung im Sinne des § 29 Abs. 1 oder der Kurort angegeben werden. ²Sie darf grundsätzlich nicht älter als vier Monate sein.

30.6.3

¹Bei aktiven Bediensteten ist bei allen Formen von Kuren im Sinne des § 30 Abs. 1 eine amtsärztliche Begutachtung erforderlich. ²Bei Bediensteten in Altersteilzeit, die sich in der Freistellungsphase befinden, ist abweichend von § 30 Abs. 6 Satz 2 eine Prüfung, ob die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind, nach den Vorgaben des § 30 Abs. 6 Satz 1 ausreichend. ³Dies gilt auch während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge im Sinne der Art. 89 und 99 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BayBG.

30.6.4

§ 30 Abs. 6 Satz 3 gilt entsprechend bei der erstmaligen Durchführung von Kuren bei Kindern im Vorschulalter.

30.6.5

Der Zeitraum nach § 30 Abs. 6 Satz 2 Nr. 3 beträgt vier Monate nach Bekanntgabe des Bescheides, soweit amtsärztlich nicht anderes bestimmt ist.

30.6.6

Aus der amtsärztlichen Bescheinigung muss hervorgehen, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen bereits ausgeschöpft oder wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind.

30.6.7

Für den Anerkennungsbescheid nach § 30 Abs. 6 Satz 2 kann das Formblatt 9 (vergleiche Nr. 48.3.3, Anhang 4) verwendet werden.

31. Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

31.1.1

¹Die Beihilfefähigkeit umfasst Aufwendungen für körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung bei Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI. ²Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 24 beihilfefähig.

31.2.1

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und zum Verfahren siehe § 40 sowie die Nr. 40.

31.2.2

¹Die Beschäftigung und Betreuung zum Beispiel in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung ist keine Pflege im Sinne des § 31 (vergleiche Art. 96 Abs. 2 Satz 6 BayBG). ²Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für Menschen mit Behinderung sind deshalb nicht beihilfefähig (vergleiche § 7 Abs. 4 Nr. 2). ³Ebenfalls nicht beihilfefähig sind mittelbare Folgekosten, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (zum Beispiel Fahrtkosten).

31.4

¹Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist für die pflegebedürftige Person kostenfrei. ²Aufwendungen für eine Pflegeberatung werden der Festsetzungsstelle vom Träger der Pflegeberatung in Rechnung gestellt und sind direkt an diesen zu zahlen, wenn die Pflegeberatung für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person erfolgte und die Voraussetzungen nach § 31 Abs. 4 Nr. 1 oder 2 erfüllt sind. ³Der nach § 7 Abs. 3 Satz 4 maßgebenden Pauschalbetrag pro Beratungsgespräch wird vom für Finanzen zuständige Staatsministerium bekanntgegeben. ⁴In Ausnahmefällen kann für eine beratungsbedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person die Pauschale mehrfach berechnet werden. ⁵In Zweifelsfällen ist eine unmittelbare Abklärung durch die Festsetzungsstelle mit der compass GmbH möglich.

32. Häusliche und teilstationäre Pflege

32.1.1

¹Nach § 89 SGB XI werden Vergütungen der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen für alle Pflegebedürftige nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. ²Aufwendungen für Pflegeeinsätze sind angemessen, soweit sie sich im Rahmen dieser Vergütungsvereinbarungen halten. ³Die jeweiligen pflegegradabhängigen Einsätze gelten als erbracht, soweit nicht § 32 Abs. 3 Anwendung findet. ⁴Fahrtkosten der Pflegekraft sind nicht gesondert beihilfefähig. ⁵Investitionskosten, die von ambulanten Pflegediensten in Rechnung gestellt werden, sind nicht beihilfefähig (vgl. § 32 Abs. 1 Satz 2).

32.1.2

¹Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einer der fünf Pflegegrade. ²Die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt durch die private oder soziale Pflegeversicherung oder durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten (§ 40).

32.1.3

¹Bis zu den festgelegten Obergrenzen der beihilfefähigen Aufwendungen sind die Kosten einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung beihilfefähig. ²Stellt die teilstationäre Pflegeeinrichtung einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 % des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.

32.2.1

¹Der Anspruch auf Pauschalbeihilfe setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person mit der Pauschalbeihilfe die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. ²Die Pauschalbeihilfe stellt kein Entgelt für erbrachte Pflegeleistungen dar.

32.2.2

Die Höhe der Pauschalbeihilfe ist abhängig von der Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade (vergleiche hierzu Nrn. 32.1.2 und 32.1.3).

32.2.3

¹Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 28, einer stationären Rehabilitation nach § 29 oder in einer stationären Einrichtung im Sinne der §§ 36 und 37 für den Pflegebedürftigen geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. ²Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gewährt. ³Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 28) oder stationären Rehabilitation (§ 29). ⁴Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt oder einer stationären Rehabilitation (§ 29) beginnt die Vier-Wochen-Frist mit dem Aufnahmetag. ⁵Bei einem unmittelbaren Wechsel von einem akut-stationären Krankenhausaufenthalt in eine stationäre Rehabilitation liegt ein einheitlicher Unterbrechungszeitraum vor; die Vier-Wochen-Frist beginnt mit dem Aufnahmetag der stationären Krankenhausbehandlung zu laufen. ⁶Bei einer Kürzung setzt die Leistung mit dem Entlassungstag wieder ein.

32.2.4

Die zeitweise Abwesenheit des Pflegebedürftigen wegen des Besuchs eines Sonderkindergartens, einer Sonderschule, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung unterbrechen die häusliche Dauerpflege nicht.

32.2.5

¹Entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinne von § 32 Abs. 2 Satz 4 sind zum Beispiel solche nach § 35 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG), Art. 51 BayBeamtVG. ²Dies gilt nicht für Leistungen nach § 64a SGB XII.

32.2.6

¹Erfolgt die eigenverantwortlich sichergestellte Pflege (Nr. 32.2.1 Satz 1) nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. ²Bei Kurzzeitpflege erfolgt keine Kürzung der Pauschalbeihilfe für den ersten und den letzten Tag der Inanspruchnahme einer Kurzzeitpflege (§ 34).

32.2.7

Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung siehe Nr. 48.4.2.

32.2.8

¹Ist bei Personen im Sinne des § 32 Abs. 2 Satz 10 die Pflege im häuslichen Bereich (zum Beispiel an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, kann Beihilfe nach Maßgabe des § 33 oder des § 34 gewährt werden. ²Eine Anrechnung auf die Beihilfe nach § 37 ist nicht vorzunehmen. ³Sofern für die pflegebedürftige Person in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sichergestellt wird, kann eine Beihilfegewährung nach § 33 oder § 34 nicht erfolgen. ⁴Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit der Beihilfe zu den Aufwendungen nach § 37 abgegolten.

32.2.9

Bei vorübergehender Abwesenheit der pflegebedürftigen Person von der teilstationären Pflegeeinrichtung gelten die Vorgaben der Nr. 36.1.5 sinngemäß.

32.3.1

¹Bei einer Kombination der Leistungen nach § 32 Abs. 1 und 2 ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auf der Basis des tatsächlich in Anspruch genommenen Betrags der Sachleistung im Verhältnis zum Höchstbetrag der Sachleistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI auch für die Beihilfe maßgeblich. ²Zum Nachweis dieses

Verhältnisses kann auch die entsprechende Leistungsabrechnung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung bei der beihilfeberechtigten Person angefordert werden.

32.3.2

Bei einer Kombinationspflege kann grundsätzlich unterstellt werden, dass die Pflege im erforderlichen Umfang sichergestellt ist.

32.3.3

Beispiele:

32.3.3.1

¹Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrads 2 zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (362 € von 724 €) und das Pflegegeld (158 € von 316 €) in Anspruch. ²Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 362 €.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung
– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft

30 % von 362 € = 108,60 €

– zum Pflegegeld

30 % von 158 € = 47,40 €

Gesamt = **156,00 €**

b) Leistungen der Beihilfe

Die hälftige Höchstgrenze (50 % aus 724 € = 362 €) wird nicht überschritten.

– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft

70 % von 362 € = 253,40 €

– Pauschalbeihilfe

158 € abzüglich 47,40 € der privaten Krankenversicherung = 110,60 €

Gesamt = **364,00 €**

32.3.3.2

¹Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrads 2 zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (362 € von 724 €) und das Pflegegeld (158 € von 316 €) in Anspruch; die hälftige Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. ²Als Person nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall von der Hälfte 50 %.

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung
– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft

50 % von 362 € = 181,00 €

– zum Pflegegeld

50 % von 158 € = 79,00 €

Gesamt = **260,00 €**

b) Leistungen der Beihilfe

– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft in gleichem Wert der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (§ 31 Abs. 3)

50 % von 362 € = 181,00 €

– Pauschalbeihilfe

50 % von 316 € = 158 € abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 79 € = 79,00 €

Gesamt = **260,00 €**

32.3.4

Ist in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 38 SGB XI auf Grund der Ausschöpfung des Leistungsrahmens nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI nicht möglich, ist die Gewährung von Leistungen nach § 32 Abs. 3 ebenfalls ausgeschlossen.

32.5.1

Aufwendungen der teilstationären Pflege sind zusätzlich zu Aufwendungen nach den § 32 Abs. 1 bis 3 beihilfefähig, ohne dass eine Anrechnung auf diese Aufwendungen erfolgt.

32.5.2

¹Kosten für Fahrten zur teilstationären Pflegeeinrichtung sind Bestandteil der mit der Pflegeeinrichtung geschlossenen Pflegesatzvereinbarungen und sind im Rahmen des jeweils maßgebenden Höchstbetrages nach § 32 Abs. 1 Satz 1 beihilfefähig. ²Sofern Fahrtkosten nicht in der Rechnung der Einrichtung enthalten sind und gesondert geltend gemacht werden, sind diese nach den Vorgaben des § 26 Satz 2 und 3 bei Fahrten von Angehörigen zu ermitteln oder die tatsächlichen Fahrtkosten bei Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu berücksichtigen und im Rahmen der Höchstbeträge nach § 32 Abs. 1 Satz 1 mit zu berücksichtigen.

32.6

¹Beihilfen werden zu Aufwendungen für Beratungsbesuche gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilig Zuschüsse zahlt. ²Die Durchführung der Beratungen ist nach § 37 Abs. 4 SGB XI auch gegenüber der Festsetzungsstelle zu belegen. ³Der Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmt sich nach § 37 Abs. 3 SGB XI.

33. Verhinderungspflege

33.1

¹Beihilfen zu Aufwendungen für eine Verhinderungspflege können bis zum Erreichen des Höchstbetrages nach § 33 Abs. 1 Satz 1 ohne eine Beiziehung der Entscheidung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. ²Die Gewährung von Beihilfeleistungen unter Nutzung der Übertragungsmöglichkeit des § 33 Abs. 1 Satz 2 sowie gegebenenfalls in Kombination mit Leistungen nach § 38, insbesondere für noch nicht genutzte Kontingente aus den Vorjahren, soll auf der Basis der jeweiligen Entscheidung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erfolgen.

33.2

¹Ob die Pflegeperson mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert ist, richtet sich nach §§ 1589, 1590 BGB. ²Als notwendige Aufwendungen im Sinne des § 33 Abs. 2 Satz 2 gelten zum Beispiel Fahrtkosten der Pflegeperson.

34. Kurzzeitpflege

¹Beihilfen zu Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege können bis zum Erreichen des Höchstbetrages nach § 34 Abs. 1 Satz 1 ohne eine Beziehung der Entscheidung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. ²Die Gewährung von Beihilfeleistungen unter Nutzung der Übertragungsmöglichkeit des § 34 Abs. 1 Satz 2 soll auf der Basis der jeweiligen Entscheidung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erfolgen.

35. Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds

35.1

Werden Aufwendungen von Pflegehilfsmitteln von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nicht bezuschusst oder anerkannt, ist eine mögliche Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach § 21 zu prüfen.

35.2

Aufwendungen für Inkontinenzartikel sind im Rahmen des § 21 beihilfefähig.

36. Stationäre Pflege

36.1.1

¹Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Abs. 1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist. ²Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 SGB XI).

36.1.2

Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind nicht beihilfefähig.

36.1.3

Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 SGB XI genannten Aufwendungen.

36.1.4

¹Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim wegen Krankheit gelten die Aufwendungen für Betten- und Platzfreihaltegebühren für die Dauer der jeweiligen Abwesenheit, im Übrigen bis zu 42 Kalendertagen als Pflegeleistungen. ²Beihilfefähig sind die nach § 87a Abs. 1 Satz 7 SGB XI geminderten Beträge.

36.1.5

¹Besteht der Anspruch auf Beihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat und werden die in § 36 Abs. 1 Satz 2 genannte beihilfefähigen Höchstbeträge nicht durch pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege ausgeschöpft, können bis zum Erreichen des jeweils maßgebenden beihilfefähigen Höchstbetrages auch Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten berücksichtigt werden. ²Zu darüber hinausgehenden Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten ist eine Beihilfegewährung nach den Vorgaben des § 36 Abs. 3 möglich.

36.2.1

¹Beihilfeleistungen zu Anerkennungsbeträgen sind bei Nachweis entsprechender Leistungen der Pflegekasse oder der Pflegeversicherung auf Antrag des Beihilfeberechtigten unmittelbar an die Pflegeeinrichtung zu erbringen. ²Insoweit gelten die besonderen Voraussetzungen nach Nr. 48.6.5 als erfüllt.

36.2.2

Ab dem Zeitpunkt der Rückstufung des Pflegebedürftigen sind Beihilfeleistungen zu pflegebedingten Aufwendungen nach dem niedrigeren Pflegegrad zu gewähren.

36.2.3

Erfolgt vor Ablauf des Zeitraums nach § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB XI eine Höherstufung des Pflegebedürftigen, sind die zum Anerkennungsbetrag gewährten Beihilfeleistungen von der stationären Pflegeeinrichtung zurückzufordern.

36.3.1

Die in der Rechnung eines Pflegeheims ausgewiesenen Investitionskosten des tatsächlich belegten Zimmers sind der Beihilfefestsetzung im Sinne des § 36 Abs. 3 zugrunde zu legen.

36.3.2

¹Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI, die im Vorfeld der Inanspruchnahme zwischen dem Heimträger und dem Pflegebedürftigen zu vereinbaren sind (§ 88 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 SGB XI) sind nicht beihilfefähig. ²Zusatzleistungen in diesem Sinne sind insbesondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung (zum Beispiel im Vergleich zu anderen Zimmern des Heimes besondere Größe, besondere Lage des Zimmers, gesonderte Verpflegung) sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Maßnahmen.

36.3.3

Als Endgehalt der Besoldungsgruppe A 9 wird das Endgrundgehalt der Besoldungsgruppe A 9 zuzüglich des Familienzuschlags Stufe 1 und der Strukturzulage nach Art. 33 in Verbindung mit Anlage 4 BayBesG zugrunde gelegt; das für Finanzen zuständige Staatsministerium der Finanzen und für Heimat gibt den jeweiligen Betrag bekannt.

36.3.4

Das Einkommen ist vom Beihilfeberechtigten durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen.

36.3.4.1

¹Dienstbezüge im Sinne des § 36 Abs. 3 sind die in Art. 2 Abs. 2 BayBesG genannten Bruttobezüge (Familienzuschlag ohne kinderbezogene Anteile) oder vergleichbare beamtenrechtliche Bezüge nach Bundes- oder Landesrecht; Versorgungsbezüge sind die in Art. 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 6 BayBeamtVG genannten Bruttobezüge (mit Ausnahme des Unterschiedsbetrages nach Art. 69 Abs. 2 BayBeamtVG), soweit nicht nach Art. 92 BayBeamtVG (Versorgungsausgleich) geringere Versorgungsbezüge zustehen, oder vergleichbare beamtenversorgungsrechtliche Bezüge nach Bundes- oder Landesrecht.

²Unfallausgleich nach Art. 52 BayBeamtVG, Unfallentschädigung nach Art. 62 BayBeamtVG (auch wenn diese Leistungen im Rahmen der Unfallfürsorge bei einem Einsatzunfall nach Art. 65 BayBeamtVG gewährt werden) und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI bleiben unberücksichtigt. ³Beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Verwendungseinkommen, Versorgung aus zwischenstaatlicher oder überstaatlicher Verwendung, mehrerer Versorgungsbezüge oder mit den in Abs. 3 Satz 2 bezeichneten Renten ist die Summe aller nach Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften gezahlten Dienst- oder Versorgungsbezüge zugrunde zu legen.

36.3.4.2

Renten sind mit ihrem Zahlbetrag zu berücksichtigen; dies ist bei Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses und vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.

36.3.4.3

¹Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt. ²Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) bleiben außer Ansatz.

36.3.4.4

Bei Halbwaisen, die sich am 31. Dezember 2006 bereits in stationärer Pflege befanden und Beihilfeleistungen nach § 9 Abs. 7 der Beihilfevorschriften des Bundes in der am 31. Dezember 2006 geltenden Fassung erhielten, ist anstelle des Eigenanteils nach § 36 Abs. 3 Satz 3 weiterhin nach den Vorgaben des § 9 Abs. 7 Satz 6 Nr. 3 der Beihilfevorschriften des Bundes in der am 31. Dezember 2006 geltenden Fassung zu verfahren, solange die Notwendigkeit für eine dauernde Unterbringung fortbesteht.

36.3.5

Berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne des § 36 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 bis 3 sind

- a) Personen, die nach § 3 Abs. 1 und 2 zu berücksichtigen oder nach § 5 Abs. 3 nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind,
- b) Kinder, die nach Art. 96 Abs. 1 Satz 3 BayBG nicht zu berücksichtigen sind, weil sie einen eigenständigen Anspruch auf Beihilfe und auf Heilfürsorge haben.

36.3.6

Bei gleichzeitiger stationärer Pflege der beihilfeberechtigten Person und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen ist eine Aufteilung des einkommensabhängigen Eigenanteils nach § 36 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 zu gleichen Teilen nach der Zahl der stationär gepflegten Personen vorzunehmen.

36.3.7

Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; Art. 96 Abs. 3 Satz 2 und 3 BayBG sowie § 46 Abs. 3 und 5 finden keine Anwendung.

36.3.8

Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung siehe Nr. 48.4.2.

37. Vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung

37.1

¹Beihilfefähig sind 15 % der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, höchstens 266 € monatlich. ²Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen zu Hause gepflegt und betreut werden, anteilige Pauschalbeihilfe gewährt, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

37.2

Bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, die ausnahmsweise eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen und anderen geeigneten Einrichtungen erhalten, erfolgt die Abrechnung ausschließlich nach § 34 Abs. 2.

38. Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag

¹Die Inanspruchnahme des Umwandlungsanspruchs nach § 38 Abs. 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach § 38 Abs. 2 erfolgen unabhängig voneinander. ²Ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen diesen beiden Ansprüchen besteht nicht.

39. Palliativversorgung

39.1

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle, und zielt darauf ab, die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

39.2.1

Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativmedizinisch, das heißt leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. ²Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit der mindestens einer gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen haben.

39.2.2

In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn auf Grund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist.

40. Festsetzungsverfahren bei pflegebedingten Aufwendungen

40.1

Dem Antrag auf Beihilfe ist ein Nachweis über die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 Satz 3 SGB XI beizufügen.

40.2

¹Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung stellt deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit, den Pflegegrad sowie den Leistungsbeginn fest (gesetzliche Verpflichtung). ²Diese Feststellung ist auch für die Festsetzungsstelle maßgebend und dieser vom Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (zum Beispiel Abschrift des Gutachtens, gegebenenfalls schriftliche Leistungszusage der Versicherung). ³Ohne einen derartigen Nachweis ist diesbezüglich eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich (vergleiche Art. 22 BayVwVfG). ⁴Der Zeitpunkt der Beantragung von Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gilt als Zeitpunkt des Antrags auf entsprechende Beihilfeleistungen.

40.3

¹Besteht keine Pflegeversicherung, ist durch die Beihilfestelle ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad vorzulegen.

40.4

¹Erhebt die beihilfeberechtigte Person gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, der von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegegrad sei zu niedrig, ist die Entscheidung über den Widerspruch bis zum Eintritt der Unanfechtbarkeit der Feststellung der sozialen oder privaten Pflegeversicherung auszusetzen. ²Danach ist unter Berücksichtigung der Feststellung der Pflegeversicherung über den Widerspruch zu entscheiden.

41. Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

41.1.1

Folgende Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind zu beachten (abrufbar unter www.g-ba.de > Startseite > Richtlinien):

- a) die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. Juni 2009 in der jeweils geltenden Fassung,
- b) die Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. Juni 2015 in der jeweils geltenden Fassung,
- c) die Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 26. Juni 1998 in der jeweils geltenden Fassung.
- d) die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19. Dezember 2019 in der jeweils geltenden Fassung.

41.1.2

Zusätzlich zu den in der Nr. 41.1.1 genannten Vorsorgeleistungen sind folgende Früherkennungsuntersuchungen beihilfefähig:

- a) U 10 bei Personen, die das siebte, aber noch nicht das neunte Lebensjahr vollendet haben,
- b) U 11 bei Personen, die das neunte, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben,
- c) J 2 bei Personen, die das 16., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben.

41.5

Bei ausbildungsbedingten, vorübergehenden Auslandsaufenthalten sind auch besondere Impfungen, deren Durchführung vor einem Aufenthalt in bestimmten Regionen von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen wird, beihilfefähig.

42. Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

42.1

¹Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) vom 10. Dezember 1985 in der jeweils geltenden Fassung zugrunde gelegt.

²Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.

42.2

Leistungsabrechnungen von Hebammen richten sich nach den jeweiligen Verordnungen der Bundesländer über die Gebühren für Leistungen der Hebammen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, in dem die Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige ihren Wohn- oder Aufenthaltsort hat.

42.3

Leistungen einer Hebamme (zum Beispiel Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) nach der jeweils maßgebenden Hebammengebührenordnung bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht in der jeweils geltenden Hebammengebührenordnung etwas anderes bestimmt ist.

43. Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Kontrazeption

43.1.1

¹Die in den vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien über künstliche Befruchtung vom 14. August 1990 in der jeweils geltenden Fassung bestimmten medizinischen Einzelheiten zum Umfang der ärztlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung sind auch für den Bereich der Beihilfe heranzuziehen. ²Hierzu zählt im Bedarfsfall auch eine verlängerte Embryokultur (Blastozystenkultur).

43.1.2

Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und gegebenenfalls welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, fallen nicht unter die hälftige Beihilfefähigkeit.

43.1.3

¹Die maßgebliche Altersgrenze für beide Partner muss in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus oder des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. ²Liegt nur bei einem die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.

43.1.4

¹Nach Geburt eines Kindes besteht, sofern alle weiteren Voraussetzungen gegeben sind, erneut ein Anspruch auf Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung. ²Dies gilt auch, wenn eine sogenannte „klinische Schwangerschaft“ (zum Beispiel Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, die zu einer Fehlgeburt führte.

43.1.5

¹Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für heterologe Insemination und heterologe In-vitro-Fertilisation.

²Bezüglich der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach einer vorangegangenen Sterilisation, vergleiche Nr. 43.3.

43.2

¹Sofern eine Indikation sowohl für Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation als auch zum intratubaren Gameten-Transfer vorliegt, dürfen die Maßnahmen nur alternativ durchgeführt werden. ²Bei der In-vitro-Fertilisation gelten die Maßnahmen als vollständig durchgeführt, wenn die Eizellkultur angesetzt worden ist. ³Bei der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion gilt die Maßnahme dann als vollständig durchgeführt, wenn die Spermieninjektion in die Eizelle oder Eizellen erfolgt ist.

43.3

Die Refertilisierung nach vorausgegangener früherer Sterilisierung, die nicht medizinisch notwendig war, kann nicht als Krankheit anerkannt werden, sodass die entsprechenden Aufwendungen nicht beihilfefähig sind.

43.4

Aufwendungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit.

44. Sonstige Aufwendungen

44.2

¹Nach dem Transplantationsgesetz (TPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206) in der jeweils geltenden Fassung stellt die Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung eine gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der anderen Krankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit (§ 11 Abs. 1 Satz 1 TPG) dar. ²Mit der Organisation dieser Aufgabe wurde durch Vertrag die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) als „Koordinierungsstelle“ im Sinne des § 11 Abs. 1 Satz 2 TPG beauftragt. ³Vertragspartner ist unter anderem der Verband der privaten Krankenversicherung. ⁴Die Finanzierung der Organbeschaffung bei postmortalen Organspende durch die Deutsche Stiftung Organtransplantation als Koordinierungsstelle erfolgt in Form einer Organisations- sowie einer Flugtransportkostenpauschale. ⁵Das für Finanzen zuständige Staatsministerium (§ 7 Abs. 3 Satz 2) gibt die jeweiligen Beträge bekannt.

45. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

45.1.1

Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe gültigen EZB-Referenzkurs (<https://bankenverband.de/service/waehrungsrechner/>) auf zwei Dezimalstellen nach dem Komma gerundet umzurechnen.

45.1.2

¹Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 550 € ist eine Übersetzung beizufügen. ²Bis 550 € sind kurze Angaben der beihilfeberechtigten Person über Art und Umfang der Behandlung ausreichend.

45.1.3

¹Für die beihilfefähigen Aufwendungen von beihilfeberechtigten Personen und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb von Deutschland gilt als Wohnort

a) bei Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,

b) bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienstort.

²Dies gilt nicht, soweit die besonderen Bestimmungen nach § 45 Abs. 4 anzuwenden sind.

45.1.4

¹Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. ²Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 29 Abs. 4 bis 6, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 28 medizinisch indiziert ist. ³In diesem Fall sind die Aufwendungen ohne Begrenzung des § 28 Abs. 2 Satz 1 beihilfefähig, Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 3 Satz 7 BayBG sind zu beachten.

45.1.5

Befindet sich ein Hemodialysepatient vorübergehend aus privaten Gründen im außereuropäischen Ausland, sind abweichend von § 45 Abs. 1 Satz 4 die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.

45.1.6

¹ § 45 Abs. 1 Satz 4 ist bei ausbildungsbedingten, vorübergehenden Auslandsaufenthalten nicht anzuwenden; dies gilt auch in den Fällen, in denen zum Beispiel das Hauptstudium im Ausland durchgeführt wird. ²Die Beihilfeabrechnung erfolgt auf Grundlage des § 45 Abs. 1 Satz 1 bis 3. ³Entsprechendes gilt für beihilfeberechtigte Personen und deren berücksichtigungsfähige Angehörige mit Hauptwohnsitz im Ausland.

45.1.7

Ob das Land des vorübergehenden Aufenthalts dem Kontinent Europa zuzuordnen ist, ist nach der üblichen geographischen Klassifizierung zu bewerten; nicht erfasst werden danach die in Asien liegenden Gebiete von Russland und der Türkei.

45.1.8

¹Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist die Durchführung eines Kostenvergleichs nicht erforderlich. ²Beihilfefähige Höchstbeträge und Ausschlüsse sind jedoch zu beachten.

45.2

Bezüglich der nach § 45 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 erforderlichen Bewertung der Kosten je Krankheitsfall ist auf den einzelnen Beleg abzustellen.

45.3

Das Heilkurortverzeichnis wird vom für Finanzen zuständigen Staatsministerium als Anhang 3 herausgegeben.

46. Bemessung der Beihilfen

46.1

Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (§ 7 Abs. 2).

46.2.1

¹ Nr. 46.1 gilt entsprechend. ²Der nach Art. 96 Abs. 3 Satz 3 Halbsatz 2 BayBG erhöhte Bemessungssatz ist für alle Aufwendungen zugrunde zu legen, die während des Zeitraums der Zahlung des erhöhten

Familienzuschlages entstanden sind oder entstanden wären, wenn ein Familienzuschlag zustünde (§ 3 Abs. 1 Nr. 2).

46.2.2

Entfällt die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nur aufgrund des Umfangs der Erwerbstätigkeit in der weiteren Ausbildung (vergleiche § 3 Abs. 2), wird der erhöhte Bemessungssatz bis zum Abschluss der weiteren Ausbildung, längstens jedoch bis zum Ablauf des Monats, in dem das entsprechende Kind das 21. bzw. 25. Lebensjahr vollendet, weitergewährt.

46.2.3

Nr. 3.2.2 gilt entsprechend.

46.2.4

Nr. 5.6.2 gilt entsprechend.

46.3.1

Die Regelungen des Abs. 3 gelten nur für die in Art. 96 Abs. 2 Satz 5 BayBG genannten Leistungen.

46.3.2

¹Nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören Selbstbehalte nach speziellen Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel Tarife mit Selbstbehalten). ²Diese Selbstbehalte sind neben den gewährten Zuschüssen anzurechnen.

46.4

¹Die Aufwendungen zur Versorgung eines gesunden Neugeborenen im Krankenhaus (Fallpauschalen P66D, P67D oder P67E und Wahlleistungen im Sinne von § 28 Abs. 1 Satz 2) gelten als Aufwendungen der Mutter und sind mit deren Bemessungssatz beihilfefähig (§§ 46 Abs. 4 Nr. 4 in Verbindung mit § 42 Nr. 5 und § 28). ²Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG sind lediglich für die Mutter abzuziehen.

46.5.1

¹Eine ausreichende Versicherung im Sinne des § 46 Abs. 5 liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt, das heißt zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen weitgehend deckt. ²Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. ³Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. ⁴Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis, bei Eheschließung sowie Geburt eines Kindes abgeschlossen wird. ⁵Wird in diesem Zusammenhang die Möglichkeit des Zugangs zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zu den Bedingungen der Öffnungsaktion gegebenenfalls unter Ansatz eines begrenzten Risikozuschlages (Nr. 46.5.2 Satz 1) nicht genutzt, entfällt die Erhöhung des Bemessungssatzes.

46.5.2

¹Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. ²Ein Leistungsausschluss liegt unter anderem dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (zum Beispiel Suchtkrankheiten, vorüber gehende Pflegebedürftigkeit, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. ³Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.

46.5.3

¹Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. ²Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil zum Beispiel ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

46.5.4

Abs. 5 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach §§ 31 bis 39.

47. Begrenzung der Beihilfen

47.1

¹Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung sowie vergleichbaren Leistungen gegenüberzustellen. ²Das beamtenrechtliche Sterbegeld nach Art. 33 Abs. 3 und Art. 57 Abs. 1 BayBeamtVG bleibt hiervon unberührt. ³Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in §§ 8 bis 44 näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (zum Beispiel Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen für nicht verordnete Arznei-, Verbandmittel und Medizinprodukte, für Mittel nach § 18 Satz 4 sowie die nach § 7 Abs. 5 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Aufwendungen.

47.2.1

¹Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag – etwa für die einzelnen Positionen – die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. ²Vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen, ausgenommen solche nach §§ 29 bis 39, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. ³Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.

47.2.2

¹Der Nachweis, dass Versicherungsleistungen auf Grund des Versicherungsvertrages nach einem Vomhundertsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. ²Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. ³Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.

47.2.3

Übersteigt der Betrag der nach Art. 96 Abs. 3 Satz 2 und 3 BayBG sowie § 46 errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung sowie vergleichbare Leistungen den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

47.2.4

Zur Ausgleichsfähigkeit der Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG im Rahmen der 100 %-Begrenzung vergleiche Nr. 28.1.11.

47.3.1

Art. 96 Abs. 3 Satz 5 BayBG findet keine Anwendung auf Harn- und Blutteststreifen sowie auf bei ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlungen verbrauchte Arznei- und Verbandmittel, die als Auslagen abgerechnet werden (vergleiche § 10 GOÄ).

47.3.2

¹Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Art. 96 Abs. 3 Satz 5 BayBG ist der Apothekenabgabepreis der jeweiligen Packung (Einheit) des verordneten Arznei- und Verbandmittels oder der Abgabepreis von Medizinprodukten im Sinne der Nr. 18.1. ²Steht die ärztlich verordnete Menge nicht als Packungseinheit zur Verfügung und erfolgt deshalb die Abgabe in mehreren Teilpackungen, ist die Eigenbeteiligung nach Satz 1 nur einmal in Abzug zu bringen. ³Die Abzugsbetragsregelung gilt – unabhängig vom Bezugsweg – auch für Arznei- und Verbandmittel aus Versandapotheken.

47.3.3

¹Für Arzneimittel, die Schwangere aufgrund ihrer Schwangerschaft benötigen, fallen nach Art. 96 Abs. 3 Satz 6 Nr. 3 BayBG keine Eigenbeteiligungen an. ²Im Gegensatz hierzu sind bezüglich der Aufwendungen für Arzneimitteltherapien ohne direkte Kausalität zur Schwangerschaft (unter anderem Arzneimittel zur Behandlung von Erkrankungen, an denen Schwangere bereits vor der Schwangerschaft litten, Antibiotikatherapie bei einer bakteriellen Mittelohrentzündung und Ähnliches) Eigenbehalte nach Art. 96 Abs. 3 Satz 5 BayBG auch bei Schwangeren zu berücksichtigen. ³Zum Nachweis der Voraussetzungen des Art. 96 Abs. 3 Satz 6 Nr. 3 BayBG ist in geeigneter Weise eine entsprechende Kennzeichnung des verordneten Arzneimittels durch die verschreibende Ärztin bzw. den verschreibenden Arzt erforderlich.

47.4.1

Bei der Prüfung, ob die Belastungsgrenze von 2 % oder 1 % überschritten ist, sind die tatsächlich bei der Beihilfefestsetzung berücksichtigten Eigenbeteiligungen des Beihilfeberechtigten und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten bzw. Lebenspartners zusammen zu zählen, sofern keine Freistellung nach Art. 96 Abs. 3 Satz 6 Nr. 2 BayBG vorliegt.

47.4.2

¹Maßgebend für die Feststellung des Einkommens nach § 47 Abs. 4 Satz 2 sind die in Art. 96 Abs. 3 Satz 7 BayBG genannten Dienst- oder Versorgungsbezüge sowie die genannten Renten des Beihilfeberechtigten. ²Entsprechende sowie sonstige Einkommen des Ehegatten bzw. des Lebenspartners bleiben bei der Feststellung des individuellen Belastungsgrenzbetrages unberücksichtigt; dies gilt bei Witwen, Witwern und überlebenden Lebenspartnern auch für Renten, die auf eigenständigen, unmittelbaren Ansprüchen der Witwe, des Witwers bzw. des überlebenden Lebenspartners beruhen.

47.4.2.1

¹Auf der Basis der Januarbezüge und -renten (vergleiche Nr. 47.4.2) eines Kalenderjahres ist nach § 47 Abs. 4 Satz 1 ein fiktives Jahresgehalt (Multiplikationsfaktor 12) zu ermitteln; sofern nur ein Anspruch auf Bezüge für einen Teilmonat besteht (Art. 4 Abs. 2 BayBesG), ist von den fiktiven vollen Monatsbezügen auszugehen. ²Art. 6 BayBesG ist zu beachten. ³Veränderungen der Höhe der Bezüge, die während des laufenden Kalenderjahres eintreten, bleiben unberücksichtigt; dies gilt auch bezüglich einer ehedem-, lebenspartner- und kinderbezogenen Minderung der individuellen Höchstgrenze nach § 47 Abs. 4 Satz 4 bis 6.

47.4.2.2

Beginnt das Beamtenverhältnis erst im Lauf eines Kalenderjahres, ist nach § 47 Abs. 4 Satz 2 anhand des Bezügeanspruchs im Monat der Ernennung die individuelle Höchstgrenze zu ermitteln; Nr. 47.4.2.1 gilt entsprechend.

47.4.2.3

¹Die Nrn. 47.4.2.1 und 47.4.2.2 gelten sinngemäß für eigenständige Beihilfeansprüche von Hinterbliebenen (§ 47 Abs. 4 Satz 3). ²Auf Grund des Art. 32 BayBeamtVG ist der Monat der erstmaligen Gewährung von Hinterbliebenenbezügen maßgebend.

47.4.3

¹Personen, für die nach Art. 96 Abs. 3 Satz 6 Nr. 2 BayBG keine Eigenbeteiligungen anfallen, werden bei der Prüfung, ob die Belastungsgrenze von 1 % maßgebend ist, nicht berücksichtigt. ²Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige Kinder.

47.4.4

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal einer ärztlichen Behandlung bedarf und gleichzeitig eines der folgenden Merkmale erfüllt:

47.4.4.1

Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

47.4.4.2

Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) nach §§ 152, 153 Abs. 2 SGB IX oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) nach § 30 Abs. 1 BVG in Verbindung mit der Versorgungsmedizin-Verordnung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach § 56 Abs. 2 SGB VII von mindestens 60 % vor, wobei die genannten Einschränkungen zumindest auch durch die Krankheit nach Nr. 47.4.4 begründet sein müssen.

47.4.4.3

Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (zum Beispiel ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die auf Grund der Krankheit nach Nr. 47.4.4 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

47.4.4.4

¹Werden die Voraussetzungen nach Nrn. 47.4.4.1 bis 47.4.4.3 nicht erfüllt, liegt keine nach der Bayerischen Beihilfeverordnung berücksichtigungsfähige „chronische Krankheit“ vor. ²Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. ³Die beihilfeberechtigte Person muss durch geeignete Nachweise darlegen (zum Beispiel ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. ⁴Das weitere Vorliegen einer chronischen Erkrankung ist in geeigneter Weise zu überwachen. ⁵Dies ist nicht erforderlich, soweit auf Grund der Art der Erkrankung ein Wegfall des chronischen Krankheitszustands nicht zu erwarten ist.

47.4.5

¹Bei beihilfeberechtigten Personen und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, deren Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden, ist bei Berechnung der Belastungsgrenze nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung maßgebend. ²Dies gilt gleichermaßen auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb dieser Einrichtungen.

47.5.1

Die Nrn. 47.4.2.1 und 47.4.2.2 gelten sinngemäß auch im Fall der Rückkehr aus einer Beurlaubung (§ 47 Abs. 5 Satz 2) oder wenn wegen disziplinarischer Maßnahmen keine Bezüge zustehen.

47.5.2

Wird im Rahmen der Zuordnung bereits einbehaltener Eigenbeteiligungen nach § 47 Abs. 5 Satz 1 eine Überschreitung der individuellen Belastungsobergrenze des verwitweten Ehegatten bzw. des überlebenden Lebenspartners festgestellt, erfolgt eine Freistellung für das verbleibende Kalenderjahr; eine Erstattung des die individuellen Belastungsobergrenze von Hinterbliebenen übersteigenden Differenzbetrages erfolgt nicht, da aus dem Beihilfeanspruch der Hinterbliebenen tatsächlich keine Eigenbeteiligungen einbehalten wurden.

47.5.3

Eine Zuordnung nach § 47 Abs. 5 Satz 1 bei eigenständig beihilfeberechtigten Waisen (§ 2 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2) ist nicht erforderlich, da Waisen vom Abzug von Eigenbeteiligungen freigestellt sind (Art. 96 Abs. 3 Satz 6 Nr. 1 BayBG).

48. Verfahren

48.1.1

Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach § 7 Abs. 2 erfüllt waren.

48.1.2

¹Beihilfen sind bei einer Antragstellung in Papierform mit den Formblättern 7a und 7b im Anhang 4 zu beantragen; dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 93 SGB XII. ²Bei einer Anwendung von Vordrucken nach § 48 Abs. 1 Satz 2 sind die Bestimmungen des Datenschutzes zu beachten.

48.1.3

Eine Zusammenstellung der Formblätter 1 bis 11 ist im Anhang 4 enthalten.

48.1.4

¹Antragsberechtigt ist nur die beihilfeberechtigte Person selbst. ²Bei getrennt lebenden Ehegatten bzw. Lebenspartnern kann ausnahmsweise der berücksichtigungsfähige Ehegatte bzw. Lebenspartner nach Absprache unter den Beteiligten und im Benehmen mit der Festsetzungsstelle der beihilfeberechtigten Person die ihn betreffenden Belege gegebenenfalls mit der ausgefüllten Zusammenstellung der Aufwendungen unmittelbar der Festsetzungsstelle zuleiten. ³Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige, volljährige Kinder, die nicht im Haushalt der beihilfeberechtigten Person wohnen. ⁴In diesen Fällen hat die beihilfeberechtigte Person bei der Stellung seines Beihilfeantrages hierauf in geeigneter Weise Bezug zu nehmen.

48.2

Bei der Geltendmachung von stationären Krankenhausleistungen ist die Entlassungsanzeige des Krankenhauses vorzulegen.

48.3.1

Belege können in Papierform oder bei einer elektronischen Antragstellung in Dateiform übermittelt werden.

48.3.2

¹Belege, zu deren Aufwendungen Beihilfeleistungen aufgrund individueller Kürzungen nicht in der beantragten Höhe gewährt wurde, sind im Hinblick auf Art. 39 Abs. 1 BayVwVfG stets in Papier- oder Dateiform zurückzugeben. ²Dies gilt nicht bei Minderungen aufgrund von Eigenbehalte nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 und Abs. 3 Satz 5 BayBG sowie bei Minderungen nach § 14 (Art. 39 Abs. 2 Nr. 4 BayVwVfG).

48.4.1

¹Soweit ein Krankenhaus, eine stationäre Rehabilitationseinrichtung oder eine Dialyseinstitution auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung auf Vorauszahlungen nicht verzichtet, können auf Antrag der beihilfeberechtigten Person Abschlagszahlungen geleistet werden. ²Für die Beantragung kann das Formblatt 10 (Nr. 48.1.3) verwendet werden.

48.4.2

Im Fall der Direktabrechnung von stationären Krankenhausbehandlungen im schriftlichen Verfahren ist Folgendes zu beachten:

48.4.2.1

¹Die jeweiligen Rechtsbeziehungen zwischen der beihilfeberechtigten Person und dem Beihilfeträger und die der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zum Krankenhaus bleiben unberührt.

²Seitens der Beihilfestelle erfolgt weder ein Schuldbeitritt noch eine Schuldübernahme.

48.4.2.2

¹Gegebenenfalls erforderliche Klärungen von Unstimmigkeiten oder Fehlern in der Rechnung sowie die Anforderung fehlender abrechnungsrelevanter Unterlagen soll im Vorfeld der Beihilfefestsetzung zwischen der Beihilfestelle und dem Krankenhaus erfolgen. ²Gelingt dies nicht, sind eventuelle Rechtsstreitigkeiten nach der Beihilfefestsetzung zwischen der behandelten Person und dem Krankenhaus zu klären.

48.4.2.3

¹Erfasst werden nur Krankenhäuser, die nach § 108 SGB V zugelassen sind (§ 28 Abs. 1) und auch nur dann, wenn sie der Rahmenvereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) beitreten. ²Dies kann sowohl generell durch ausdrücklichen Beitritt als auch im jeweiligen einzelnen Behandlungsfall durch bloße Übersendung des Beihilfeantrags an die Beihilfestelle zur Direktabrechnung erfolgen. ³Beihilfeberechtigten Personen, die eine Direktabrechnung wünschen, ist zu empfehlen, wenn möglich im Vorfeld der Behandlung individuell zu klären, ob das behandelnde Krankenhaus am Direktabrechnungsverfahren teilnimmt.

48.4.2.4

Beihilfeleistungen zu Aufwendungen für Behandlungen in Privatkliniken oder Kliniken im Ausland können nur im Rahmen der in § 48 Abs. 1 genannten Antragsmöglichkeiten beantragt werden.

48.4.2.5

¹Die Krankenhausdirektabrechnung erfasst beihilfefähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen und gegebenenfalls Wahlleistungen für gesonderte Unterkunft sowie wahlärztliche Leistungen, wenn diese ausnahmsweise in der Krankenhausrechnung mit liquidiert werden, finden die Regelungen zur Direktabrechnung auch Anwendung. ²Nicht beihilfefähige Leistungen, insbesondere für eine gesonderte Unterbringung, sowie Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 BayBG müssen weiterhin von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person unmittelbar dem Krankenhaus erstattet werden.

48.4.2.6

Das Abrechnungsverfahren gliedert sich in die drei Teilschritte:

1. Aufnahmeverfahren im Krankenhaus,
2. Übermittlung der Rechnung und anderer Unterlagen durch das Krankenhaus an die Festsetzungsstelle und
3. Beihilfezahlung unmittelbar an das Krankenhaus.

48.4.2.7

¹Das Direktabrechnungsverfahren beginnt mit der Stellung eines Antrags auf Direktabrechnung (Formblatt 11 im Anhang 4). ²Nach der Behandlung sendet das Krankenhaus den Antrag zusammen mit der Rechnung an die Beihilfestelle. ³Nach Prüfung der Rechnung wird der Rechnungsbetrag in Höhe der Beihilfe durch die Beihilfestelle an das Krankenhaus überwiesen. ⁴Die beihilfeberechtigte Person erhält einen abschließenden Bescheid.

48.4.2.8

¹Ist die Durchführung einer Direktabrechnung nicht möglich, erhält die beihilfeberechtigte Person einen entsprechenden Ablehnungsbescheid, dessen Inhalt auch dem Krankenhaus mitgeteilt wird. ²In diesem Fall

ist dann das übliche Beihilfeverfahren zu beschreiben. ³Beihilfeleistungen können in diesem Fall nur im Rahmen der in § 48 Abs. 1 genannten Antragsmöglichkeiten beantragt werden.

48.4.3

¹In den Fällen des § 32 Abs. 2 und § 36 kann auf Antrag und für die Dauer von jeweils bis zu zwölf Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. ²Danach ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten (Nr. 32.2.3) endgültig festzusetzen.

48.6.1

Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des Art. 32 BayVwVfG vorliegen.

48.6.2

¹Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 93 SGB XII einen Beihilfeanspruch geltend machen. ²Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er der beihilfeberechtigten Person zusteht, auf den Sozialhilfeträger über. ³Eine Überleitung nach § 93 SGB XII ist rechtlich nur zulässig, wenn Aufwendungen für die beihilfeberechtigte Person selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für seinen nicht getrennt lebenden Ehegatten bzw. Lebenspartner oder für seine berücksichtigungsfähigen minderjährigen unverheirateten Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) entstanden sind. ⁴In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und gegebenenfalls Anfechtungsklage zu erheben.

48.6.3

¹Leitet der Sozialhilfeträger nicht über, sondern nimmt die beihilfeberechtigte Person nach § 19 Abs. 5 SGB XII im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur die beihilfeberechtigte Person den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Sozialhilfeträger ist zulässig. ²Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Sozialhilfeträger ist ausgeschlossen (vergleiche § 1 Abs. 2 Satz 2).

48.6.4

¹Hat ein Sozialhilfeträger Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von Abs. 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung

- a) den Erbringer der Leistungen (zum Beispiel Heim, Anstalt),
- b) den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
- c) die Art (zum Beispiel Pflege, Heilbehandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
- d) die Leistungshöhe

enthält. ²Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. ³Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Sozialhilfeträgers anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. ⁴In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vergleiche Abs. 6 Satz 3) und gegebenenfalls der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

48.6.5

¹Die Überweisung des festgesetzten Beihilfezahlbetrags erfolgt grundsätzlich nur auf das Bezügekonto der beihilfeberechtigten Person. ²Lediglich in besonders zu begründenden Ausnahmesituationen, die nur unter Anlegung eines strengen Maßstabes anzunehmen sind, kann eine Überweisung auf ein Drittkonto erfolgen. ³Das Vorliegen einer besonderen Ausnahmesituation ist von der beihilfeberechtigten Person gegenüber der Beihilfefestsetzungsstelle unter Angabe des Zahlungsempfängers sowie dessen Bankverbindung darzulegen. ⁴Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit, bei stationären Behandlungen und

Dialysebehandlung Abschlagszahlungen zu beantragen, deren Auszahlung auch unmittelbar an die Leistungserbringer erfolgen kann.

48.6.6

Abweichend von Nr. 48.6.5 erfolgt im Fall einer Direktabrechnung nach § 48 Abs. 4 Satz 2 die Überweisung stets auf das Konto des Leistungserbringers oder in den Fällen des § 31 Abs. 4 und § 44 Abs. 3 Satz 3 und Abs. 5 auf das Konto der Pflegeberatung, des Arbeitgebers der spendenden Person sowie des jeweiligen Krebsregisters.

48.7.1

¹Amts- oder Vertrauensärztinnen und Amts- oder Vertrauensärzte sowie Personen, die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung mit der Erstellung von Gutachten zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit beauftragt werden, gelten ebenfalls als Gutachterinnen bzw. Gutachter. ²Gutachten sind mit Einverständnis der beihilfeberechtigten Person einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden. ³Wird das Einverständnis verweigert und kann die Berechtigung des Anspruchs nicht anderweitig (insbesondere durch Übermittlung pseudonymisierter Daten) nachgewiesen werden, wird eine Beihilfe nicht gewährt.

48.7.2

Mit Ausnahme der Gutachten nach § 40 Satz 2 obliegt die Auswahl von vertrauensärztlichen Gutachterinnen bzw. Gutachter sowie Beratungsärztinnen bzw. Beratungsärzte der Beihilfefestsetzungsstelle.

49. Ausnahmen

49.2.1

¹Die Festlegung der Fallgestaltungen, in denen eine Delegation erfolgen soll, erfolgt durch die oberste Dienstbehörde. ²Im Fall der Delegation entscheidet die nachgeordnete Behörde sowohl über Erst- als auch mögliche Folgeanträge.

49.2.2

In Fallgestaltungen, die neu auftreten oder in denen noch keine Standardisierung des Entscheidungsablaufs möglich ist, ist die Ausnahmeentscheidung weiterhin durch die zuständige oberste Dienstbehörde zu treffen.

50. Inkrafttreten

Die Bekanntmachung tritt am 1. April 2023 in Kraft.

51. Außerkrafttreten

Mit Ablauf des 31. März 2023 tritt die Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen über den Vollzug der Bayerischen Beihilfeverordnung (BayBhV) vom 26. Juli 2007 (FMBl. S. 291, StAnz. Nr. 32), die zuletzt durch Bekanntmachung vom 5. Oktober 2022 (BayMBl. Nr. 586) geändert worden ist, außer Kraft.

Dr. Alexander Voithl

Ministerialdirektor

Anlagen

Anhang 1: Hinweise zum Gebührenrecht

Anhang 2: Heilkurortverzeichnis Inland

Anhang 3: Heilkurortverzeichnis Ausland

Anhang 4:

Formblatt 1 – Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie

Formblatt 2 – Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter zum Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

Formblatt 3 – Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie

Formblatt 4 – Psychotherapie-Gutachten

Formblatt 5 – Psychotherapie-Gutachten

Formblatt 6 – Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie

Formblatt 7a – Antrag auf Beihilfe

Formblatt 7b – Antrag auf Beihilfe Pflege und allgemeine Aufwendungen

Formblatt 7c – Festsetzung der Beihilfe

Formblatt 8 – Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 5 Satz 5 BayBhV

Formblatt 9 – Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer Heilkur nach § 30 Abs. 6 Satz 2 BayBhV

Formblatt 10 – Antrag auf Abschlagszahlung

Formblatt 11 – Antrag auf Gewährung von Beihilfe und auf Direktabrechnung