

2030.8.3-F

**Verwaltungsvorschriften
zur Bayerischen Beihilfeverordnung
(VV-BayBhV)**

**Bekanntmachung
des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen
vom 26. Juli 2007
Az.: 25 - P 1820 - 1075 - 26 929/07**

Auf Grund des § 49 Abs. 1 der Bayerischen Beihilfeverordnung (BayBhV) vom 2. Januar 2007 (GVBl S. 15, BayRS 2030-2-27-F), erlässt das Bayerische Staatsministerium der Finanzen folgende Verwaltungsvorschriften:

Inhaltsübersicht

Abschnitt I Geltungsbereich

Abschnitt II Verwaltungsvorschriften zur Bayerischen Beihilfeverordnung

VV zu § 1 BayBhV	Zweckbestimmung
VV zu § 2 BayBhV	Beihilfeberechtigter Personenkreis
VV zu § 3 BayBhV	Berücksichtigungsfähige Angehörige
VV zu § 5 BayBhV	Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen
VV zu § 6 BayBhV	Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen
VV zu § 7 BayBhV	Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
VV zu § 8 BayBhV	Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen
VV zu § 9 BayBhV	Psychotherapie - Begutachtungsverfahren
VV zu § 12 BayBhV	Verhaltenstherapie
VV zu § 14 BayBhV	Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen
VV zu § 15 BayBhV	Kieferorthopädische Leistungen
VV zu § 16 BayBhV	Funktionsanalytische und funktionstherapeutische

Leistungen

VV zu § 17 BayBhV	Implantologische Leistungen
VV zu § 18 BayBhV	Arznei- und Verbandmittel
VV zu § 19 BayBhV	Heilbehandlungen
VV zu § 20 BayBhV	Komplexleistungen
VV zu § 21 BayBhV	Hilfsmittel
VV zu § 22 BayBhV	Sehhilfen
VV zu § 24 BayBhV	Häusliche Krankenpflege
VV zu § 24a BayBhV	Soziotherapie
VV zu § 25 BayBhV	Familien- und Haushaltshilfe
VV zu § 26 BayBhV	Fahrtkosten
VV zu § 27 BayBhV	Auswärtige Übernachtungen
VV zu § 28 BayBhV	Krankenhausleistungen
VV zu § 29 BayBhV	Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen
VV zu § 30 BayBhV	Kuren
VV zu § 31 BayBhV	Dauernde Pflegebedürftigkeit
VV zu § 32 BayBhV	Häusliche und teilstationäre Pflege
VV zu § 33 BayBhV	Verhinderungspflege
VV zu § 36 BayBhV	Stationäre Pflege
VV zu § 37 BayBhV	Vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe
VV zu § 38 BayBhV	Zusätzliche Betreuungsleistungen
VV zu § 39 BayBhV	Hospize
VV zu § 40 BayBhV	Festsetzungsverfahren bei Pflege
VV zu § 41 BayBhV	Vorsorgemaßnahmen
VV zu § 42 BayBhV	Aufwendungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt
VV zu § 43 BayBhV	Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Kontrazeption
VV zu § 44 BayBhV	Sonstige Aufwendungen
VV zu § 45 BayBhV	Behandlungen im Ausland
VV zu § 46 BayBhV	Bemessung der Beihilfe
VV zu § 47 BayBhV	Begrenzung der Beihilfe
VV zu § 48 BayBhV	Verfahren

Abschnitt III Anwendungsempfehlung für nichtstaatliche Dienstherren

Anhang 1	Hinweise zum Gebührenrecht
Anhang 2	Verzeichnis der Gutachter und Obergutachter
Anhang 3	Heilkurortverzeichnis Inland
Anhang 4	Heilkurortverzeichnis Ausland
Anhang 5	Vordrucke

Abschnitt I

Geltungsbereich

1. Die Verwaltungsvorschriften gelten für Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter, Ruhestandsbeamtinnen und Ruhestandsbeamte, Richterinnen und Richter im Ruhestand, deren Hinterbliebene sowie Dienstanfängerinnen und Dienstanfänger des Freistaates Bayern.
2. Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des Freistaates Bayern gelten die Verwaltungsvorschriften entsprechend, sofern das Arbeitsverhältnis vor dem 1. Januar 2001 begründet wurde (vgl. § 6 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung besoldungsrechtlicher Vorschriften vom 22. Dezember 2000 [GVBl S. 928]).

Abschnitt II

Verwaltungsvorschriften zur Bayerischen Beihilfeverordnung

VV zu § 1 BayBhV Zweckbestimmung

Zu Absatz 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.

Zu Absatz 2

1. ¹Der Anspruch auf Beihilfe ist vererblich. ²Die Erbeneigenschaft ist bei der Antragstellung in geeigneter Weise, z. B. durch die Vorlage eines Erbscheines (§§ 2365 bis 2367 BGB), nachzuweisen. ³Auf die Vorlage eines Erbscheins kann verzichtet werden, wenn die Antragstellung durch den überlebenden Ehegatten bzw. Lebenspartner (Lebenspartner und Lebenspartnerin im Sinn des § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes) oder Kinder der oder des Verstorbenen erfolgt, die Aufwendungen durch die Vorlage von Originalbelegen nachgewiesen werden und die Überweisung der Beihilfe weiterhin auf das Bezügekonto der verstorbenen Beihilfeberechtigten bzw. des verstorbenen Beihilfeberechtigten erfolgt; Halbsatz 1 gilt nicht, wenn sich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die antragstellende Person nicht Erbe ist.
2. Die Beihilfegewährung zu Aufwendungen des Beihilfeberechtigten und der 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.
3. Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis seines Todes noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.
4. Die Originalbelege sind vor der Rückgabe von der Festsetzungsstelle als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich zu machen.
5. ¹Alle Belege sind an den Antragsteller zurückzugeben (§ 48 Abs. 3 Satz 5). ²Zur Geltendmachung von Rabatten nach dem Gesetz über Rabatte für Arzneimittel (Art. 11a des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG – vom 22. Dezember 2010, BGBl I S. 2262, in der jeweils geltenden Fassung) hat die Beihilfefestsetzungsstelle vor der Rückgabe der entsprechenden Belege Kopien zu fertigen.

VV zu § 2 BayBhV Beihilfeberechtigter Personenkreis

Zu Absatz 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 der Beihilfeberechtigte stirbt.
2. Empfänger von Unterhaltsbeitrag auf Grund disziplinarrechtlicher Regelungen und von Gnadenunterhaltsbeiträgen sind nicht beihilfeberechtigt.

Zu Absatz 2

1. Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen in Betracht Art. 38 Satz 2, Art. 83 bis 87 und Art. 44 Abs. 4 und 5 Bayerisches Beamtenversorgungsgesetz (BayBeamtVG) sowie Art. 10 des Bayerischen Besoldungsgesetzes (BayBesG).
2. ¹Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Sonderurlaub ohne Bezüge nach § 18 Abs. 3 Urlaubsverordnung (UrlV) von längstens einem Monat unberührt. ²Dauert der Sonderurlaub länger als einen Monat, entfällt der Beihilfeanspruch von Anbeginn der Beurlaubung.
3. ¹Bezüglich des Beihilfeanspruchs des überlebenden Ehegatten bzw. des überlebenden Lebenspartners zählen Empfänger von Halbwaisengeld zum Kreis der berücksichtigungsfähigen Angehörigen. ²§ 3 Abs. 2 Nr. 1 ist zu beachten.
4. Steht dem überlebenden Ehegatten bzw. dem überlebenden Lebenspartner auf Grund einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst als Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer noch ein Beihilfeanspruch zu (vgl. § 6 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung besoldungsrechtlicher Vorschriften), 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.
5. ¹Wenn der überlebende Elternteil eines Kindes der verstorbenen Person nicht zum Bezug von Witwengeld bzw. Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner berechtigt ist und auch keinen Unterhaltsbeitrag in Höhe des Witwengeldes bzw. der Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner erhält, erhält das Kind Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen (vgl. Art. 40 Abs. 2 BayBeamtVG). ²Das Kind hat in solchen Fällen einen eigenen Anspruch auf Beihilfe.

Zu Absatz 4

1. ¹Beihilfeberechtigte erhalten als Mitglied bzw. ehemaliges Mitglied des Deutschen Bundestages nach § 27 Abs. 1 Abgeordnetengesetz (AbgG) einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer

Anwendung der Beihilfebestimmungen des Bundes (BhV). ²Unter den in § 27 Abs. 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird stattdessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt. ³Eine Beihilfegewährung nach den BayBhV ist ausgeschlossen (§ 2 Abs. 2).

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 Bayerisches Abgeordnetengesetz - BayAbgG). ²Sie haben deshalb gemäß § 2 Abs. 2 keinen Anspruch auf Beihilfeleistungen, sondern lediglich Ansprüche nach Art. 20 BayAbgG. ³Ein Versorgungsempfänger bleibt als solcher beihilfeberechtigt nach § 2 Abs. 1 Nrn. 2, 3, da ein Anspruch nach Art. 20 BayAbgG nur besteht, soweit sich ein Beihilfeanspruch nicht aus anderen Vorschriften ergibt. ⁴Da 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 BhV nicht einschlägig.

VV zu § 3 BayBhV Berücksichtigungsfähige Angehörige

Zu Absatz 1

1. Bei dem Grunde nach berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, ist § 5 Abs. 3 zu beachten.
2. Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder.
3. Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Beihilfen demjenigen zu gewähren, bei dem der Betreffende bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger war.

Zu Absatz 2

1. ¹Solange der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gewährt wird, bleiben Kinder in der Beihilfe berücksichtigungsfähig. ²Sofern ein eigenständiger Anspruch auf Beihilfe besteht, vgl. § 5 Abs. 3 BayBhV.

2. ¹Nr. 1 gilt entsprechend bei Arbeitnehmern, die nach § 6 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung besoldungsrechtlicher Vorschriften) noch Anspruch auf Beihilfe haben, bzgl. der kinderbezogenen Entgeltbestandteile nach § 11 TVÜ-Länder bzw. § 8 TVÜ-Ärzte für Kinder, die bis 31. Dezember 2006 geboren wurden (§ 11 Abs. 3 Buchst. a TVÜ-Länder bzw. § 8 Abs. 3 Buchst. a 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 bzw. § 8 Satz 2 TVÜ-Ärzte bestanden hätte.
3. Welchem Beihilfeberechtigten im Einzelfall die Beihilfe gewährt wird, ergibt sich aus § 5 Abs. 6.

Zu Absatz 3

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

VV zu § 5 BayBhV Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

Zu Absatz 1

¹Beihilfeansprüche nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im Einzelnen dem Grunde nach gleichwertig. ²§ 5 Abs. 1 stellt klar, aus welchem Rechtsverhältnis eine Beihilfe beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften zu gewähren ist.

Zu Absatz 2

1. ¹Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinn 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). Da somit keine vorgehende Beihilfeberechtigung vorliegt, steht ihr eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin zu.

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.
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 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. 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.

Zu Absatz 3

¹Die VV zu Abs. 1 und 2 gelten entsprechend. ²Die Ausschlussregelungen des Art. 96 Abs. 1 BayBG, § 7 Abs. 4 Nr. 2 sind zu beachten.

Zu Absatz 5

¹Wird einem teilzeitbeschäftigten Ehegatten bzw. Lebenspartner eines Beamten der auf Grund des § 6 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung besoldungsrechtlicher Vorschriften 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 (z. B. Art. 96 Abs. 1 BayBG, § 7 Abs. 4 Nr. 2) erfüllt sind.

²Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die auf Grund des § 6 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung besoldungsrechtlicher Vorschriften 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.

Zu Absatz 6

1. Nr. 2 zu § 3 Abs. 2 gilt entsprechend.
2. ¹Ist das Elternpaar nicht beim gleichen Dienstherrn tätig, sind Vergleichsmittelungen über Bestimmungen auszutauschen. ²Dies gilt auch in den Fällen, in denen einer der Ehepartner Beihilfeleistungen nach den Beihilfebestimmungen des Bundes oder eines anderen Landes erhält.

VV zu § 6 BayBhV Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen

Zu Absatz 1

1. ¹Zu den vorrangigen Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 gehören Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, belegärztliche Leistungen, Heilmittel usw., die auf Kranken- oder Behandlungsschein bzw. Chipkarte gewährt werden sowie kieferorthopädische Behandlung) einer gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, z. B. der Versorgungsverwaltung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG). ²Dies gilt ferner z. B. auch für Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen und Ansprüche auf Krankheitsfürsorge auf Grund des Art. 31 Abs. 2 des Statuts des Lehrpersonals der Europäischen Schulen sowie Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. ³Ferner gehören dazu Ansprüche nach dem BVG, 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.

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. 2 Satz 2 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.

3. ¹Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 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.

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 (PfIVG).

5. ¹Zu Aufwendungen von freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die vor dem 1. April 2007 entstanden sind, sind Beihilfeleistungen übergangsweise nach den bis 31. Dezember 2006 in Bayern maßgebenden Beihilfebestimmungen zu

gewähren. ²Eine Berücksichtigung von Aufwendungen, die nach dem 31. März 2007 entstanden sind bzw. entstehen, ist nur möglich, wenn der Beihilfeberechtigte nachweist, dass ihm ein Übergang vom Kostenerstattungsverfahren (§ 13 Abs. 2 SGB V) in das Sachleistungsverfahren erst zu einem nach dem 31. März 2007 liegenden Zeitpunkt erstmals möglich ist. ³Entsprechend ist bei bislang freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung zu verfahren, die von der dauernden Öffnungsaktion der privaten Krankenversicherungsunternehmen (Wechsel in die private Krankenversicherung zu besonderen Bedingungen) Gebrauch machen.

Zu Absatz 2

1. ¹Die gemäß Art. 14 Abs. 1 BayBG auf den Freistaat Bayern übergehenden oder von der Beamtin bzw. dem Beamten abgetretenen Schadensersatzansprüche werden durch das Landesamt für Finanzen - Dienststelle Regensburg - geltend gemacht (§ 3 Abs. 6 Vertretungsverordnung -VertrV). ²Die Beihilfefestsetzungsstellen haben das Landesamt für Finanzen Dienststelle Regensburg - über derartige Schadensfälle alsbald zu unterrichten.
2. Art. 14 BayBG erfasst sowohl Ansprüche der Beamtin bzw. des Beamten als auch Ansprüche von berücksichtigungsfähigen Angehörigen und Versorgungsempfängern.
3. ¹Auch bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern kann gegen Abtretung der Schadenersatzansprüche nach Nr. 1 Satz 1 verfahren werden. ²Die Schadensersatzansprüche werden vom Landesamt für Finanzen - Dienststelle Ansbach - geltend gemacht (§ 3 Abs. 7 VertrV). ³Im Übrigen gilt Nr. 1 entsprechend.

VV zu § 7 BayBhV Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Zu Absatz 1

1. ¹Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen sind nur nach Maßgabe des § 41 beihilfefähig. ²Aufwendungen für andere vorbeugende Maßnahmen (z. B. ungezielte umfassende Untersuchungen - sog. Check-up) sind nicht beihilfefähig.

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.

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 Einfachsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. ³Der in der GOÄ und der GOZ 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. ⁴Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 7 Abs. 1 Satz 2) sind die Gebühren nach der GOÄ bzw. der GOZ auch dann, wenn die Leistung von einer Ärztin/Zahnärztin bzw. einem Arzt/Zahnarzt oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet. ⁵Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten z. B. die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. ⁶Darin 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. ⁷Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden.

4. ¹Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt sind, vgl. § 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- bzw. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95 aus Abschnitt B des Gebührenverzeichnisses der GOÄ,

b) Nrn. 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871 aus Abschnitt G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

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 GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren durch vertrauensärztliche Gutachter, sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsnummern nach Abschnitt G der GOÄ beihilfefähig.

5. 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 Sätze 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Sätze 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; vgl. z. B. Nr. 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, Nr. 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).

6. 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 den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch die Ärztin/Zahnärztin bzw. den Arzt/Zahnarzt erläutern zu

lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten veranlasst worden ist. ³Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist entsprechend § 48 Abs. 8 zu verfahren.

7. 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 GOÄ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig; eine Abdingung der GOZ ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ zulässig (vgl. VV zu Abs. 4 Nr. 4). ³Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen im Sinn der BayBhV 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 Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen zugelassen werden.
8. Abrechnungen auf der Basis eines DKG-NT (Nebenkostentarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft) sind in voller Höhe beihilfefähig.
9. Zu den besonderen gebührenrechtlichen Fragen wird auf die als Anhang 1 beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht verwiesen.

Zu Absatz 1a

Bei Versicherten im beihilfekonformen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a oder nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) oder einem Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes ist die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die zum Leistungsumfang des Standard- bzw. Basistarifs zählen, wie folgt zu beurteilen:

1. ¹Seit 1. Juli 2007 ist die medizinische Versorgung über die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen sichergestellt. ²Insoweit enthält § 75 Abs. 3a SGB V eigenständige Regelungen für die Bemessung der Gebühren für (zahn-)ärztliche Leistungen, die ab dem 1. Juli 2007 erbracht werden. ³Danach sind bis zu einer abweichenden Vereinbarung oder Festlegung die Gebühren wie folgt begrenzt:

a) Gebühren nach dem Leistungsverzeichnis der GOÄ

Abschnitt M und Nummer 437	1,16facher Satz
Abschnitte A, E und O	1,38facher Satz
übrige Leistungen	1,8facher Satz

b) Gebühren nach dem Leistungsverzeichnis der GOZ

2facher Satz.

⁴Bzgl. abweichender Vereinbarungen, vgl. Nr. 2.

2. Bei Versicherten im Basistarif sind seit 1. April 2010 die Gebühren für ambulante Leistungen, die dem Grund nach nach dem Leistungsverzeichnis der GOÄ abzurechnen sind, sowie für belegärztliche Leistungen wie folgt begrenzt:

Abschnitt M und Nummer 437	0,9facher Satz
Abschnitte A, E und O	1,0facher Satz
übrige Leistungen	1,2facher Satz.

Zu Absatz 3

1. Die beihilferechtliche Berücksichtigung von Pauschalabrechnungen, die auf der Basis eines zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Leistungserbringern geschlossenen Vertrages verrechnet werden, setzt voraus, dass in den Abrechnungsunterlagen in geeigneter Weise auf das private Krankenversicherungsunternehmen und den Vertragsschluss Bezug genommen wird.
2. ¹Nach dem Transplantationsgesetz (TPG) vom 5. November 1997 (BGBl I S. 2631) 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 Sinn des § 11 Abs. 1 Satz 2 TPG beauftragt. ³Vertragspartner ist u. a. der Verband der privaten Krankenversicherung. ⁴Die Finanzierung der Organbeschaffung bei postmortaler

Organspende durch die DSO als Koordinierungsstelle erfolgt in Form einer Organisations- sowie einer Flugtransportkostenpauschale. ⁵Das Staatsministerium der Finanzen gibt die jeweiligen Beträge bekannt.

Zu Absatz 4 Nr. 2

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.
2. Bei einem individuellen Ausschluss oder einer Aussteuerung von Versicherungsleistungen sind nur die Aufwendungen für die entsprechenden Leiden oder Krankheiten beihilfefähig.
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 Jahresfrist nach § 48 Abs. 7 zu beachten ist.
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 bzw. den Lebenspartner 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. ³Bzgl. der Antragsgrenze von 200 € gilt die VV-Nr. 1 zu § 48 Abs. 2 sinngemäß.
5. ¹Für Beamtinnen und Beamte, die im Jahr des Beginns der Inanspruchnahme von Elternzeit zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen werden, jedoch die Voraussetzungen des § 7 Abs. 4 Nr. 2 Satz 3 nicht erfüllen, gilt die Ausnahme im Sinn des § 7 Abs. 4 Nr. 2 Satz 4 als allgemein erteilt. ²Entsprechendes gilt für das Jahr des Endes der Inanspruchnahme von Elternzeit.

Zu Absatz 4 Nr. 4

Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie auf Verlangen erbracht worden sind (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ, § 1 Abs. 2 Satz 2, § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ).

Zu Absatz 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.

VV zu § 8 BayBhV Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen

1. ¹Legasthenie ist keine Erkrankung im Sinn des § 8. ²Aufwendungen für eine derartige Behandlung sind daher nicht beihilfefähig.
2. ¹Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. ²Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose erforderlich bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen. ³Bei implantologischen Leistungen ist die Angabe der Diagnose nur bei den in § 17 Satz 1 BayBhV genannten Fällen erforderlich; ist keine Diagnose angegeben, ist davon auszugehen, dass die genannten besonderen Voraussetzungen nicht vorliegen.
3. Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig.
4. Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne sowie der Nr. 002 des Gebührenverzeichnisses der GOZ beihilfefähig.

VV zu § 9 BayBhV Psychotherapie - Begutachtungsverfahren

Zu Absatz 2

1. ¹Die Festsetzungsstelle beauftragt einen der in Anhang 2 aufgeführten vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung sowie mit der Bewertung der Angaben des Arztes oder Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeuten genannt) mit den Formblättern 1 und 2 (siehe Nr. 7, **Anhang 5**). ²Die Anforderung eines Gutachtens hat in pseudonymisierter Form zu erfolgen. ³Die Festsetzungsstelle vergibt hierzu einen von ihr festgelegten Pseudonymisierungscode. ⁴Bei Erst- und Folgebegutachtungen ist derselbe Pseudonymisierungscode zu verwenden. ⁵Im Hinblick auf Art. 35 Satz 1, Art. 41 Abs. 1 BayVwVfG ist hierbei sicherzustellen, dass das erstellte Gutachten eindeutig einem Beihilfeanspruch zugeordnet werden kann.
- 1.1 ¹Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 ("Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie") ausgefüllt vorzulegen. ²Außerdem hat er (oder die Patientin bzw. der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf Formblatt 2 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.
- 1.2 ¹Therapeuten im Sinn der Nr. 1 sollen zusätzlich mit Formblatt 2a (siehe Nr. 7, **Anhang 5**) den erforderlichen ärztlichen Konsiliarbericht zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz (PsychThG)) einholen.
- 1.3 ¹Der Therapeut hat das ausgefüllte Formblatt 2 und ggf. das Formblatt 2a in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter zu übermitteln. ²Der Eingang der ausgefüllten Formblätter gilt als Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.
- 1.4 ¹Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit Formblatt 3 (siehe Nr. 7, **Anhang 5**) einen vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens

nach Formblatt 4 (siehe Nr. 7, **Anhang 5**) und leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

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

1.5 ¹Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach Formblatt 4 ("Psychotherapie-Gutachten") - in zweifacher Ausfertigung - in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle.
²Diese leitet eine Ausfertigung des "Psychotherapie-Gutachtens" an den Therapeuten weiter.

1.6 ¹Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach Formblatt 5 (siehe Nr. 7, Anhang 5).

2. ¹Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen.

2.1 ¹Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte (oder die Patientin bzw. der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, seinen "Erstbericht" an den Gutachter auf Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle/des Gutachters eingegangen werden sollte.

2.2 ¹Der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/das Ersuchen des Beihilfeberechtigten oder der Patientin bzw. des Patienten.

2.3 ¹Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle einen vertrauensärztlichen Obergutachter (siehe Nr. 6, **Anhang 2**) mit der Erstellung eines Obergutachtens; sie leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

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

²Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten. ³Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Therapeut die in § 11 Abs. 4 bis 7 und § 12 Abs. 4 bis 7 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

2.4 Der Obergutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle.

2.5 Auf Grundlage der (ober-)gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen Abhilfe- bzw. Widerspruchsbescheid.

3. ¹Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (§ 11 Abs. 2 und § 12 Abs. 3) leitet die Festsetzungsstelle den vom Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2) mit einem Freiumschlag dem Gutachter zu, welcher das Erstgutachten erstellt hat. ²Dabei ist das Formblatt 4 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. ³Im Übrigen gelten Nrn. 1.5 bis 2.5 entsprechend.

4. ¹Um eine Konzentration auf einzelne Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur gutachterlichen Stellungnahme von der Festsetzungsstelle den Gutachtern und Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten. ²Die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 € und des Obergutachtens in Höhe von 82 € jeweils zuzüglich der Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, trägt die Festsetzungsstelle (Beihilfetitel).
5. ¹Die Festsetzungsstelle kann von dem beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahren nach § 9 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 absehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten (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 des Therapeuten ergeben. ²Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach §§ 11 und 12.
6. Das Verzeichnis der Gutachter und Obergutachter für Psychotherapie wird als Anhang 2 vom Staatsministerium der Finanzen herausgegeben.
7. Die im Rahmen des Gutachterverfahrens anzuwendenden Formblätter 1 bis 5 werden im Anhang 5 (vgl. Nr. 3 zu § 48 Abs. 1) herausgegeben.

VV zu § 12 BayBhV Verhaltenstherapie

Der analoge Ansatz von Nr. 860 sowie von Nr. 808 des Leistungsverzeichnisses der GOÄ zur Abgeltung und Erhebung der biographischen Anamnese sowie der Einleitung und Verlängerung von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen ist als beihilfefähig anzuerkennen.

VV zu § 14 BayBhV Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen

Aufwendungen für Material- und Labor- bzw. Praxiskosten sind durch eine § 10 Abs. 2 Nrn. 5 und 6 GOZ entsprechende Rechnung des Zahnarztes oder Dentallabors nachzuweisen.

VV zu § 15 BayBhV Kieferorthopädische Leistungen

1. Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind 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 und/oder Linderung geeignet sind.
2. Bezüglich der Beihilfefähigkeit von Heil- und Kostenplänen bei kieferorthopädischer Behandlung vgl. Nr. 4 zu § 8.
3. ¹Sofern eine aktive kieferorthopädische Weiterbehandlung (Maßnahmen nach Nrn. 603 bis 605 GOZ bzw. Nrn. 606 bis 609 GOZ) über den bis zu vierjährigen Zeitraum hinaus medizinisch erforderlich wird, ist die Vorlage eines neuen Heil- und Kostenplans erforderlich. ²Dieser ist im letzten Quartal vor Ablauf der vierjährigen Behandlung, d. h. im 16. Behandlungsquartal, vorzulegen. ³Kieferorthopädische Leistungen, die nach dem 16. Behandlungsquartal durchgeführt werden, sind nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit, ggf. nach fachzahnärztlicher Begutachtung, vorher anerkannt hat. ⁴Entsprechendes gilt für erforderliche Zweitbehandlungen.
4. Erfolgt die aktive Behandlungsmaßnahme innerhalb der Regelbehandlungszeit von bis zu vier Jahren und sind anschließend ausschließlich Retentionsmaßnahmen nach Nr. 621 GOZ bzw. Begleitleistungen nach Nrn. 618 bis 623 GOZ medizinisch notwendig, ist kein neuer Heil- und Kostenplan erforderlich.
5. Die Aufwendungen für eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung – einschließlich einer ggf. erforderlichen Verlängerung – sind auch dann beihilfefähig, wenn sie nach Vollendung des 18. Lebensjahres entstehen.

VV zu § 16 BayBhV Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

¹Bezüglich der Frage, ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, vgl. Nr. 2 Satz 2 zu § 8. ²Die Aufwendungen für Nrn. 800 ff. des Leistungsverzeichnisses der GOZ sind in Zusammenhang mit umfangreichen kieferorthopädischen Maßnahmen (vgl. § 16 Satz 1 Nr. 4) nur beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des § 15 vorliegen. ³Der erforderliche Befund nach § 16 Satz 3 kann mit dem Formblatt 7 (vgl. Nr. 3 zu § 48, Anhang 5) belegt werden.

VV zu § 17 BayBhV Implantologische Leistungen

1. Bezüglich der Frage, ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, vgl. Nr. 2 Satz 3 zu § 8.
2. Vom Begriff der implantologischen Leistungen werden neben den Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der GOZ auch Aufwendungen für ggf. erforderliche vorbereitende operative Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau) nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ erfasst.
3. Es ist davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, sofern der Beihilfeberechtigte nicht in geeigneter Weise, z. B. durch Beihilfebescheide oder Rechnungen, eine Finanzierung ohne Leistungen eines Dienstherrn oder öffentlichen Arbeitgebers belegen kann.
4. Die Beihilfegewährung zu Aufwendungen für den Austausch von Sekundärteilen erfolgt sinngemäß nach § 17 Sätze 1 bis 3, 5.

VV zu § 18 BayBhV Arznei- und Verbandmittel

1. ¹Von § 18 erfasst werden nur Medizinprodukte im Sinn des § 3 Nr. 1 Buchst. d Nrn. 2, 3, 5, des Medizinproduktegesetzes (MPG) ²Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel, Medizinprodukte im Sinn der Nr. 1 und dergleichen, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk 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.
2. ¹Aufwendungen für Geriatrika und Stärkungsmittel sind nicht beihilfefähig. ²Beihilfefähig sind die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (z. B. D-Fluoretten, Vigantoletten) bei Säuglingen und Kleinkindern.

1. ¹Zu den Mitteln, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, gehören z. B. Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwässer, medizinische Körperpflegemittel, Nahrungsergänzungsmittel und dergleichen. ²In Ausnahmefällen sind Aufwendungen für 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 bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z. B. 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).
2. Aufwendungen für Elementardiäten sind für Säuglinge (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr) mit Kuhmilcheiweißallergie beihilfefähig; dies gilt ferner für einen Zeitraum von einem halben Jahr bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.

Zu Satz 4 Nr. 3

Ein Vitaminpräparat ist ein Arzneimittel im Sinn des Arzneimittelgesetzes (AMG), wenn es als Arzneimittel zugelassen ist; dies ist anhand der gängigen Verzeichnisse (z. B. Rote Liste) zu prüfen.

VV zu § 19 BayBhV Heilbehandlungen

Zu Absatz 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 besteht. ²Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Behandler in ihrem Beruf erbringen. ³Als Personen im Sinn des Abs. 1 gelten ferner staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen und Klinische Linguisten bzgl. Leistungen des Abschnitts VIII der Anlage 2 BayBhV (Logopädie). ⁴Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von DiplomPädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Malthérapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.
2. ¹Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für die in Anlage 2 genannten Heilbehandlungen. ²Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilbehandlungen, die weder in Anlage 2 aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen.
3. ¹Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose "Diabetisches Fußsyndrom" beihilfefähig.
4. Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie können nach folgenden Maßgaben als beihilfefähig anerkannt werden:
 - a) Werden neuropsychologische Behandlungen von einer Psychologin bzw. einem Psychologen erbracht, muss eine entsprechende Weiterbildung im Bereich der Neuropsychologie (z. B. durch die Gesellschaft für Neuropsychologie - GNP e.V.) nachgewiesen werden.

- b) Pro Sitzung (mindestens 60 Min.) kann ein Betrag von bis zu 61,36 € als beihilfefähig anerkannt werden.
- c) Maximal 25 Sitzungen sind beihilfefähig.

Zu Absatz 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.

- 2.1 Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

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

und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:

- d) Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage
- e) Isokinetik
- f) Unterwassermassage.

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

- 2.3 Die in Nr. 2.1 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach Nr. 14 des Leistungsverzeichnisses der Anlage 2 abgegolten.

VV zu § 20 BayBhV Komplexleistungen

1. ¹Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und ggf. nichtärztliches Personal durchgeführt werden. ²Die Beteiligung einer Ärztin bzw. eines Arztes muss dabei sichergestellt werden.

³Zu den Komplextherapien gehören u. a. Asthmaschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitusstherapien (Pauschalabrechnung), ambulante Chemotherapie nach dem Braunschweiger Modell, ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen.
2. Nicht zu den Komplextherapien zählen u. a. die Soziotherapie und die psychiatrische Krankenpflege.
3. Stationäre Komplextherapie bedeutet die Einheit zwischen klinisch stationärer Behandlung und Rehabilitationsmaßnahme.
4. Die im Rahmen einer interdisziplinären Frühförderung durchgeführten Eingangs-, Quartalsuntersuchungen und Teamgespräche gelten als eigenständige Komplexleistung.

VV zu § 21 BayBhV Hilfsmittel

1. Die in Anlage 3 genannten Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind medizinische Kompressionswadenstrümpfe, -(halb)schenkelstrümpfe, -strumpfhosen, -stumpfstrümpfe, -armstrümpfe sowie Narbenkompressionsbandagen, Ein- und Mehrkammergeräte und Befestigungshilfen (Hautkleber, Strumpfhaltersysteme, Leibteile, Leibgurte).
2. ¹Das Staatsministerium der Finanzen kann zu Anlage 3 weitere Erläuterungen geben.
²Es kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen; in diesem Fall bedarf die Herausgabe näherer Erläuterungen des Einvernehmens des Staatsministeriums der Finanzen.
3. Die Aufwendungen für ärztlich in Schriftform verordnete Windeln sind bei bestehender Inkontinenz beihilfefähig

VV zu § 22 BayBhV Sehhilfen

Zu Absatz 1

- ¹Sehhilfen für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind unter Beachtung der Höchstsätze nach § 22 Abs. 2 bis 6 beihilfefähig, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifizierung des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. ²Eine schwere Sehbehinderung, die zur Versorgung zu Lasten der Beihilfe führen kann, liegt somit nur vor, wenn die Sehschärfe (Visus) auf jedem Auge maximal 0,3 beträgt. ³0,3 bedeutet, dass der Patient aus drei Meter Entfernung das sehen kann, was ein Normalsichtiger aus zehn Meter Entfernung sehen kann. ⁴Besteht bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf einem Auge eine Sehleistung von $\leq 0,3$ (kleiner oder gleich 30 %), auf dem anderen bei bestmöglicher Korrektur eine Sehbehinderung von $>0,3$ (größer als 30 %), besteht kein Leistungsanspruch für Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige. ⁵Eine eingeschränkte Sehfähigkeit von bis zu 0,3 auf einem Auge allein reicht somit für einen Leistungsanspruch nicht aus. ⁶Die Indikation (Indikationsschlüssel) ist auf der Verordnung anzugeben. ⁷Die Angabe in Dioptrien ist allein nicht ausreichend.
- Gegenüberstellung der maßgeblichen Indikationen-Codierungsschlüssel gemäß ICD-10-Klassifikation (ICD-10-GM-Version 2004, Kapitel VII, Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde) und der Stufen der Sehbeeinträchtigung gemäß WHO:

Bezeichnung gemäß ICD 10	Stufen der Sehbeeinträchtigung gemäß WHO	Sehschärfe mit bestmöglicher Korrektur	
		Maximum weniger als:	Minimum bei oder höher als:
Sehschwäche	1	6/18 3/10 (0,3) 20/70	6/60 1/10 (0,1) 20/200

Bezeichnung gemäß ICD 10	Stufen der Sehbeeinträchtigung gemäß WHO	Sehschärfe mit bestmöglicher Korrektur	
		Maximum weniger als:	Minimum bei oder höher als:
Sehschwäche	2	6/60 1/10 (0,1) 20/200	3/60 1/20 (0,05) 20/400
Blindheit	3	3/60 1/20 (0,05) 20/400	1/60 (Fingerzählen bei 1 m) 1/50 (0,02) 5/300 (20/1200)
Blindheit	4	1/60 (Fingerzählen bei 1 m) 1/50 (0,02) 5/300	Lichtwahrnehmung
Blindheit	5	Keine Lichtwahrnehmung	

3. ¹Die maßgeblichen Diagnoseschlüssel sind den Stufen der Sehbeeinträchtigung gemäß WHO wie folgt zuzuordnen:

a) H 54.0 Blindheit beider Augen

Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.

b) H 54.1 Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges

Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung eines Auges, Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung des anderen Auges.

c) H 54.2 Sehschwäche beider Augen

Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.

²Der Begriff "Sehschwäche" in der Kategorie H 54 schließt die Stufen 1 und 2, der Begriff "Blindheit" die Stufen 3, 4, 5 ein. ³Wenn die Größe des Gesichtsfeldes mitberücksichtigt wird, sind Patienten, deren Gesichtsfeld bei zentraler Fixation nicht größer als zehn Grad, aber größer als fünf Grad ist, in die Stufe 3 einzuordnen; Patienten, deren Gesichtsfeld bei zentraler Fixation nicht größer als fünf Grad ist, sind in die Stufe 4 einzuordnen, auch wenn die zentrale Sehschärfe nicht herabgesetzt ist.

4. ¹Erhebliche **Gesichtsfeldausfälle** führen zu Einschränkungen des Sehvermögens im Hinblick auf das Sehumfeld. ²Dabei wird unterschieden zwischen peripherem und zentralem Gesichtsfeldausfall. ³Nach fachärztlicher Bescheinigung können z. B. die Aufwendungen bei folgenden Indikationen

- a) Hemianopsie
- b) Quadrantenanopsie
- c) Skotom
- d) Tunnel- oder Röhrensehen
- e) Maculadegeneration

als beihilfefähig anerkannt werden.

5. ¹Bei erneuter Beschaffung einer Sehhilfe ist immer eine ärztliche Verordnung erforderlich. ²Die Indikation (Diagnoseschlüssel H 54.0 bis H 54.2) muss auf der Verordnung angegeben sein.

Zu Absatz 7

¹Aufwendungen für therapeutische Sehhilfen sind altersunabhängig und für alle Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig. ²Die Beihilfefähigkeit richtet sich dabei nach den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung - Hilfsmittel-Richtlinien), in denen die Indikationen für therapeutische Sehhilfen festgelegt sind.

1. ¹Häusliche Krankenpflege kommt für die Personen in Betracht, die wegen Krankheit vorübergehend der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung sowie ggf. der Behandlungspflege bedürfen.
 - a) Zur Grundpflege zählen die Bereiche Mobilität und Motorik (z. B. Betten, Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden), Hygiene (z. B. Körperpflege, Benutzung der Toilette) und Nahrungsaufnahme.
 - b) Die hauswirtschaftliche Versorgung umfasst insbesondere Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, das Beheizen.
 - c) Die Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen.

²Die ärztliche Bescheinigung muss Angaben über Art, Dauer und die tägliche Stundenzahl der Leistungen enthalten.
2. ¹Häusliche Krankenpflege wird im Haushalt des oder der Beihilfeberechtigten oder deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 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 Sinn des Satz 2 sind insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten.
3. ¹Bei einer häuslichen Krankenpflege durch eine Berufspflegekraft sind die Aufwendungen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder frei gemeinnützigen Träger beihilfefähig. ²Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine von einer Ärztin bzw. einem Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig.
4. 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 berücksichtigt werden. ³Erfolgt die Krankenpflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend zu mindern.

5. ¹Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem Alten-/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.
6. Als Aufgabe einer Beschäftigung gilt auch die vorübergehende Beurlaubung ohne Entgelt.

VV zu § 24a BayBhV Soziotherapie

Zu Absatz 1

1. ¹Der soziotherapeutische Leistungserbringer koordiniert die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen und verordneter Leistungen für den Patienten gemäß einem zu erstellenden soziotherapeutischen Betreuungsplan. ²Dies umfasst sowohl aktive Hilfe und Begleitung als auch Anleitung zur Selbsthilfe. ³Dabei soll der soziotherapeutische Leistungserbringer den Patienten zur Selbstständigkeit anleiten und ihn so von der soziotherapeutischen Betreuung unabhängig machen.
2. ¹Aufwendungen für soziotherapeutische Maßnahmen sind nur bei einer Verordnung von Ärztinnen und Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde beihilfefähig. ²Aus der Verordnung muss die jeweilige Diagnose erkennbar sein.

Zu Absatz 2

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

Zu Absatz 3

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

VV zu § 25 BayBhV Familien- und Haushaltshilfe

1. ¹Der Umfang der Tätigkeit einer Familien- und Haushaltshilfe wird durch ärztliche Verordnung festgelegt. ²Beihilfefähig sind Aufwendungen bis zu den von der AOK Bayern mit den Leistungserbringern vereinbarten Vergütungen. ³Fahrtkosten der Ersatzkraft sind nur von der nächstgelegenen Einrichtung beihilfefähig.
2. ¹Nur geringfügig ist eine Erwerbstätigkeit dann, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von Vollbeschäftigten beträgt. ²Die Voraussetzungen des Satzes 2 sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt alleine führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. ³Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die den Haushalt alleine 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. ⁴Dies gilt auch in den in Nr. 4.1 Satz 2 und Nr. 4.2 Satz 2 zu § 28 Abs. 2 geregelten Fällen.
3. Ein besonderer Fall im Sinn von § 25 Satz 3 Nr. 1 liegt nur dann vor, wenn der Erkrankte nach stationärer Unterbringung die Führung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung noch nicht -auch nicht teilweise - wieder übernehmen kann.
4. Als Alleinerziehende gelten Mütter oder Väter, die mit ihrem berücksichtigungsfähigen Kind ohne den anderen Elternteil in einem Haushalt leben.

VV zu § 26 BayBhV Fahrtkosten

1. ¹Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. ²Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der amts- 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 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
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 oder 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 Pflegestufe 2 oder 3,
 - c) Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie.
3. Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort des Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen und der nächst gelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden; dies gilt entsprechend für die Rückfahrt.
4. Bei Fahrten anlässlich Untersuchungen in Diagnosekliniken ist Nr. 2 zu § 7 Abs. 1 zu beachten.
5. 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.

Bei auswärtigen Übernachtungen anlässlich Untersuchungen in Diagnosekliniken ist die Nr. 2 zu § 7 Abs. 1 zu beachten.

VV zu § 28 BayBhV Krankenhausleistungen

Zu Absatz 1

1. 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 Beihilfeanspruches haben, ist abweichend von Satz 1 eine tagesanteilige Abrechnung vorzunehmen; der Entlassungstag ist hierbei nicht einzubeziehen.
2. ¹Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen; dies gilt sinngemäß für Krankenhäuser, die die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) nicht anwenden. ²Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 v. H. dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich der Eigenbeteiligung nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 BayBG beihilfefähig.
3. Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, das auf Grund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.
4. Bei der Bewertung der Unterbringungskosten von Begleitpersonen ist wie folgt zu differenzieren:
 - 4.1 ¹Erfolgt die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung noch nach den Vorgaben der BPfIV, ist die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, durch den Pflegesatz nach der BPfIV abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. ²Abweichend hiervon können Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 26 € täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

- 4.2 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 Krankenhausfinanzierungsgesetz (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 (z. B. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/abrechnung/zuschlaege/2007/>). ⁴Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. ⁵Nr. 4.1 Satz 2 gilt entsprechend.
5. ¹Nach § 8 Abs. 2 KHEntgG dürfen zusätzlich zu einer Fallpauschale Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge sowie sonstige festgelegte Entgelte berechnet werden. ²Entsprechende Aufwendungen sind beihilfefähig. ³Dies gilt auch für den Investitionszuschlag nach § 8 Abs. 3 KHEntgG, den Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes sowie jeden Belegungstag bei Fallpauschalen bis zum 31. Dezember 2014 berechnen. ⁴Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für die nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 BPfIV berechneten Zuschläge. ⁵Beihilfefähig ist auch der Zuschlag (DRG-Systemzuschlag), der von Krankenhäusern nach dem Gesetz zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung (DRG-Systemzuschlags-Gesetz) vom 27. April 2001 (BGBl I S. 772) berechnet wird.
6. Aufwendungen für eine in Rechnung gestellte Wahlleistung "Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer" (§ 17 KHEntgG bzw. § 22 BPfIV) für den Entlassungstag sind nicht beihilfefähig.
7. Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen (§ 18 KHEntgG, § 23 BPfIV) sind neben den wahlärztlichen Leistungen (§ 17 KHEntgG bzw. § 22 BPfIV) beihilfefähig.
8. 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 Beihilfefestsetzungsstelle 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.

9. 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, § 23 BPfIV).
10. 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.
11. Eine ggf. erforderliche Begrenzung nach § 47 Abs. 1 und 2 erfolgt vor Abzug der Eigenbeteiligungen gemäß Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG.
12. Der Ansatz der Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG erfolgt nach Anwendung der persönlichen Bemessungssätze.

Zu Absatz 2

¹Der Vergleich ist nach Kostenarten (allgemeine Krankenhausleistung, Wahlleistung Unterbringung) getrennt durchzuführen. ²Bei dem Kostenvergleich sind jeweils die Bruttobeträge (einschließlich Umsatzsteuer) gegenüberzustellen. ³Die VV-Nr. 12 zu Abs. 1 gilt entsprechend.

VV zu § 29 BayBhV Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 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 gesundheitlichen Gründen oder aus Platzmangel nicht innerhalb der Frist angetreten werden kann.

Zu Absatz 5

1. ¹Die ärztliche Bescheinigung (§ 29 Abs. 5 Satz 1) bzw. das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten (§ 29 Abs. 5 Satz 2) muss vor dem Beginn der Maßnahme erstellt worden sein. ²Darin sollen Angaben zur Einrichtung und zur Dauer der Maßnahme enthalten sein. ³Die Voraussetzungen nach Abs. 5 Satz 1 gelten bei Maßnahmen nach Abs. 1 Nr. 1 auch dann als erfüllt, wenn die Kostenübernahmeerklärung z. B. eines privaten Krankenversicherungsunternehmens, die auch Angaben über den Ort und die Dauer der Behandlung enthalten soll, vorgelegt wird.
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.
3. Für den Anerkennungsbescheid nach § 29 Abs. 5 Satz 3 kann das Formblatt 8 (vgl. Nr. 3 zu § 48, Anhang 5) verwendet werden.

Zu Absatz 6

1. ¹Die Anwesenheit einer Begleitperson kann notwendig sein, wenn z. B.
 - 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 (z. B. 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.
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.

3. ¹Nach § 29 Abs. 6 Nr. 4 sind die Kosten eines ärztlichen Schlussberichts beihilfefähig.
²Der Schlussbericht soll bestätigen, dass eine stationäre Rehabilitation ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. ³Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.
4. ¹Die Abrechnung von Fahrtkosten nach § 29 Abs. 6 Satz 1 Nr. 5 ist unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel. ²Führen Beihilfeberechtigte 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.
³Ist der Patient gehunfähig oder ähnlich in der Bewegung eingeschränkt, können bei der Anreise zu Maßnahmen nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 abweichend von § 29 Abs. 6 Satz 1 Nr. 5 Fahrtkosten in sinngemäßer Anwendung von § 26 Satz 1 Nr. 3 Satz 4 als beihilfefähig anerkannt werden.

VV zu § 30 BayBhV Kuren

Zu Absatz 3

1. Die Bewilligung dieser Maßnahme, die grundsätzlich stationär durchgeführt wird, setzt voraus, dass in der Bescheinigung nach § 30 Abs. 6 Satz 1 Nr. 4 bzw. § 30 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1 die Kurbedürftigkeit der Mutter/des Vaters bestätigt wird.
2. ¹Für Kinder, die bei Mutter-/ Vater-Kind-Kuren in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter/den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist (z. B. Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter/Vater und Kind wegen besonderer familiärer Verhältnisse oder des Alters des Kindes, wenn das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). ²Aufwendungen für das Kind sind der Mutter bzw. dem Vater zuzurechnen.
3. ¹Ist alleine das Kind behandlungsbedürftig, so handelt es sich nicht um eine Mutter-/ Vater-Kind-Kur. ²In diesem Fall ist eine stationäre Rehabilitation (§ 29 Abs. 4, 5 Sätze 2 und 3) für das Kind zu beantragen.

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.

Zu Absatz 4

1. Maßnahmen, die eine Dauer von 21 Tagen deutlich unterschreiten, gelten nicht als ambulante Heilkuren.
2. Das Heilkurortverzeichnis wird als **Anhang 3** herausgegeben.

Zu Absatz 5

1. ¹Nrn. 1 und 2 zu § 29 Abs. 6 gelten entsprechend. ²Liegen die erforderlichen Voraussetzungen (§ 30 Abs. 6) nicht vor, sind nur die Aufwendungen nach §§ 8, 18 und 19 beihilfefähig.
2. ¹Reisetage werden bei der Feststellung der Dauer der Kur nach § 30 Abs. 5 Nr. 7 nicht berücksichtigt. ²Eine Verlängerung einer Kur nach § 30 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 ist nicht beihilfefähig.
3. Bei der Mutter/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 Nr. 3 als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.

Zu Absatz 6

1. Bei der Berechnung der Wartezeit nach § 30 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 bleiben solche Kuren außer Betracht, für die keine Beihilfe nach § 30 Abs. 5 Satz 1 Nrn. 2 bis 7 gewährt wurde oder die aus zwingenden Gründen (z. B. stationäre Behandlung des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger, Todesfall eines Angehörigen) abgebrochen wurden.
2. ¹In der ärztlichen Bescheinigung (§ 30 Abs. 6 Satz 1 Nr. 4) bzw. dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten (§ 30 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1) soll die Einrichtung im Sinn

des § 29 Abs. 1 bzw. der Kurort angegeben werden. ²Sie darf grundsätzlich nicht älter als vier Monate sein.

3. ¹Bei aktiven Bediensteten ist bei allen Formen von Kuren im Sinn 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 Sinn der Art. 89 und 99 BayBG.
4. § 30 Abs. 6 Satz 3 gilt entsprechend bei der erstmaligen Durchführung von Kuren bei Kindern im Vorschulalter.
5. Der Zeitraum nach § 30 Abs. 6 Satz 2 Nr. 3 beträgt vier Monate nach Bekanntgabe des Bescheides, soweit amtsärztlich nicht anderes bestimmt ist.
6. Aus der amtsärztlichen Bescheinigung muss hervorgehen, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen bereits ausgeschöpft bzw. wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind.
7. Für den Anerkennungsbescheid nach § 30 Abs. 6 Satz 2 kann das Formblatt 9 (vgl. Nr. 3 zu § 48, Anhang 5) verwendet werden.

VV zu § 31 BayBhV Dauernde Pflegebedürftigkeit

Zu Absatz 1

1. ¹Die Beihilfefähigkeit umfasst die bei einer häuslichen, teilstationären und stationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Nrn. 2 und 3 zu Absatz 2). ²Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 24 beihilfefähig.

2. Aufwendungen für Inkontinenzartikel sind im Rahmen des § 21 beihilfefähig.

Zu Absatz 2

1. Krankheiten oder Behinderungen sind
 - a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
2. Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder der Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
3. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind
 - a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
4. Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

5. Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und zum Verfahren siehe § 40 sowie die VV hierzu.
6. ¹Die Beschäftigung und Betreuung z. B. in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinn des § 31 (vgl. Art. 96 Abs. 2 Satz 6 BayBG). ²Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind deshalb nicht beihilfefähig (vgl. § 7 Abs. 4 Nr. 3). ³Ebenfalls nicht beihilfefähig sind mittelbare Folgekosten, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z. B. Fahrtkosten).

Zu Absatz 4

- ¹Der Abrechnung sind die von den Pflegekassen bzw. den privaten Versicherungsunternehmen nach § 7a Abs. 4 und 5 SGB XI getragenen bzw. vereinbarten Vergütungen zugrunde zu legen.
- ²Die Beihilfegewährung erfolgt auf der Basis entsprechender Nachweise bzw. Abrechnungen der Pflegekasse bzw. Pflegeversicherung.

VV zu § 32 BayBhV Häusliche und teilstationäre Pflege

Zu Absatz 1

1. Erfasst wird die Tätigkeit, die die geeignete Pflegekraft bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität bzw. der hauswirtschaftlichen Versorgung jeweils zusammenhängend erbringt.
2. ¹Nach § 89 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) werden Vergütungen der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung für alle Pflegebedürftige nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. ²Aufwendungen für Pflegeeinsätze sind angemessen, soweit sie sich im Rahmen dieser Vergütungsvereinbarungen halten. ³Die jeweiligen stufenabhängigen Einsätze gelten als erbracht, soweit nicht § 32 Abs. 3 Anwendung findet. ⁴Fahrtkosten sind nicht gesondert beihilfefähig.
3. Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die

- a) bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Abs. 1, § 72 SGB XI) oder
- b) bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2 SGB XI) oder
- c) von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
- d) mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI geschlossen haben.

4. Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen.

4.1 Erheblich Pflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Pflegestufe I).

4.2 Schwerpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Pflegestufe II).

4.3 Schwerstpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Pflegestufe III).

5. ¹Bis zu den festgelegten Obergrenzen der beihilfefähigen Aufwendungen sind die Kosten einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung beihilfefähig.

²Sofern die Obergrenze nicht ausgeschöpft wird, kommt ggf. eine Beihilfegewährung nach Abs. 4 in Frage. ³Stellt die teilstationäre Pflegeeinrichtung einen Pauschalsatz für

Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 v. H. des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.

Zu Absatz 2

1. Andere geeignete Personen sind Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen mindestens 10,5 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen.
2. Die Höhe der Pauschalbeihilfe ist abhängig von den drei Pflegestufen des SGB XI (vgl. hierzu Nr. 4 zu Abs. 1).
3. ¹Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 28, einer stationären Rehabilitation nach § 29 oder einer stationären Pflege nach §§ 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). ⁴Die zeitweise Abwesenheit des Pflegebedürftigen wegen des Besuchs eines Sonderkindergartens, einer Sonderschule, einer Werkstatt für Behinderte oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung unterbrechen die häusliche Dauerpflege nicht.
4. ¹Entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinn von § 32 Abs. 2 Satz 3 sind z. B. solche nach § 35 Abs. 1 BVG, Art. 51 BayBeamVG. ²Dies gilt nicht für Leistungen nach § 64 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII).
5. ¹Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. ²Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.
6. ¹Für die in Nr. 1 genannten Personen sind nach Maßgabe des § 19 Satz 2 SGB XI in Verbindung mit § 44 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. ²Die Beiträge sind nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI)

von den Festsetzungsstellen anteilig zu tragen. ³Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. ⁴Die Festsetzungsstellen haben insoweit keine Meldepflicht. ⁵Es werden keine Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt; dies ist Sache der privaten und sozialen Pflegeversicherung. ⁶Zu Einzelheiten der Zahlungsabwicklung kann das Staatsministerium der Finanzen weitere nähere Erläuterungen geben.

7. Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige pflegen, haben Anspruch auf zusätzliche Leistungen.

7.1 Arbeitslosenversicherung

¹Nach Maßgabe des § 44a Abs. 2 SGB XI in Verbindung mit dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) sind Beiträge zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung abzuführen. ²Die Beiträge sind nach § 347 Nr. 10 Buchst. c SGB III von den Festsetzungsstellen anteilig zu tragen. ³Im Übrigen gelten die Ausführungen in Nr. 6 Sätze 4 bis 6 entsprechend.

7.2 Krankenversicherung/Pflegeversicherung

¹Auf Antrag sind Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung zu gewähren. ²Höhe und Abrechnungsbasis ergeben sich aus § 44a Abs. 1 SGB XI. ³Bei dem Anspruch auf diese Zuschüsse handelt es sich um einen Anspruch unmittelbar aus dem SGB XI.

8. ¹In Fällen, in denen wegen einer notwendigen häuslichen Pflege bis zum 31. März 1995 eine Pauschalbeihilfe nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 der Beihilfavorschriften des Bundes a. F. gezahlt worden ist, besteht nach Artikel 2 Nr. 2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfavorschriften des Bundes vom 29. Dezember 1994 beihilferechtlich ein Anspruch auf Zahlung der Pauschalbeihilfe gemäß § 32 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2. ²Auch in diesen Fällen hat der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle zur Ermittlung der abzuführenden Rentenversicherungsbeiträge die von seiner privaten Pflegeversicherung getroffene Entscheidung zum Grad der Pflegebedürftigkeit umgehend mitzuteilen.

9. Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung auf die Pauschalbeihilfe siehe Nr. 2 zu § 48 Abs. 5.

Zu Absatz 3

1. Bei einer Kombination der Leistungen nach § 32 Abs. 1 und 2 ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich.

Beispiele:

- 1.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 v. H. die Pflege durch Berufspflegekräfte (490 € von 980 €) und das Pflegegeld (210 € von 420 €) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 490 €.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft	
30 v. H. von 490 €	= 147,00 €
– zum Pflegegeld 30 v. H. von 210 €	= <u>63,00 €</u>
Gesamt	= 210,00 €

b) Leistungen der Beihilfe

Die hälftige Höchstgrenze (50 v. H. aus 1.341 € = 670,50 €) wird nicht überschritten.

– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft	
70 v. H. von 490 €	= 343,00 €
– Pauschalbeihilfe	
210 € abzüglich 63 € der privaten	
Pflegeversicherung	= <u>147,00 €</u>
Gesamt	= 490,00 €

- 1.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 v. H. die Pflege durch Berufspflegekräfte (490

€ von 980 €) und das Pflegegeld (210 € von 420 €) in Anspruch; die hälftige Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. Als Person nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall von der Hälfte 50 v. H..

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft
50 v. H. von 490 € = 245,00 €
- zum Pflegegeld 50 v. H. von 210 € = 105,00 €
- Gesamt = 350,00 €

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft in
gleichem Wert der Leistung der sozialen
Pflegeversicherung (§ 31 Abs. 3) = 245,00 €
- Pauschalbeihilfe
50 v. H. von 420 € = 210 € abzüglich des
anteiligen Pflegegeldes der sozialen
Pflegeversicherung von 105 € = 105,00 €
- Gesamt = 350,00 €

2. 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.

Zu Absatz 5

1. ¹Nach § 41 Abs. 3 SGB XI können Pflegebedürftige die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege, Pflegegeld und Pflegesachleistung nach ihrer Wahl kombinieren. ²Die Beihilfegewährung erfolgt in diesen Fällen der Kombination von verschiedenen Pflegeleistungen auf der Basis entsprechender Nachweise bzw. Abrechnungen der Pflegekasse bzw. Pflegeversicherung. ³Hierbei ist davon auszugehen, dass die Pflegeleistungen in der abgerechneten Form in Anspruch genommen wurden.

2. Beispiele

2.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II neben der Pflege in einer Tagespflegereinrichtung (100 v. H. = 980 €) zu 50 v. H. die Leistung einer Berufspflegekraft (100 v. H. = 980 €) in Anspruch.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung (§ 41 Abs. 4 SGB XI)

- zu den Aufwendungen der
Tagespflegereinrichtung 100 v. H. von 980 €
Hiervon 30 v. H. = 294,00 €
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft
50 v. H. von 980 € (= 490 €)
Hiervon 30 v. H. = 147,00 €
- Gesamt = 441,00 €

b) Leistungen der Beihilfe

- Einheitlicher beihilfefähiger Höchstbetrag für
Aufwendungen für Berufspflegekräfte und
Tagespflege (vgl. § 32 Abs. 1) = 1.341,00 €
- Da der Höchstbetrag nach § 32 Abs. 1 den nach
§ 41 Abs. 4 SGB XI maßgebenden Höchstbetrag
unterschreitet, wird der Höchstbetrag nach dem
SGB XI zugrunde gelegt:
- Aufwendungen für die Tagespflege sowie die
Berufs-Pflegekraft: 100 v. H. von 1.470 €
Hiervon 70 v. H. = 1.029,00 €

2.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II neben der Pflege in einer Tagespflegereinrichtung (100 v. H. = 980 €) zu 50 v. H. die Leistung einer Berufspflegekraft (100 v. H. = 980 €) in Anspruch. Als Person nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung 50 v. H.

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen der = 490,00 €

Tagespflegeeinrichtung	
100 v. H. von 980 €	
Hiervon 50 v. H.	
– zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft	
50 v. H. von 980 € (=490 €)	
Hiervon 50 v. H.	= 245,00 €
Gesamt	= 735,00 €

b) Leistungen der Beihilfe

Es werden Beihilfeleistungen in wertmäßig gleicher	
Höhe gewährt (vgl. § 31 Abs. 3)	= 735,00 €

Zu Absatz 6

1. Die VV-Nr. 1 zu Abs. 5 gilt entsprechend.

2. Beispiele:

2.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II neben dem Pflegegeld (100 v. H. = 420 €) die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 v. H. = 980 €) in Anspruch. Die Aufwendungen für die Tagespflege betragen 735 €.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

(die Leistungsanteile aus Pflegegeld und teilstationärer Pflege dürfen 150 v. H. nicht übersteigen [§ 41 Abs. 5 SGB XI])

– zu den Aufwendungen der	
Tagespflegeeinrichtung	
Rechnungsbetrag von 735 €	
Hiervon 30 v. H.	= 220,50 €
– Pflegegeld	
Die Kosten für teilstationäre Pflege übersteigen	
den hälftigen Betrag (490 €) um 25 v. H.. Das	
Pflegegeld wird zu 75 v. H. gezahlt.	
75 v. H. von 420 € (= 315 €)	

Hiervon 30 v. H.	=	<u>94,50 €</u>
Gesamt	=	315,00 €

b) Leistungen der Beihilfe

Da der Rechnungsbetrag den beihilfefähigen Betrag nach § 32 Abs. 1 (Pflegestufe II = 1.341 €) nicht überschreitet, erfolgt die Gewährung der Beihilfe wie folgt:

– zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung		
70 v. H. von 735 €	=	514,50 €
– Pflegegeld		
75 v. H. von 420 €	=	315,00 €
Abzüglich Leistung PV	=	<u>94,50 €</u>
	=	220,50 €
	=	220,50 €
Gesamtbeihilfe	=	735,00 €

Gesamtleistung der Pflegeversicherung und Beihilfe = 1.050,00 €

2.2 Der Versorgungsempfänger aus dem Beispiel 2.1 will das Pflegegeld in voller Höhe (100 v. H. von 420 €) erhalten. Aus diesem Grund macht er vom Wahlrecht (§ 41 Abs. 3 und 5 SGB XI) Gebrauch. Bei der Pflegeversicherung werden für Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung nur 490 € (50 v. H. von 980 €) in Anspruch genommen.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung (§ 41 Abs. 5 SGB XI)

– zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung		
Rechnungsbetrag von 735 €		
tatsächliche Inanspruchnahme: 490 €		
Hiervon 30 v. H.	=	147,00 €
– Pflegegeld		
Der hälftige Betrag (490 €) wird nicht überschritten. Das Pflegegeld wird zu 100 v. H. gezahlt.		
100 v. H. von 420 €		
Hiervon 30 v. H.	=	<u>126,00 €</u>
Gesamt	=	273,00 €

b) Leistungen der Beihilfe

Feststellung der anteiligen Höchstbeträge unter Anwendung der Verhältniszahlen der privaten Pflegeversicherung sowie der Beträge nach § 32 Abs. 1 und 2:

– zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung (735 €) 50 v. H. von 1.341 € (= 670,50 €) Hiervon 70 v. H.	= 469,35 €
– Pflegegeld 420 € ./.. Leistungen der privaten Pflegeversicherung = 126 €	= <u>294,00 €</u>
Gesamtbeihilfe	= 763,35 €

Gesamtleistung der Pflegeversicherung und Beihilfe = 1.036,35 €

- 2.3 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II neben dem Pflegegeld (100 v. H. = 420 €) die Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 v. H. = 980 €) in Anspruch. Als Person nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung 50 v. H. der Leistungen. Die Aufwendungen für die Tagespflege betragen 735 €.

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

(die Leistungsanteile aus Pflegegeld und teilstationärer Pflege dürfen 150 v. H. nicht übersteigen [§ 41 Abs. 5 SGB XI])

– zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung Rechnungsbetrag: 735 € (= 75 v. H. aus 980 €) Hiervon 50 v. H.	= 367,50 €
– Pflegegeld Der hälftige Betrag (490 €) wird um 25 v. H. überschritten. Das Pflegegeld wird zu 75 v. H. gezahlt (75 v. H. von 420 € = 315 €) Hiervon 50 v. H.	= <u>157,50 €</u>
Gesamt	= 525,00 €

b) Leistungen der Beihilfe

Da der Rechnungsbetrag den beihilfefähigen Betrag nach § 32 Abs. 1 (Pflegestufe II = 1.341 €) nicht überschreitet, erfolgt die Gewährung der Beihilfe wie folgt:

- zu den Aufwendungen der
Tagespflegeeinrichtung
Rechnungsbetrag = 735 € = 367,50 €
Beihilfe wird in wertmäßig gleicher Höhe gewährt
- Pflegegeld
75 v. H. von 420 € = 315,00 €
Abzüglich Leistung PV = 157,50 €
= 157,50 € = 157,50 €
Gesamtbeihilfe = 525,00 €

Gesamtleistung der Pflegeversicherung und Beihilfe = 1.050,00 €

- 2.4 Der Beihilfeberechtigte will das Pflegegeld in voller Höhe (100 v. H. von 420 €) erhalten. Aus diesem Grund macht er vom Wahlrecht (§ 41 Abs. 3 und 5 SGB XI) Gebrauch. Bei der Pflegeversicherung werden für Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung nur 490 € (50 v. H. von 980 €) in Anspruch genommen.

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (§ 41 Abs. 5 SGB XI)

- zu den Aufwendungen der
Tagespflegeeinrichtung
Rechnungsbetrag = 735 €
tatsächliche Inanspruchnahme: 490 €
Hiervon 50 v. H. = 245,00 €
- Pflegegeld
Der hälftige Betrag (490 €) wird nicht
überschritten. Das Pflegegeld wird zu 100 v. H.
gezahlt.
100 v. H. von 420 €
Hiervon 50 v. H. = 210,00 €
Gesamt = 455,00 €

b) Leistungen der Beihilfe

Festlegung der anteiligen beihilfefähigen Höchstbeträge unter Anwendung der Verhältniszahlen der sozialen Pflegeversicherung sowie der Beträge nach § 32 Abs. 1 und 2. Es erfolgt eine

Beihilfegewährung in folgender Höhe:

- zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung
Nach § 31 Abs. 3 werden Beihilfeleistungen in
wertmäßig gleicher Höhe gewährt (50 v. H. aus 490 €) = 245,00 €
Differenzkosten
50 v. H. von 1.341 € = 670,50 €
./.. Gesamtleistungen nach SGB XI = 490,00 €
= 180,50 €

Hiervon 70 v. H. = 126,35 €
Gesamt = 371,35 €
- Pflegegeld
420 €
./.. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (50 v.
H. aus 420 € = 210 €) = 210,00 €
Gesamtbeihilfe = 581,35 €

Gesamtleistung der Pflegeversicherung und Beihilfe = 1.036,35 €

Zu Absatz 7

1. Die VV-Nr. 1 zu Abs. 5 gilt entsprechend.
2. Beispiele
 - 2.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II seit Jahren Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI in Anspruch. Die Kosten für die Berufspflegekraft betragen 938,70 €. Daneben nimmt er die Leistungen einer Tagespflegeeinrichtung in Anspruch (Kosten 268,20 €). Die vollen Leistungsansprüche für Berufspflegekräfte und teilstationäre Einrichtungen betragen 980 €, das volle Pflegegeld beträgt 420 €.
 - a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

(die Leistungsanteile aus Pflegegeld, teilstationärer Pflege und Pflegesachleistung dürfen 150 v. H. nicht übersteigen; innerhalb dieser Höchstgrenze dürfen Pflegegeld und Pflegesachleistungen einen Anteil von 100 v. H. nicht übersteigen ([§ 41 Abs. 6 SGB XI])

- zu den Aufwendungen der
Tagespflegeeinrichtung (lt. Rechnung 268,20
€; dies entspricht 27,37 v. H. aus 980 €)
Hiervon 30 v. H. = 80,46 €
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft (lt.
Rechnung: 938,70 €; dies entspricht 95,79 v.
H. aus 980 €)
Hiervon 30 v. H. = 281,61 €
- Pflegegeld
4,21 v. H. von 420 € (= 17,68 €)
Hiervon 30 v. H. = 5,30 €
- Gesamt = 367,37 €

b) Leistungen der Beihilfe

Da die Rechnungsbeträge für Berufspflege und teilstationäre Pflege den beihilfefähigen Betrag nach § 32 Abs. 1 (Pflegestufe II = 1.341 €) nicht überschreitet, erfolgt die Gewährung der Beihilfe unter Anwendung der Verhältniszahlen der privaten Pflegeversicherung wie folgt:

- zu den Aufwendungen der
Tagespflegeeinrichtung (lt. Rechnung 268,20 €)
- zu den beihilfefähigen Aufwendungen der
Berufspflegekraft (lt. Rechnung 938,70 €)
Gesamt: 1.206,90 €
Hiervon 70 v. H. = 844,83 €
- Pflegegeld
17,68 € (4,21 v. H. aus 420 €)
./. Leistungen der privaten Pflegeversicherung
= 5,30 € = 12,38 €
- Gesamtbeihilfe = 857,21 €

Gesamtleistung der Pflegeversicherung und Beihilfe = 1.224,58 €

- 2.2 Der Beihilfeberechtigte will das Pflegegeld in Höhe von 126 € (30 v. H. von 420 €) erhalten. Aus diesem Grund macht er vom Wahlrecht (§ 41 Abs. 3 und 6 SGB XI) Gebrauch. Bei der Pflegeversicherung werden für Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung nur 196 € (20 v. H. von 980 €) und für die Berufspflege nur 686 € (70 v. H. von 980 €) in Anspruch genommen.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

(die Leistungsanteile aus Pflegegeld, teilstationärer Pflege und Pflegesachleistung dürfen 150 v. H. nicht übersteigen; innerhalb dieser Höchstgrenze dürfen Pflegegeld und Pflegesachleistungen einen Anteil von 100 v. H. nicht übersteigen [§ 41 Abs. 6 SGB XI])

- zu den Aufwendungen der
Tagespflegeeinrichtung
20 v. H. von 980 € = 196 €
Hiervon 30 v. H. = 58,80 €
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft
70 v. H. von 980 € = 686 €
Hiervon 30 v. H. = 205,80 €
- Pflegegeld
30 v. H. von 420 € = 126 €
Hiervon 30 v. H. = 37,80 €
- Gesamt = 302,40 €

b) Leistungen der Beihilfe

Feststellung der anteiligen beihilfefähigen Höchstbeträge unter Anwendung der Verhältniszahlen der privaten Pflegeversicherung sowie der Beträge nach § 32 Abs. 1 und 2:

- zu den Aufwendungen der
Tagespflegeeinrichtung (lt. Rechnung: 268,20 €)
Der Höchstbetrag (20 v. H. von 1.341 €) ist nicht überschritten.
- zu den beihilfefähigen Aufwendungen der
Berufspflegekraft (lt. Rechnung: 938,70 €)
Der Höchstbetrag (70 v. H. von 1.341 €) ist nicht überschritten.
- Gesamt: 1.206,90 €
Hiervon 70 v. H. = 844,83 €
- Pflegegeld
126,00 € (30 v. H. aus 420 €)
./. Leistungen der privaten Pflegeversicherung
= 37,80 € = 88,20 €
- Gesamtbeihilfe = 933,03 €

Gesamtleistung der Pflegeversicherung und Beihilfe = 1.235,43 €

- 2.3 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II seit Jahren Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI in Anspruch. Die Kosten für die Berufspflegekraft betragen 938,70 €. Daneben nimmt er die Leistungen einer Tagespflegeeinrichtung in Anspruch (Kosten 268,20 €). Die vollen Leistungsansprüche für Berufspflegekräfte und teilstationäre Einrichtungen betragen 980 €, das volle Pflegegeld beträgt 420 €. Als Person nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung 50 v. H. der Leistungen.

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung (lt. Rechnung: 268,20 €; dies entspricht 27,37 v. H. aus 980 €)
Hiervon 50 v. H. = 134,10 €
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft (lt. Rechnung: 938,70 € - dies entspricht 95,79 v. H. aus 980 €)
Hiervon 50 v. H. = 469,35 €
- Pflegegeld
4,21 v. H. von 420 € = 17,68
Hiervon 50 v. H. = 8,84 €
- Gesamt = 612,29 €

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen der Tagespflegeeinrichtung (lt. Rechnung: 268,20 €)
- zu den beihilfefähigen Aufwendungen der Berufspflegekraft (lt. Rechnung: 938,70 €)
- Gesamt: 1.206,90 €
Hiervon 50 v. H. = 603,45 €
- Nach § 31 Abs. 3 werden Beihilfeleistungen in wertmäßig gleicher Höhe gewährt
- Pflegegeld
17,68 € (4,21 v. H. von 420 €)
./.. Leistungen der Pflegeversicherung
(50 v. H. aus 17,68 € = 8,84 €) = 8,84 €

Gesamtbeihilfe = 612,29 €

Gesamtleistung der Pflegeversicherung und Beihilfe = 1.224,58 €

- 2.4 Der Beihilfeberechtigte will das Pflegegeld in Höhe von 126 € (30 v. H. von 420 €) erhalten. Aus diesem Grund macht er vom Wahlrecht (§ 41 Abs. 3 und 6 SGB XI) Gebrauch. Bei der Pflegeversicherung werden für Aufwendungen der Tagespflegereinrichtung nur 196 € (20 v. H. von 980 €) und für die Berufspflege nur 686 € (70 v. H. von 980 €) in Anspruch genommen.

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen der Tagespflegereinrichtung
20 v. H. von 980 € = 196 €
Hiervon 50 v. H. = 98,00 €
- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft
70 v. H. von 980 € = 686 €
Hiervon 50 v. H. = 343,00 €
- Pflegegeld
30 v. H. von 420 € = 126 €
Hiervon 50 v. H. = 63,00 €
- Gesamt = 504,00 €

b) Leistungen der Beihilfe

Festlegung der anteiligen beihilfefähigen Höchstbeträge unter Anwendung der Verhältniszahlen der sozialen Pflegeversicherung sowie der Beträge nach § 32 Abs. 1 und 2. Es erfolgt eine

Beihilfegewährung in folgender Höhe,

- zu den Aufwendungen der Tagespflegereinrichtung
Nach § 31 Abs. 3 werden Beihilfeleistungen in wertmäßig gleicher Höhe gewährt (50 v. H. aus 196 €) = 98,00 €
Differenzkosten
268,20 € (lt. Rechnungsbetrag, entspricht 20 v. H. von 1.341 €)

./ 196 € (= Gesamtleistungen nach SGB XI)	
= 72,20 €	= <u>50,54 €</u>
Hiervon 70 v. H.	= 148,54 €
Gesamt	
– zu den beihilfefähigen Aufwendungen der Berufspflegekraft	
Nach § 31 Abs. 3 werden Beihilfeleistungen in wertmäßig gleicher Höhe gewährt (50 v. H. aus 686 €)	
Differenzkosten	= 343,00 €
938,70 € (lt. Rechnungsbetrag, entspricht 70 v. H. von 1.341 €)	
./ 686 € (= Gesamtleistungen nach SGB XI)	
= 252,70 €	
Hiervon 70 v. H.	= <u>176,89 €</u>
Gesamt	= 519,89 €
– Pflegegeld	
126 €	
./ Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (50 v. H. aus 126 € = 63 €)	
	= <u>63,00 €</u>
Gesamtbeihilfe	= 731,83 €
Gesamtleistung der Pflegeversicherung und Beihilfe	
	= 1.235,83 €

Zu Absatz 8

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 und 6 SGB XI.

VV zu § 33 BayBhV Verhinderungspflege

Zu Absatz 1

¹Beihilfen zu Aufwendungen für eine Verhinderungspflege können gewährt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. ²Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 39 SGB XI.

Zu Absatz 2

¹Ob die Pflegeperson mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder ver-schwägert ist, richtet sich nach §§ 1589, 1590 BGB. ²Als notwendige Aufwendungen im Sinn des Satzes 2 gelten z. B. Fahrtkosten der Pflegeperson.

VV zu § 36 BayBhV Stationäre Pflege

Zu Absatz 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).
2. Ein Pflegezuschlag nach § 84 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 SGB XI gilt als pflegebedingte Aufwendung im Sinn des Abs. 1.
3. Zusatzleistungen im Sinn des § 88 Abs. 1 SGB XI sind nicht beihilfefähig.
4. Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 SGB XI genannten Aufwendungen.
5. 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.

Zu Absatz 2

1. ¹Beihilfeleistungen zu Anerkennungsbeträgen sind bei Nachweis entsprechender Leistungen der Pflegekasse bzw. der Pflegeversicherung auf Antrag des

Beihilfeberechtigten unmittelbar an die Pflegeeinrichtung zu erbringen. ²Insoweit gelten die besonderen Voraussetzungen nach Nr. 5 der VV zu § 48 Abs. 7 als erfüllt.

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

Zu Absatz 3

1. Die nach Abzug der pauschalierten Leistungen nach § 36 Abs. 1 sowie der Zusatzleistungen nach Nr. 3 zu Abs. 1 verbleibenden Differenzbeträge gelten als Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten nach § 36 Abs. 3.
2. 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 Staatsministerium der Finanzen gibt den jeweiligen Betrag bekannt.
3. Das Einkommen ist vom Beihilfeberechtigten durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen.

- 3.1 ¹Dienstbezüge im Sinn dieser Vorschrift sind die in § 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), 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.

- 3.2 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.
- 3.3 ¹Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt. ²Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 Viertes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IV) bleiben außer Ansatz.
- 3.4 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 bis zum 31. Dezember 2006 maßgebenden Fassung erhielten, ist anstelle des Eigenanteils nach § 36 Abs. 3 Satz 3 BayBhV weiterhin nach den Vorgaben des § 9 Abs. 7 Satz 6 Nr. 3 der Beihilfevorschriften des Bundes in der bis zum 31. Dezember 2006 maßgebenden Fassung zu verfahren, solange die Notwendigkeit für eine dauernde Unterbringung fortbesteht.
- 3.5 ¹Ist der Ehegatte bzw. der Lebenspartner berufstätig, kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass die Einkommensgrenze überschritten wird. ²Soweit der Beihilfeberechtigte nachweist, dass beide Einkommen geringer sind, sind als Erwerbseinkommen des Ehegatten bzw. des Lebenspartners insbesondere das Bruttoeinkommen aus einer selbstständigen oder nichtselbstständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen. ³Bei monatlich schwankenden Einkommen ist ein Durchschnitt der letzten zwölf Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen.

4. Berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinn des § 36 Abs. 3 Satz 3 Nrn. 1 bis 3 sind 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.
5. Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; Art. 96 Abs. 3 Sätze 2 und 3 BayBG sowie § 46 Abs. 3 und 5 finden keine Anwendung.
6. Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung siehe Nr. 2 der VV zu § 48 Abs. 5.

VV zu § 37 BayBhV Vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe

¹Beihilfefähig sind zehn v. H. des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts, höchstens 256 € monatlich. ²Bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, die ausnahmsweise eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen erhalten, erfolgt die Abrechnung ausschließlich nach § 34 Abs. 2.

VV zu § 38 BayBhV Zusätzliche Betreuungsleistungen

¹Der beihilfefähige Betrag beträgt höchstens 100 € monatlich (Grundbetrag) oder 200 € monatlich (erhöhter Betrag) und richtet sich nach der Festlegung der Pflegekasse bzw. der Pflegeversicherung. ²Die Leistung kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden; wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. ³Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch in der bis zum 30. Juni 2008 geltenden Fassung nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

VV zu § 39 BayBhV Hospize

1. ¹Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativmedizinisch, d. h. leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden.

²Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen haben.

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.

VV zu § 40 BayBhV Festsetzungsverfahren bei Pflege

1. Dem Antrag auf Beihilfe ist ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe beizufügen.
2. ¹Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung hat deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit und die Stufe der Pflegebedürftigkeit feststellen zu lassen (gesetzliche Verpflichtung). ²Diese Feststellung ist auch für die Festsetzungsstelle maßgebend und dieser vom Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (z. B. Abschrift des Gutachtens, ggf. schriftliche Leistungszusage der Versicherung). ³Ohne einen derartigen Nachweis ist diesbezüglich eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich (vgl. Art. 22 BayVwVfG). ⁴Entsprechendes gilt auch für das Vorliegen eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes bei Schwerstpflegebedürftigen. ⁵Der Zeitpunkt der Beantragung von Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gilt als Zeitpunkt des Antrags auf entsprechende Beihilfeleistungen. ⁶Besteht keine Pflegeversicherung, ist ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe vorzulegen.
3. Ist im Einzelfall der Leistungsnachweis nicht ausreichend oder beantragt der Beihilfeberechtigte abweichend Beihilfe zu einer höheren Pflegestufe, ist mit Zustimmung des Pflegebedürftigen bei der privaten oder sozialen Pflegeversicherung eine Ausfertigung des Gutachtens anzufordern.
4. ¹Erhebt der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe sei zu niedrig, ist

die Entscheidung über den Widerspruch bis zur Abstimmung mit der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung auszusetzen. ²Der Betroffene ist hiervon zu unterrichten.

VV zu § 41 BayBhV Vorsorgemaßnahmen

Zu Absatz 1

1. Folgende Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind zu beachten:
 - a) die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. April 1976 in der jeweils aktuellen Fassung,
 - b) die Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. April 1976 in der jeweils aktuellen Fassung,
 - c) die Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 26. Juni 1998 in der jeweils aktuellen Fassung.
 - d) die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 24. August 1989 in der jeweils aktuellen Fassung.
2. Aufwendungen, die Frauen mit einem erblich bedingten erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko durch die Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung entstehen, können nur bei einer Leistungserbringung durch von der Deutschen Krebshilfe zugelassene Zentren (vgl. Nr. 2.4) und nur bis zu den nachstehenden Pauschalen (vgl. § 41 Abs. 1 Nr. 3 in Verbindung mit § 7 Abs. 3 Satz 4) als beihilfefähig anerkannt werden:

Nr.	Bezeichnung	Inhalt	Betrag
1.	Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung	interdisziplinäre Erstberatung mit Stammbaumerfassung sowie die Mitteilung des Genbefundes; darüber hinaus enthält die Pauschale auch die mögliche Beratung weiterer	700 € pro Familie

Nr.	Bezeichnung	Inhalt	Betrag
		Familienmitglieder	
2.	Genanalysen		
2.1	Genanalyse für einen Indexfall		5 900 €
2.2	Genanalyse für eine gesunde Ratsuchende		360 €
3.	Früherkennungsmaßnahmen	Pauschale für das strukturierte Früherkennungsprogramm. Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen.	580 €, einmal pro Jahr

2.1 Die Kosten für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung nach Nr. 1 des Verzeichnisses werden der ratsuchenden Person zugeordnet.

2.2 ¹Gibt es in der Familie der gesunden Ratsuchenden Verwandte, die an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankt sind (sog. Indexfälle), wird eine umfassende Genanalyse nach Nr. 2.1 des Verzeichnisses bei der bereits erkrankten Personen durchgeführt, soweit nicht bereits früher eine entsprechende Untersuchung durchgeführt wurde. ²Ziel dieser diagnostischen Genanalyse ist die Feststellung möglicher weitergehender Therapieansätze bei der bereits erkrankten Person. ³Die Kosten werden der erkrankten Person zugeordnet.

2.3 ¹Die Genanalyse nach Nr. 2.1 des Verzeichnisses wird als sog. prädiktiver Test (Feststellung bzw. Vorhersage einer Erkrankungswahrscheinlichkeit) der gesunden Ratsuchenden zugeordnet, wenn

a) aus der Gentestung keine Therapieoptionen mehr für die bereits erkrankte Patientin abgeleitet werden können; dies ist durch eine schriftliche ärztliche Bescheinigung zu belegen,

b) wenn die erkrankte Person eine Beratung und Befundmitteilung ablehnt, jedoch einer Genanalyse ihres Blutes im Hinblick auf einen möglichen Nutzen für die ratsuchende Patientin zustimmt.

²Mit der Genanalyse nach Nr. 2.2 des Verzeichnisses wird bei der ratsuchenden, nicht erkrankten Frau nur eine Analyse hinsichtlich der mutierten Gensequenz durchgeführt.

³Die Kosten werden der ratsuchenden Person zugeordnet.

2.4 Zugelassene Zentren

- a) Berlin
Charite / Max Dellbrück-Centrum für Molekulare Medizin Berlin
- b) Dresden,
Universitätsklinikum an der TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- c) Düsseldorf
Frauenklinik des Universitätsklinikums Düsseldorf
- d) Hannover
Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Zell- und Molekularpathologie
- e) Heidelberg
Institut für Humangenetik der Universität Heidelberg
- f) Kiel
Universitätsfrauenklinik Kiel
- g) Köln
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universität zu Köln
- h) Leipzig
Institut für Humangenetik der Universität Leipzig
- i) München
Frauenklinik rechts der Isar der Technischen Universität München,
Universitätsfrauenklinik im Klinikum Großhadern an der Ludwig-Maximilians-Universität München
- j) Münster
Institut für Humangenetik der Universität Münster

- k) Ulm
Frauenklinik und Poliklinik der Universität Ulm
- l) Würzburg
Abteilung für Medizinische Genetik im Institut für Humangenetik der Universität
Würzburg und Frauenklinik der Universität Würzburg

Zu Absatz 3

1. Zur Frage des Ansatzes von Eigenbehalten, vgl. VV zu § 47 Abs. 3.
2. Bei ausbildungsbedingten, vorübergehenden Auslandsaufenthalten sind auch besondere Impfungen, deren Durchführung vor einem Aufenthalt in bestimmten Regionen von der STIKO empfohlen wird, beihilfefähig.

VV zu § 42 BayBhV Aufwendungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt

1. ¹Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zugrunde gelegt. ²Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
2. Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (z. B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) nach der Hebammengebührenordnung bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht in der Hebammengebührenordnung etwas anderes bestimmt ist.
3. Leistungsabrechnungen von Hebammen oder Entbindungspflegern richten sich nach den jeweiligen Verordnungen der Bundesländer über die Gebühren für Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, in dem die Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige ihren Wohn- bzw. Aufenthaltsort hat.

VV zu § 43 BayBhV Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Kontrazeption

Zu Absatz 1

1. Die nach § 27a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V bestimmten medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzung, Art und Umfang der ärztlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der Richtlinie für künstliche Befruchtung sind auch für den Bereich der Beihilfe bindend.
2. Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und ggf. welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, fallen nicht unter die hälftige Beihilfefähigkeit.
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 bzw. des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. ²Liegt nur bei einem die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.
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 sog. "klinische Schwangerschaft" (z. B. Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, die zu einer Fehlgeburt führte.
5. ¹Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für heterologe Insemination und heterologe Invitro-Fertilisation. ²Außerdem sind Aufwendungen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, wie Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig. ³Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach einer vorangegangenen Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind ebenfalls nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 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(n) erfolgt ist.

Zu Absatz 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.

Zu Absatz 4

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

VV zu § 44 BayBhV Sonstige Aufwendungen

Zu Nr. 1

Die Aufwendungen für die Registrierung sind nach § 8 Satz 1 Nr. 1 beihilfefähig.

VV zu § 45 BayBhV Behandlungen im Ausland

Zu Absatz 1

1. Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen.
2. Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 550 C ist eine Übersetzung beizufügen.

3. ¹Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und 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.
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.
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.
6. ¹§ 45 Abs. 1 Satz 4 ist bei ausbildungsbedingten, vorübergehenden Auslandsaufenthalten nicht anzuwenden; dies gilt auch in den Fällen, in denen z. B. das Hauptstudium im Ausland durchgeführt wird. ²Die Beihilfeabrechnung erfolgt auf Grundlage des § 45 Abs. 1 Sätze 1 bis 3. ³Entsprechendes gilt für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige mit Hauptwohnsitz im Ausland.
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.
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.

Zu Absatz 3

Das Heilkurortverzeichnis wird vom Staatsministerium der Finanzen als **Anhang 4** herausgegeben.

VV zu § 46 BayBhV Bemessung der Beihilfe

Zu Absatz 1

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

Zu Absatz 2

1. ¹Die Verwaltungsvorschriften zu § 46 Abs. 1 gelten 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 bzw. entstanden wären, wenn ein Familienzuschlag zustünde (§ 3 Abs. 1 Nr. 2).
2. ¹Entfällt die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nur auf Grund der Höhe ihrer Einkünfte und Bezüge (vgl. § 3 Abs. 2 Nr. 1), wird der erhöhte Bemessungssatz bis zur Aufnahme der vermittelten Beschäftigung bzw. zum Abschluss der Ausbildung, längstens jedoch bis zum Ablauf des Monats, in dem das entsprechende Kind das 21. bzw. 25. Lebensjahr vollendet, weitergewährt. ²In den Fällen des § 3 Abs. 2 Nr. 2 gilt anstelle des 25. Lebensjahres das 27. Lebensjahr.
3. Nr. 2 zu § 3 Abs. 2 gilt entsprechend.
4. Nr. 2 zu § 5 Abs. 6 gilt entsprechend.

Zu Absatz 3

¹Nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören Selbstbehalte nach speziellen Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Tarife mit Selbstbehalten). ²Diese Selbstbehalte sind neben den gewährten Zuschüssen anzurechnen. Die Regelungen des § 46 Abs. 3 gelten nur für die in Art. 96 Abs. 2 Satz 5 BayBG genannten Leistungen.

Zu Absatz 5

1. ¹Eine ausreichende Versicherung im Sinn dieser Vorschrift 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, d. h. 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 abgeschlossen wird.
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 u. a. dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z. B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, 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.
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 z. B. ein tariflich festgelegter

Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

4. § 46 Abs. 5 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach §§ 31 bis 39.

Zu Absatz 6

1. Bei der Bewertung, ob bei einem Empfänger von Versorgungsbezügen (§ 2 Abs. 1 Nrn. 2 und 3, Abs. 2) mit geringem Gesamteinkommen eine hohe Beitragsbelastung vorliegt, ist folgender Maßstab zugrunde zu legen:

- 1.1 ¹Der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung im beihilfekonformen Standardtarif (§ 257 Abs. 2a SGB V oder nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 SGB V) oder Basistarif (§ 12 Abs. 21a Versicherungsaufsichtsgesetz) muss 15 v. H. des Gesamteinkommens übersteigen. ²Ist der Beihilfeberechtigte nicht im Standardtarif oder Basistarif versichert, ist eine fiktive Kostenbelastung der Bewertung zugrunde zu legen.

- 1.2 Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Versorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwendung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen des Versorgungsempfängers und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten bzw. Lebenspartners, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI.

- 1.3 ¹Die Belastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung der monatlichen Beiträge zum Zeitpunkt der Antragstellung und des durchschnittlichen Monatseinkommens der zurückliegenden zwölf Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung. ²Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um zehn v. H. ³Die Erhöhung gilt für den Versorgungsempfänger und den berücksichtigungsfähigen Ehegatten bzw. Lebenspartner.

- 1.4 ¹Der Krankenversicherungsbeitrag und das Gesamteinkommen sind zu belegen. ²Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 47 Abs. 1 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. ³Der

Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen.

2. Ein besonderer Ausnahmefall im Sinn des § 46 Abs. 6 Nr. 2 kann auch vorliegen, wenn sich aus der Anwendung des § 6 Abs. 2 Nr. 1 Härten ergeben könnten.

VV zu § 47 BayBhV Begrenzung der Beihilfe

Zu Absatz 1

¹Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. gegenüberzustellen. ²Das beamtenrechtliche Sterbegeld nach Art. 33 Abs. 3 und Art. 57 Abs. 1 Satz 3 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 (z. B. 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.

Zu Absatz 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.
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.

3. Übersteigt der Betrag der nach Art. 96 Abs. 3 Satz 2 BayBG sowie § 46 errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.
4. Zur Ausgleichsfähigkeit der Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG im Rahmen der 100 v. H.-Begrenzung vgl. Nr. 11 der VV zu § 28 Abs. 2.

Zu Absatz 3

1. Art. 96 Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 BayBG findet keine Anwendung auf Harn- und Blutteststreifen sowie auf bei ärztlichen/zahnärztlichen Behandlung verbrauchte Arznei- und Verbandmittel, die als Auslagen abgerechnet werden (vgl. § 10 GOÄ).
2. ¹Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Art. 96 Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 BayBG ist der Apothekenabgabepreis der jeweiligen Packung (Einheit) des verordneten Arznei- und Verbandmittels bzw. der Abgabepreis von Medizinprodukten im Sinn der Nr. 1 zu § 18.
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.
3. ¹Nach Art. 96 Abs. 3 Satz 6 Nr. 4 BayBG freigestellt sind Leistungen von Laborärzten, Pathologen, Nuklearmedizinern und Radiologen. ²Ebenfalls freigestellt sind die Leistungen von Anästhesisten im Rahmen von ambulant erbrachten Operationen.
4. Bei anerkannten Vorsorgeleistungen unterbleibt der Abzug der Eigenbeteiligung nach Art. 96 Abs. 3 Satz 5 BayBG (Art. 96 Abs. 3 Satz 6 Nr. 5 BayBG); folgende Leistungen sind vom Abzug freigestellt:
 - 4.1 ¹Aufwendungen für ambulante ärztliche Vorsorgeleistungen (vgl. Gebührenverzeichnis der GOÄ), Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 41 Abs. 1 sowie

Schutzimpfungen nach § 41 Abs. 3. ²Die im Vorfeld einer nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien ab dem 55. Lebensjahr durchgeführten Vorsorge-Koloskopie durchgeführten Beratungen und Untersuchungen gelten ebenfalls als Vorsorgeleistungen.

- 4.2 ¹Prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach § 41 Abs. 2 sowie folgende diagnostische und präventive Leistungen (vgl. Gebührenverzeichnisse der GOÄ bzw. der GOZ), die im Rahmen einer Kontrolluntersuchung durchgeführt werden (zahnärztliche Vorsorgeleistungen):

Nr. 1 GOÄ; Nrn. 001, 007, 400, 405, 406 GOZ.

²Es können maximal zwei solcher Kontrolluntersuchungen jährlich abzugsfrei durchgeführt werden.

- 4.3 ¹Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung. ²Zur Befreiung von der Eigenbeteiligung benötigt die Festsetzungsstelle entweder eine Kennzeichnung des Arzneimittels durch die verschreibende Ärztin bzw. den verschreibenden Arzt oder eine entsprechende Erklärung der Schwangeren mit Angabe der Dauer der Schwangerschaft.

5. Die Freistellung entfällt, wenn mit der gleichen Liquidation weitere diagnostische oder therapeutische Leistungen abgerechnet werden, auch wenn sie an anderen Behandlungsterminen angefallen sind.

Zu Absatz 4

1. Bei der Prüfung, ob die Belastungsgrenze von 2 v. H. bzw. 1 v. H. 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.
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 bzw. 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.

- 2.1 ¹Auf der Basis der Januarbezüge und -renten (vgl. Nr. 2) eines Kalenderjahres ist nach § 47 Abs. 4 Satz 2 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 ehedatten-, lebenspartner- und kinderbezogenen Minderung der individuellen Höchstgrenze nach § 47 Abs. 4 Sätze 4 bis 6.
- 2.2 Beginnt das Beamtenverhältnis erst im Lauf eines Kalenderjahres, ist nach § 47 Abs. 4 Satz 3 anhand des Bezügeanspruchs im Monat der Ernennung die individuelle Höchstgrenze zu ermitteln; Nr. 2.1 gilt entsprechend.
- 2.3 ¹Die Nrn. 2.1 und 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.
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 v. H. maßgebend ist, nicht berücksichtigt. ²Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige Kinder.
4. Nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, der auch im Rahmen der Beihilfefestsetzung anzuwenden ist, gilt als „schwerwiegend chronisch krank“, wer ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal einer ärztlichen Behandlung bedarf und gleichzeitig eines der folgenden Merkmale erfüllt:
- 4.1 Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

- 4.2 Es liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 v. H. nach § 56 Abs. 2 SGB VII bzw. § 30 BVG vor, wobei die MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Nr. 4 Satz 1 begründet sein muss.
- 4.3 Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (z. B. 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. 4 Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.
- 4.4 ¹Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach der BayBhV berücksichtigungsfähige „chronische Krankheit“ vor. ²Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. ³Der Beihilfeberechtigte muss durch geeignete Nachweise darlegen (z. B. 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.
5. ¹Bei Beihilfeberechtigten bzw. 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.

Zu Absatz 5

1. Die Nrn. 2.1 und 2.2 zu Abs. 4 gelten sinngemäß auch im Fall der Rückkehr aus einer Beurlaubung (§ 47 Abs. 5 Satz 2) bzw. wenn wegen disziplinarischer Maßnahmen keine Bezüge zustehen.

2. Wird im Rahmen der Zuordnung bereits einbehaltener Eigenbeteiligungen nach 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.
3. Eine Zuordnung nach 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 5 Nr. 1 BayBG).

VV zu § 48 BayBhV Verfahren

Zu Absatz 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.
2. ¹Beihilfen im staatlichen Bereich sind mit Formblatt 6a - 6c zu beantragen; dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 93 SGB XII. ²Anstelle der amtlichen Vordrucke können auch hiervon abweichend gestaltete Vordrucke der Beihilfefestsetzungsstellen verwendet werden, soweit die Bestimmungen des Datenschutzes beachtet werden.
3. Eine Zusammenstellung der Formblätter 1 bis 11 wird im Anhang 5 herausgegeben.
4. ¹Antragsberechtigt ist nur der Beihilfeberechtigte 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 des Beihilfeberechtigten die ihn betreffenden Belege ggf. mit der ausgefüllten Zusammenstellung der Aufwendungen unmittelbar der Festsetzungsstelle zuleiten. ³Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige, volljährige

Kinder, die nicht im Haushalt des Beihilfeberechtigten wohnen. 4In diesen Fällen hat der Beihilfeberechtigte bei der Stellung seines Beihilfeantrages hierauf in geeigneter Weise Bezug zu nehmen.

Zu Absatz 2

1. Die Antragsgrenze von 200 € gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.
2. Bei der Geltendmachung von stationären Krankenhausleistungen ist die Entlassungsanzeige des Krankenhauses vorzulegen.

Zu Absatz 3

1. Belege, die Aufwendungen enthalten, die nicht in vollem Umfang als beihilfefähig berücksichtigt werden konnten, sind auch im Fall des § 48 Abs. 3 Satz 3 zurückzugeben; dies gilt nicht bei Minderungen auf Grund der nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 und Abs. 3 Satz 5 BayBG vorgesehenen Eigenbeteiligungen sowie bei Minderungen nach § 14.
2. Alle Belege werden nur bei entsprechender Antragstellung zurückgegeben.

Zu Absatz 5

1. ¹Soweit ein Krankenhaus, eine stationäre Rehabilitationseinrichtung oder eine Dialyse-Institution auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung auf Vorauszahlungen nicht verzichtet, können auf Antrag des Beihilfeberechtigten Abschlagszahlungen geleistet werden. ²Für die Beantragung können die Formblätter 10 und 11 verwendet werden.
2. ¹In den Fällen des § 32 Abs. 2 und § 36 kann auf Antrag und für die Dauer von jeweils bis zu sechs Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. ²Danach ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten (Nr. 2 zu § 32 Abs. 2) endgültig festzusetzen.

Zu Absatz 7

1. Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des Art. 32 BayVwVfG vorliegen.
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 dem Beihilfeberechtigten zusteht, auf den Sozialhilfeträger über. ³Eine Überleitung nach § 93 SGB XII ist rechtlich nur zulässig, wenn Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für seinen nicht getrennt lebenden Ehegatten bzw. Lebenspartner oder für seine berücksichtigungsfähigen 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 ggf. Anfechtungsklage zu erheben.
3. Leitet der Sozialhilfeträger nicht über, sondern nimmt den Beihilfeberechtigten nach § 19 Abs. 5 SGB XII im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur der Beihilfeberechtigte den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Sozialhilfeträger ist zulässig. ²Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Sozialhilfeträger ist ausgeschlossen (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2).
4. ¹Hat ein Sozialhilfeträger Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinn von Abs. 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung
 - a) den Erbringer der Leistungen (z. B. Heim, Anstalt),
 - b) den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
 - c) die Art (z. B. 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 (vgl. § 48 Abs. 7 Satz 3) und ggf. der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

5. ¹Die Überweisung des festgesetzten Beihilfezahlbetrages erfolgt grundsätzlich nur auf das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten. 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 vom Beihilfeberechtigten 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.

Zu Absatz 8

1. ¹Amts- oder Vertrauensärztinnen und -ärzte gelten ebenfalls als Gutachterinnen bzw. Gutachter. ²Gutachten sind mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten 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.
2. Die Auswahl von vertrauensärztlichen Gutachtern obliegt der Beihilfefestsetzungsstelle.

Abschnitt III

Anwendungsempfehlung für nichtstaatliche Dienstherren

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.

Anhang 1

(VV-Nr. 10 zu § 7 Abs. 1 BayBhV)

Hinweise zum Gebührenrecht

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1.1 Bemessung der Gebühren

Nach § 5 GOÄ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen, bei den sog. medizinisch-technischen Leistungen - § 5 Abs. 3 GOÄ - nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen sowie bei Laborleistungen - § 5 Abs. 4 GOÄ - nach dem Einfachen bis 1,3fachen des im Gebührenverzeichnis angegebenen Gebührensatzes. Überschreitet eine Gebühr den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 oder Abs. 4 GOÄ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn der Rechnungsaussteller dargelegt hat, dass Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Bemessungskriterien die Überschreitung der Schwellenwerte rechtfertigen. Aus der Begründung der Rechnung muss ersichtlich sein, dass die Leistung auf Grund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. Dazu reicht im Allgemeinen eine stichwortartige Kurzbegründung aus, in der die „Besonderheiten“ der einzelnen Leistung substantiiert angesprochen sind. Besonderheiten der Bemessungskriterien können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war oder
- einen besonderen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung über das gewöhnliche Maß hinausging.

Eine einfache Wiederholung der Bemessungskriterien reicht folglich nicht aus.

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 17. Februar 1994 - 2 C 10.92 -(NJW 1994 S. 3023) hat die Überschreitung des Schwellenwertes „den Charakter einer Ausnahme“; Gebühren bis zum Schwellenwert sind danach nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwändige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt und decken in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle ab. In Fortführung dieser Rechtsprechung hat das BVerwG mit Urteil

vom 30. Mai 1996 - 2 C 10.95 - (NJW 1996 S. 3094) darauf hingewiesen, dass die Beihilfefestsetzungsstellen zur Überprüfung der ärztlichen Gebührenrechnungen befugt und eventuelle Zweifel anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu beurteilen sind. Eine vorherige Bekanntgabe der Auffassung des Dienstherrn sei nicht generell, sondern nur in den Ausnahmefällen erforderlich, in denen bei objektiven Unklarheiten der GOÄ ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen.

Aufwendungen über den Schwellenwert hinaus sind nicht schon wegen der Besonderheiten der angewandten Verfahren beihilfefähig, sondern vor allem wegen Besonderheiten, die gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle, aufgetreten sind (personenbezogene Bemessungskriterien), z. B. besondere Erschwernis bei einer Unterleibsoperation wegen anlagebedingter starker Blutungsneigung der Patientin. Besonderheiten im Bereich des behandelnden Arztes, z. B. seine besondere Qualifikation (Chefarzt, Professor usw.) oder der Einsatz eines besonders teuren Gerätes bei der Leistungserbringung scheiden als Gründe für die Überschreitung der Schwellenwerte grundsätzlich aus.

Besonderheiten der patientenbezogenen Bemessungskriterien rechtfertigen die Überschreitung des Schwellenwertes jeweils nur bei den Leistungen, mit denen sie im Zusammenhang stehen (leistungsbezogene Begründungen). Verwachsungen im Operationsbereich können z. B. Anlass für das Überschreiten des Schwellenwertes bei der Operationsgebühr geben, stellen aber in der Regel keine gebührenrechtliche Besonderheit bezüglich anderer ärztlicher Leistungen wie Visiten, Infusionen, Injektionen usw. dar. Als leistungsbezogene Begründung kann u. U. auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles angesehen werden (§ 5 Abs. 2 Satz 2 GOÄ), z. B. bei Leistungen in den ersten Tagen nach einem Unfall mit vielfältigen Verletzungen.

Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Vertrages über die Wahlleistungen benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, ist ein Überschreiten der Schwellenwerte nicht zulässig (§ 5 Abs. 5 GOÄ).

1.2 Leistungen bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen

Nach Auffassung des zuständigen Bundesministeriums ist eine Leistungserbringung außerhalb der üblichen Präsenz des Arztes im Krankenhaus für sich allein keine ausreichende Begründung für ein Überschreiten der Schwellenwerte nach § 5 Abs. 2 GOÄ (2,3facher, 1,8facher bzw. 1,15facher Satz). Ein über die Schwellenwerte hinausgehender Multiplikator kann allenfalls dann gerechtfertigt sein, wenn sonstige besondere Umstände des § 5 Abs. 2 GOÄ vorliegen.

1.3 Minderung der ärztlichen Honorare bei stationärer Behandlung

Nach § 6a Abs. 1 Satz 1 GOÄ sind bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge (ausgenommen der Zuschlag nach Buchstabe J im Abschnitt B V) um 25 v. H. zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach § 6a Abs. 1 Satz 1 GOÄ von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 v. H.

Entsprechende Minderungssätze gelten nach § 7 GOZ auch für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privat Zahnärztliche Leistungen.

Der jeweilige Minderungsbetrag ist in der Rechnung anzugeben (§ 12 Abs. 2 Nr. 3 GOÄ bzw. § 10 Abs. 2 Nr. 3 GOZ). Für die Begründungspflicht bei Überschreiten der Schwellenwerte ist der Gebührensatz vor Abzug des Minderungsbetrages maßgebend (§ 12 Abs. 3 Satz 1 GOÄ bzw. § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ).

Nach den Urteilen des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 14. Januar 1998 - IV ZR 61/97 (NJW 1998 S. 1790), vom 17. September 1998 - III ZR 222/97 (NJW 1999 S. 868) und vom 13. Juni 2002 - III ZR 186/01 (NJW 2002 S. 2948) sind die Gebühren nach § 6a Abs. 1 GOÄ für sämtliche wahlärztliche, belegärztliche, konsiliarärztliche und sonstige privatärztliche Leistungen zu mindern, die untrennbar mit einer vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung verbunden sind. Dies gilt unabhängig vom Ort der Leistungserbringung - auch wenn die Ärztin bzw. der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien eingesetzt hat (externe Leistungserbringung). Der Vorschrift liegt zur Harmonisierung von Bundespflegesatzverordnung und GOÄ eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die Leistungen im Einzelfall entstehen, denn § 6a GOÄ soll nicht das Kosteninteresse des Leistungserbringers, sondern die Patientin bzw. den Patienten vor finanziellen Benachteiligungen schützen.

1.4 Berechenbarkeit einer Leistung nach Nr. 4 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Berechnungsfähigkeit einer Leistung nach Nr. 4 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Nach ihrem Sinn und Zweck soll die Gebührenposition nach Nr. 4 des GOÄ-Gebührenverzeichnisses die Abrechnung einer Anamneseerhebung und/oder Beratung auch dann ermöglichen, wenn diese nach den besonderen Umständen des

Behandlungsfalles die Einbeziehung einer Bezugs- oder Begleitperson erfordert, weil eine unmittelbare Vornahme gegenüber dem behandelten Patienten nicht möglich oder nicht sinnvoll ist.

Sofern die Anamneseerhebung über eine Bezugsperson bei bestimmten Personengruppen (z. B. bei Kindern) auch bei „normalem“ Gesundheitszustand den Regelfall bildet, muss diese als mit den Leistungen nach den Nrn. 1 bzw. 3 abgegolten betrachtet werden. Eine Berechnung der Nr. 4 im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern wird deshalb in der Regel nur bei Vorliegen besonderer Erschwernisse (z. B. bei behinderten Kindern) geboten sein.

Sofern aus im Einzelfall gegebenem Anlass die Leistung nach Nr. 4 - auch im Hinblick auf eine dabei unter Einbeziehung einer Bezugsperson vorgenommene Beratung - berechnet werden kann, ist daneben für die Abrechnung einer Beratung nach den Nrn. 1 oder 3 kein Raum. Da es sich bei der im Leistungstext der Nr. 4 angesprochenen „Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en)“ charakteristischerweise um eine Leistung mit beratendem Inhalt handelt, ist diese mit der Gebühr nach Nr. 4 abgegolten und kann daneben nicht gesondert nach den Nrn. 1 oder 3 abgerechnet werden. Dem steht das Fehlen eines formellen Abrechnungsausschlusses (z. B. „...ist daneben nicht berechnungsfähig“), dem insoweit ohnehin nur deklaratorische Bedeutung zukommen könnte, nicht entgegen, da sich der Abrechnungsausschluss allgemein bereits aus § 4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ ergibt.“

1.5 Wegegeld und Besuchsgebühren

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Voraussetzungen für die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nach der GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Wegegeld nach § 8 GOÄ und Besuchsgebühren nach den Nrn. 48 bis 51 sowie Zuschläge nach Abschnitt B V, Buchstaben E bis H und K 2 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ werden nur für Besuche gezahlt. Ein Besuch im gebührenrechtlichen Sinn liegt vor, wenn ein Arzt zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise nicht seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht.

Besuchsgebühren nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig (Abschnitt B Ziff. 6 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

Soweit niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser vom Krankenhaus oder vom behandelnden Krankenhausarzt zum Konsilium oder zur Mitbehandlung

gerufen werden, kommt die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nur in Betracht, wenn der Arzt nicht vereinbarungsgemäß oder regelmäßig beigezogen, sondern für einen bestimmten Patienten im konkreten Fall angefordert wird."

1.6 Ambulantes Operieren

Nach Abschnitt C VIII des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen können zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen Zuschläge nach Nrn. 440 bis 449 berechnet werden. Die Zuschläge sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig und in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

1.7 Kreuzband-Ruptur

Aus Gründen der Normsystematik und des Normzwecks sind mit dem Ansatz der Nr. 2191 GOÄ (arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk – einschließlich Kapselnaht) die Aufwendungen für die Entnahme der Semitendinosus- sowie der Gracilissehne mit abgegolten. Damit sind neben der Nr. 2191 GOÄ zusätzlich verrechnete Gebühren nach der Nr. 2083 GOÄ oder der Nr. 2064 GOÄ für die Präparation der genannten Sehnen nicht beihilfefähig (LG München II, Urteil vom 22. Oktober 2013, AN 1 K 13.00010, LG München I, Urteil vom 31. März 2010, 9 S 13229/09).

Ferner ist der zusätzliche Absatz der Nr. 2257 dann nicht beihilfefähig, wenn neben der Nr. 2191 GOÄ die Nr. 2195 GOÄ verrechnet wurde (LG München I, Urteil vom 31. März 2010, 9 S 13229/09).

Besondere Umstände bei der Leistungserbringung können durch die Anwendung eines entsprechenden Steigerungsfaktors – mit entsprechender Einzelfall bezogener Begründung – berücksichtigt werden.

1.8 Sonstige Auslegungsfragen zur GOÄ und analoge Bewertungen

Bei der Bundesärztekammer wurde ein „Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen" eingerichtet. Dieser Konsultationsausschuss gibt sachverständige Stellungnahmen oder Gutachten zu grundsätzlichen Auslegungsfragen der GOÄ gegenüber Ärztekammern und Mitgliedern ab. Die einvernehmlichen Beschlüsse sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

Nach § 6 Abs. 2 GOÄ kann der Arzt selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses

berechnen (analoge Bewertung). Das nachfolgende von der Bundesärztekammer herausgegebene Verzeichnis analoger Bewertungen ist bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen. Darin sind die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zu Analogbewertungen enthalten.

1.8.1 Verzeichnis der Analogbewertungen

Nummer	Leistung	Analog- Nummer	Punktzahl	Gebühr
		GOÄ		€
A 36	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten bei Asthma bronchiale, Hypertonie - einschließlich Evaluation - zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung	33	300	17,49

Nummer	Leistung	Analog- Nummer	Punktzahl	Gebühr €
		GOÄ		
A 72	Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus	70	40	2,33
A 353	Einbringung des Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z.B. Nierenarterie), einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle, je Arterie	351	500	29,14
A 409	A-Bild-Sonographie	410	200	11,66
A 482	Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z.B. AChE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z.B. Unterkühlung)	832	158	9,21
A 496	Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock	476	380	22,15
A 618*	H2-Atemtest (z.B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	617*	341	19,88
A 619*	Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen	615*	227	13,23
A 658	Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotentiale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotential-EKG)	652	445	25,94
A 704	Analtonometrie	1791	148	8,63
A 707	Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie und Auswertung des Bildmaterials bei unklarer gastrointestinaler Blutung, nach vorausgegangener Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes. Voraussetzung für das Erbringen der Kapselendoskopie ist die Gebietsbezeichnung Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (zukünftig Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie). Der Zeitaufwand für die Auswertung der Videodokumentation beträgt durchschnittlich zwei Stunden. Ist er im konkreten Fall deutlich niedriger oder deutlich höher, ist dies beim Ansatz des Steigerungsfaktors zu berücksichtigen.	684 plus 687	1200 plus 1500	69,94 plus 87,43
A 795	Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EKG- und Blutdruckregistrierung	648	605	35,26

Nummer	Leistung	Analog- Nummer	Punktzahl	Gebühr €
GOÄ				
A 796*	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad/- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	650*	152	8,86
A 888	Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus dem dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	887	200	11,66
A 1006*	Gezielte weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, das mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt, ggf. mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf, im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger, Anlage 1c zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend, je Sitzung	5373*	1900	110,75
A 1007	Farbkodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung eines Fetus einschließlich Bilddokumentation, einschließlich eindimensionaler Doppler-echokardiographischer Untersuchung, ggf. einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, ggf. einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend	424 plus 404 plus 406	700 plus 250 (Einfachsatz) plus 200 (Einfachsatz)	40,80 plus 14,57 plus 11,66

Nummer	Leistung	Analog- Nummer	Punktzahl	Gebühr €
GOÄ				
A 1008	Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, ggf. farbkodiert und/oder direktionale Doppler-sonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse, ggf. zusätzlich zu den Untersuchungen nach Nrn. 415 oder A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend <i>Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.</i> <i>Voraussetzung für das Einbringen der Leistungen nach Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 ist der Nachweis der Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde oder der fakultativen Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder einer gleichwertigen Qualifikation.</i>	649	650	37,89
A 1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschallsicht	1158	739	43,07
A 1387	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschließlich Glaskörper-Tamponade, ggf. einschließlich Membran-Peeling. <i>Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut und Glaskörper berechnungsfähig.</i>	2551	7500	437,15
A 1387.1	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen und/oder therapierefraktärem Glaukom und/oder submakulärer Chirurgie, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie, Buckelchirurgie, Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling, ggf. einschließlich Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschließlich Retinotomie, ggf. einschließlich Daunomycin-Spülung, ggf. einschließlich Zell-Transplantation, ggf. einschließlich Versiegelung eines Netzhautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschließlich weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z. B. Pigmentgewinnung und -implantation). <i>Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.</i>	2551		437,15
		plus 2531	7500	plus
			plus 7500	437,15

Nummer	Leistung	Analog- Nummer	Punktzahl	Gebühr €
		GOÄ		
<i>Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und</i>				
<i>1387.1:</i>				
<i>Die Ausschlussbestimmungen bei Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörper-chirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeverlust oder bei Resektion uvealer Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation. Neben Leistungen nach Nrn. A 1387 oder A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen - je nach Indikation - die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z. B. Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.</i>				
A 1387.2	Macula Rotation	1375	3500	204,01
A 1716	Spaltung einer Harnröhrenstriktur unter Sicht (z.B. nach Sachse)	1802	739	43,07
A 1833a	Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfistelkatheters, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband	1833	237	13,81
A 3289	Operation eines großen Leisten- oder Schenkelbruchs oder Rezidivoperation eines Leisten- oder Schenkelbruches, jeweils einschließlich Implantation eines Netzes	3286	2000	116,57
A 3732*	Troponin-T-Schnelltest	3741*	200	11,66
A 3733*	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	3736*	120	6,99
A 3734*	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	3736*	120	6,99
A 3757*	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z.B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat)	3760*	70	4,08
A 4463*	Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	4462*	230	13,41
A 5830*	Computergestützte Individual-Ausblendung (Multileaf-Kollimatoren = MLC) einmal je Feld und Bestrahlungsserie, einschließlich Programmierung.	5378*	1000	58,29

Individuelle Ausblendungen zum Schutz von Normalgewebe und Organen können anstelle von Bleiblöcken auch durch

Nummer	Leistung	Analog- Nummer	Punktzahl	Gebühr €
		GOÄ		
	<i>Programmierung eines (Mikro-)Multileaf-Kollimators erstellt werden, wobei für den Programmieraufwand die analoge Nr. 5378 GOÄ einmal je Feld und Bestrahlungsserie angesetzt werden kann. Der je nach Feldkonfiguration und Feldgröße unterschiedliche Schwierigkeitsgrad ist über den Gebührenrahmen nach § 5 Absatz 2 und 3 zu berücksichtigen.</i>			
A 5860*	Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske -, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners. <i>Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.</i> <i>Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Akustikusneurinom, Hypophysenadenom, Meningeom, Arteriovenöse Malformation, medikamentös oder operativ therapierefraktäre Trigeminalsalgesie, Chordom.</i>	6 x 5855*	6 x 6900	6 x
	<i>Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden</i>			402,18
A 5861	Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren oder von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske -, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners. <i>Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels</i>	3,5 x 5855*	3,5 x 6900	3,5 x 402,18

Nummer	Leistung	Analog- Nummer	Punktzahl	Gebühr €
		GOÄ		
	<i>Linearbeschleuniger zu verstehen.</i>			
	<i>Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Inoperabler primärer Hirntumor oder Rezidiv eines Hirntumors, symptomatische Metastase ZNS, Aderhautmelanom.</i> <i>Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich</i> <i>berechnet werden.</i>			
A 7001	Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z. B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit			
	Zu diesen Untersuchungen zählen beispielsweise Sehschärfenprüfungen mittels Preferential Looking, die Untersuchung des Interferenzvisus und die Untersuchung des Crowding-Phänomens.	1225	121	7,05
A 7002	Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennverfahren			
	Die Untersuchung nach Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung, und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200, berechnet werden.	1200	59	3,44
A 7003	Quantitative Aniseikoniemessung, ggf. einschließlich qualitativer Aniseikonieprüfung	1226	182	10,61
A 7006	Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung	1227	248	14,46
A 7007	Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6	825	83	4,84
A 7008	Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation je Auge	1249	484	28,21
A 7009	Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratographie, ggf. an beiden Augen	415	300	17,49

Nummer	Leistung	Analog- Nummer	Punktzahl	Gebühr €
GOÄ				
A 7010	Laserscanning-Ophthalmoskopie	1249	484	28,21
A 7011	Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits			
	Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyzer (ONHA)	423	500	29,14
A 7012	Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie	1229	182	10,61
A 7013	Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation	1227	248	14,46
A 7014	Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung	413	280	16,32
A 7015	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges	410	200	11,66
	für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung	420	80	4,66
A 7016	Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge	1212	132	7,69
A 7017	Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits	424	700	40,80
		plus 406	plus 200	plus 11,66
A 7018	Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge	1298	132	7,69
A 7019	Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung	1215	121	7,05
A 7020*	Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression	1257*	242	14,11
A 7021	Operative Reposition einer intraokularen Linse	1353	832	48,50
A 7022	Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings	1326	1110	64,70
A 7023	Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laser-scanning Ophthalmoskopie	1217	242	14,11

Nummer	Leistung	Analog- Nummer	Punktzahl	Gebühr €
GOÄ				
A 7024	Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyкло-Deviation an Tangentenskalen in neun Blickrichtungen, einschließlich Kopfneige-Test	1217	242	14,11
A 7025	Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (sog. Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel	1376	1480	86,27
A 7026	Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse	1326	1110	64,70
<i>Eine Berechnung der Nr. 7026 neben einer Katarakt-Operation, z. B. nach Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in der gleichen Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (z. B. der subluxierten Linse bei Marfan- Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.</i>				
A 7027	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation	1368	3030	176,61
A 7028	Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer	1217	242	14,11
A 7029	Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung	1366	1110	64,70

* Reduzierter Gebührenrahmen

1.8.2 Medizinisches Aufbautraining/Medizinische Trainingstherapie

Nach einem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung sind folgende Leistungen bis zum 2,3fachen bzw. 1,8fachen der Einfachsätze der GOÄ beihilfefähig:

- Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie / zum Medizinischem Aufbautraining einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nr. 842 GOÄ.

Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nr. 842 GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.

- Medizinische Trainingstherapie / Medizinisches Aufbautraining mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen (z. B. MedX-CE-/und/oder LE-Therapiemaschinen) analog Nr. 846 GOÄ, zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nr. 558 GOÄ (je Sitzung), zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nr. 506 GOÄ. Die Nrn. 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

1.8.3 Extrakorporale Stoßwellentherapie

Auf Grundlage eines Beschlusses der Bundesärztekammer kann die Extrakorporale Stoßwellentherapie bei den in Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 genannten Indikationen analog Nr. 1800 GOÄ (je Sitzung, 1480 Punkte) berechnet werden. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. Die Behandlung einer Pseudarthrose setzt auf Grund größerer Risiken zwingend besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der Traumatologie voraus, die verbunden mit einem im Einzelfall höheren Schwierigkeitsgrad und überdurchschnittlichen Zeitaufwand Gebühren bis zum 3,5fachen Gebührensatz rechtfertigen können.

2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

2.1 Praxiskosten

Gemäß § 4 Abs. 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist, oder wenn die Aufwendungen einen erheblichen Anteil am Honorar der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes für diese

Leistung ausmachen würde. Zu den Praxiskosten gehören nicht Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ). Diese sind neben den Gebühren gesondert berechnungsfähig. Implantatbohrsätze gehören ebenfalls nicht zu den Praxisgebühren und können gesondert berechnet werden (BGH, Urteil vom 27. Mai 2004 - III ZR 264/03). Nicht berechnungsfähig sind dagegen die Kosten, die der Zahnärztin bzw. dem Zahnarzt für die Bevorratung von Implantaten entstehen. Sie sind als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten.

Eine gesonderte Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ darf nur bei den in § 6 Abs. 1 GOZ ausdrücklich genannten Leistungen erfolgen. Eine entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ auch auf andere zahnärztliche Leistungen ist gemäß § 1 Abs. 1 GOZ ausgeschlossen (vgl. Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Beschluss vom 19. April 1999 - 4 S 3178/98).

2.2 Bemessung der Gebühren

Für die Bemessung der Gebühren gemäß § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gelten die Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht unter Nr. 1.1 entsprechend. Der Leistungsumfang der Nrn. 205, 207, 209, 211 und 218 GOZ erfasst plastische (Aufbau)Füllungen. Mehrkosten für lichthärtende Kompositfüllungen in Schicht- und Ätztechnik (dentin-adhäsive Füllungen) sind nach § 7 Abs. 1 BayBhV bis zum 3,5fachen des Gebührensatzes berechnungsfähig. Alternativ hierzu kann für die genannten Füllungen auch eine analoge Bewertung nach den Nrn. 215 bis 217 GOZ und für plastische Aufbauten nach der Nr. 219 GOZ (vgl. Nr. 2.4) bis zur Höhe der Schwellenwerte als beihilfefähig anerkannt werden, sofern sich nicht im Einzelfall Hinweise für eine die Grenzen der Billigkeit überschreitenden Anwendung der gebührenrechtlichen Vorgaben ergeben.

2.3 Gebühren für andere Leistungen

Gemäß § 6 Abs. 1 GOZ ist die Anwendung des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen durch Zahnärzte auf die Abschnitte B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M unter den Nrn. 4113 und 4700, N sowie 0 dieses Gebührenverzeichnisses begrenzt. Soweit Zahnärzte Leistungen aus diesen Abschnitten erbringen, bestimmt sich die Vergütung dieser Leistungen nach den Vorschriften der GOÄ in der jeweils geltenden Fassung. Berechnet ein Zahnarzt nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ, erfassen die darin enthaltenen Abrechnungsbestimmungen auch Leistungen, die der Zahnarzt auf der Grundlage der GOZ erbringt.

Zur Anwendung der GOÄ durch Zahnärzte hat das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium für Gesundheit wie folgt Stellung genommen:

„Die Verweisung betrifft nur solche Abschnitte der GOÄ, in denen Leistungen enthalten sind, die für Zahnärzte nach dem Berufsrecht in Frage kommen können. Die Verweisung auf ganze Abschnitte des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist aus pragmatischen, regelungstechnischen Gründen erfolgt. Aus diesen Abschnitten kann der Zahnarzt nicht alle Leistungen erbringen und berechnen, sondern nur solche Leistungen,

die zu seinen beruflichen Leistungen gehören (§ 1 Abs. 1 GOZ) und den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechen (§ 1 Abs. 2 GOZ)."

2.4 Analoge Bewertungen

Gemäß § 6 Abs. 2 GOZ können selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten der GOZ auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden. Vermeintliche Lücken im Gebührenverzeichnis oder anderweitige Auffassungen über den Wert einer zahnärztlichen Leistung rechtfertigen keine analoge Bewertung. Dies gilt auch für Leistungen, die lediglich eine besondere Ausführung einer nach dem Gebührenverzeichnis bewerteten Leistung darstellen (§ 4 Abs. 2 GOZ).

2.5 Einzelfragen zum Gebührenverzeichnis der Anlage 1 der GOZ

2.5.1 Gesteuerte Geweberegeneration

Für das Einbringen und Entfernen der Membran im Rahmen der gesteuerten Geweberegenerationsbehandlung (Guided Tissue Regeneration, GTR) kann Nr. 4130 GOZ analog als Komplexgebühr oder Nrn. 4120 und 4110 GOZ analog jeweils als gesonderte Gebühr für das Einbringen und Entfernen der Membran berechnet werden. Die Kosten für die Membranen (Manschetten) können gesondert berechnet werden.

2.5.2 Abschläge bei kieferorthopädischen Behandlungen

Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums für kieferorthopädische Behandlungen nach Nrn. 6030 bis 6080 GOZ können quartalsmäßige Abschlagszahlungen als beihilfefähig anerkannt werden. Die Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung. Die Leistungen nach Nrn. 6030 bis 6080 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Für einen Verlängerungszeitraum der ursprünglichen Kieferumformung kann regelmäßig pro Jahr der Weiterbehandlung ein Viertel der jeweils vollen Gebühr unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ als angemessen angesehen werden (vgl. BayVGH, Beschluss vom 24. März 1997 – 3 B 95.1895).

2.5.3 Eingliederung von Klebebrackets bei kieferorthopädischen Behandlungen

Für die Eingliederung von Klebebrackets im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung kann neben der Nr. 6100 der Anlage 1 der GOZ nicht zusätzlich auch die Nr. 2197 der Anlage 1 der GOZ abgerechnet werden, weil deren selbstständige

Berechnungsfähigkeit nach § 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ ausgeschlossen ist. Denn mit dem Begriff „Eingliederung eines Klebebrackets“ wird eine Technik umschrieben, die im Sinne eines Oberbegriffs auch die Adhäsivtechnik umfasst (BVerwG, Urteil vom 5. März 2021 – 5 C 11/19).

2.5.4 Retentionsmaßnahmen bei kieferorthopädischen Behandlungen

Für die Eingliederung eines festsitzenden Lingualretainers sind neben den Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers nach den Nrn. 6030 bis 6080 der Anlage 1 der GOZ Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich nach den Nrn. 6100 und 6140 GOZ in analoger Anwendung nach § 6 Abs. 1 GOZ abgerechnet werden, nicht beihilfefähig, da die Eingliederung eines solchen Retainers als Maßnahme der Retention eine Überschneidung mit dem Leistungsinhalt der Nrn. 6030 bis 6080 GOZ bewirkt. Wenn in diesem Zusammenhang bereits der analoge Ansatz der Nrn. 6100 und 6140 GOZ nicht beihilfefähig ist, ist in der Folge der ebenfalls analoge Ansatz der Nr. 2197 GOZ zur Abgeltung der adhäsiven Befestigung von Klebebrackets ebenfalls nicht beihilfefähig (BVerwG, Urteile vom 26. Februar 2021 – 5 C 7.19 und vom 5. März 2021 – 5 C 8.19).

2.5.5 Relationsbestimmung

Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nrn. 2150 bis 2170 GOZ), Kronen (Nrn. 2200 bis 2220 GOZ), Brücken (Nrn. 5000 bis 5040 GOZ) und Prothesen (Nrn. 5200 bis 5230 GOZ) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 2220, 5040 und 5230 GOZ auch die Relationsbestimmung bzw. die Bestimmung der Kieferrelation. Deshalb dürfen in zeitlichem Zusammenhang mit diesen Leistungen keine Gebühren aus dem Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der GOZ (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) berechnet werden. Bei umfangreichen bzw. aufwändigen Maßnahmen ist eine beihilferechtliche Anerkennung nach den Vorgaben des § 16 BayBhV möglich.

2.5.6 Nr. 3 GOÄ

Nr. 3 GOÄ ist neben Nr. 0010 GOZ berechnungsfähig, da es sich einerseits um eine (reine) Beratungs-, andererseits um eine Untersuchungsgebühr handelt; andere Leistungspositionen der GOÄ und GOZ sind daneben nicht beihilfefähig.

2.5.7 Nr. 5 GOÄ

Nr. 5 GOÄ ist berechnungsfähig, da eine vergleichbare Leistung nicht in der GOZ enthalten ist.

2.6 Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen

Die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern haben im Jahr 2013 die Einrichtung eines Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen vereinbart, um im partnerschaftlichen Miteinander daran zu arbeiten, Rechtsunsicherheiten nach der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu beseitigen. Das neue Gremium hat die Aufgabe übernommen, grundsätzliche Auslegungsfragen der GOZ, Fragen der privat Zahnärztlichen Qualitätssicherung sowie Fragen des Inhalts und der Abgrenzung privat Zahnärztlicher Leistungen zu diskutieren und möglichst einvernehmlich zu beantworten. Ein wichtiges Ziel ist dabei die Verbesserung der Beziehung zwischen Patient, Zahnarzt und Versicherungsmitarbeitern in der täglichen Praxis.

Mit der erklärten Zielsetzung, Probleme im Vorfeld zu lösen und dadurch Auslegungstreitigkeiten oder vielfache gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden, haben sich die Mitglieder des Beratungsforums einvernehmlich auf die nachfolgenden Beschlüsse verständigt, die von den Vorständen der Gremien der Mitglieder bestätigt wurden. Diese sind bei der Festsetzung der Beihilfe zu berücksichtigen.

Berechnungsfähigkeit des Operationsmikroskops

1. Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops ist nur für die in der Nr. 0110 GOZ abschließend aufgezählten Gebührenpositionen berechnungsfähig. Eine analoge Anwendung dieser Zuschlagsposition oder anderer GOZ-Positionen für die Verwendung des Operationsmikroskops bei anderen als den in Nr. 0110 GOZ bezeichneten Leistungen kommt nicht in Betracht. Wird eine nicht zuschlagsfähige Leistung erbracht, die aufgrund von darzulegender Schwierigkeit oder Zeitaufwand den Einsatz des Operationsmikroskops erfordert, kann dies mittels des § 5 bzw. § 2 GOZ abgebildet werden.

Zusätzliche Berechnung der Nr. 2197 GOZ neben der Nr. 2000 GOZ

2. Im Zusammenhang mit der Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen und Glattoflächenversiegelung nach der Nr. 2000 GOZ ist die Nr. 2197 GOZ für die adhäsive Befestigung der Versiegelung nicht zusätzlich berechnungsfähig, da die adhäsive Befestigung der Versiegelung nach der wissenschaftlichen "Neubeschreibung einer präventionsorientierten

Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde" Bestandteil der Fissurenversiegelung ist.

Stillung einer übermäßigen Blutung

3. Die Nr. 3050 GOZ ist im Rahmen der dentoalveolären Chirurgie ggf. als selbständige Leistung zusätzlich berechenbar, wenn die Blutung das typische Maß bei dem Eingriff deutlich übersteigt und eine Unterbrechung der eigentlichen operativen Maßnahme erfordert. In allen anderen Fällen sind Blutstillungsmaßnahmen (auch größeren Umfangs), die ortsgleich mit chirurgischen Leistungen erfolgen, Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung und dürfen nicht gesondert nach Nr. 3050 GOZ berechnet werden. Dies gilt auch für die chirurgischen Leistungen aus der GOÄ, die für den Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffnet sind.

Adhäsive Wurzelfüllung

4. Die Nr. 2197 GOZ ist bei adhäsiver Befestigung der Wurzelfüllung neben der Nr. 2440 GOZ zusätzlich berechnungsfähig.

Trennung von Liquidation und Erstattung

5. Bestimmungen, welche tarifbedingte Vertragsbestandteile des Versicherungsvertrages im reinen Innenverhältnis zwischen Versichertem und Versicherer sind, haben keinen Einfluss auf die Berechenbarkeit von Leistungen nach der GOZ.

Wurzelbehandlungen

6. Der Verschluss atypisch weiter apikaler Foramina unter Verwendung von MTA (Mineral Trioxid Aggregate) wird in den Fällen, in denen ohne apikalen Verschluss (Apexifikation) eine ordnungsgemäße Wurzelfüllung nicht möglich ist und insofern der apikale Verschluss eine nach Art, Material- und apparativem Einsatz selbstständige Leistung darstellt, gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Um eine vollständige Aushärtung des MTA zu gewährleisten, sollte die Wurzelfüllung in einer folgenden getrennten Sitzung erfolgen. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die Nr. 2060 GOZ für angemessen.
7. Der Verschluss innerhalb des Parodontiums gelegener Perforationen des Wurzelkanalsystems stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die

BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die Nr. 2060 GOZ für angemessen.

8. Die Entfernung frakturierter Wurzelkanalinstrumente aus dem Wurzelkanalsystem stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die Nr. 2300 GOZ (Entfernung eines Wurzelstiftes) für angemessen.
9. Die Entfernung nekrotischen Pulpagewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die Nr. 2360 GOZ (Vitalexstirpation) für angemessen.
10. Das erschwerte Aufsuchen verengter Wurzelkanaleingänge und das Überwinden natürlicher Hindernisse bei der Aufbereitung des Wurzelkanals (Dentikel, Obliterationen, Verengungen, Krümmungen etc.) sowie natürlicher oder iatrogener Stufen stellen keine selbstständigen, analog zu berechnenden Leistungen dar, sondern sind mit der Grundleistung unter Berücksichtigung von § 5 Abs. 2 der GOZ zu berechnen.

Anm. zu Beschlüsse Wurzelkanalbehandlungen: Über die analoge Berechnungsfähigkeit der Entfernung vorhandenen definitive Wurzelkanalfüllmaterials konnte kein Konsens erzielt werden.

Materialkosten

11. Mit den Gebühren der GOZ sind grundsätzlich gemäß § 4 Abs. 3 GOZ alle Auslagen abgegolten, soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist. Darüber hinaus sind – beziehend auf das BGH-Urteil vom 27. Mai 2004 (Az.: III ZR 264/03) – folgende Materialien zusätzlich berechnungsfähig:
 - Oraqix® im Zusammenhang mit der Nr. 0080 GOZ
 - ProRoot MTA® im Zusammenhang mit der Berechnung der Nr. 2440 GOZ
 - Harvard MTA OptiCaps® im Zusammenhang mit der Berechnung der Nr. 2440 GOZ.

Anästhesieleistungen

12. Die Nrn. 490, 491, 493, 494 GOÄ dürfen von Zahnärzten ohne ärztliche Approbation nicht zum Zwecke der intraoralen Lokal- bzw. Leitungsanästhesie berechnet werden. Die Berechnung der Nr. 494 GOÄ ist auch für den MKG-

Chirurgen zum alleinigen Zwecke der Schmerzausschaltung bei zahnärztlich-chirurgischen Leistungen fachlich nicht indiziert und daher nicht berechnungsfähig.

Zuschlag digitales Röntgen

13. Im Zusammenhang mit den in der zahnärztlichen Therapie gängigen Röntgenaufnahmen (Nrn. 5000, 5002, 5004 GOÄ) ist eine Berechnung der Nr. 5298 GOÄ nicht zulässig.

Chirurgie/Implantation

14. Neben der Nr. 9100 GOZ ist die Nr. 9090 GOZ nicht berechnungsfähig. Neben den Nrn. 9110, 9120 GOZ ist die Nr. 9090 GOZ dann berechnungsfähig, wenn die Knochentransplantation im Operationsgebiet nicht der Auffüllung des durch die Anhebung der Kieferhöhlenschleimhaut entstandenen Hohlraumes dient. Dies ist bei der Auffüllung von Knochendefiziten mit Eigenknochen im Bereich der Implantatschulter bei zeitgleicher Implantation oder beim Ausgleich von Knochendefiziten des Alveolarkamms mit Eigenknochen getrennt vom Bereich des Sinuslifts der Fall. Wird neben den Nrn. 9110, 9120 GOZ die Nr. 9100 GOZ in Ansatz gebracht, ist eine Berechnung der Nr. 9090 GOZ in derselben Kieferhälfte nicht möglich.

Fotodokumentation

15. Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung sind Fotos, die ausschließlich zu dokumentarischen Zwecken angefertigt worden sind, mit den Gebührennummern abgegolten und dürfen nicht gesondert berechnet werden. Fotos, die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken, nicht jedoch einer kieferorthopädischen Auswertung dienen, sind analog berechnungsfähig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die Nr. 6000 GOZ für angemessen.

Protokollnotiz 6. November 2015:

Die Träger der Beihilfe schließen sich den Empfehlungen des PKV-Verbandes zu den Beschlüssen 6, 7, 8, 9 und 15 an.

Provisorien

16. Die Wiedereingliederung (inklusive Säuberung, ggf. Wiederanpassung)

andernorts angefertigter direkter oder laborgefertigter Provisorien ist analog zu berechnen. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 2260 GOZ für angemessen.

Knochenresektion

17. Neben Extraktionen ist die Nr. 3230 GOZ dann gesondert berechnungsfähig, wenn die Resektion aufgrund eigenständiger Indikation (nicht zur oder durch die Zahnentfernung notwendig) mit einem separaten auf der Rechnung dokumentierten Operationszugang erbracht wird und es sich insofern um eine selbstständige Leistung handelt. Die eigenständige Indikation ist auf der Rechnung zu erläutern.

Abschnittsübergreifende Berechnung

18. Die Auflistung einer Gebührennummer in einem bestimmten Abschnitt der GOZ hat nicht zur Folge, dass die dieser Gebührennummer zuzuordnende Leistung nur in Zusammenhang mit einem Leistungsgeschehen berechnungsfähig wäre, das fachlich diesem Gebührenordnungsabschnitt zuzuordnen ist.

Periimplantitis-Behandlung

19. Eine Periimplantitis-Behandlung im offenen Verfahren stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr je nach Lokalisation die Nr. 4090 GOZ bzw. die Nr. 4100 GOZ für angemessen.

Protrusionsschiene

20. Die Eingliederung einer Protrusionsschiene, z.B. zur Behandlung einer Schlafapnoe, stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 7010 GOZ (Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche) für angemessen.

Begründung bei Vereinbarungen

21. Eine Überschreitung des 3,5fachen Steigerungssatzes im Rahmen einer

abweichenden Vereinbarung nach § 2 GOZ erfordert dann eine Begründung auf Verlangen des/ der Zahlungspflichtigen, wenn der Vereinbarung Kriterien gem. § 5 Absatz 2 GOZ zugrunde liegen. Die Wirksamkeit der Vereinbarung bleibt hiervon unberührt.

Computergesteuerte Anästhesie

22. Die computergesteuerte Anästhesie (z. B. WAND/STA) erfüllt trotz modifizierter Handhabung die Leistungsinhalte der Nr. 0090 oder Nr. 0100 GOZ und ist je nach Lokalisation und Indikation originär nach den Nr. 0090 für die Infiltrationsanästhesie (dazu zählen auch die intraligamentäre, intrakanaläre, intrapulpare und intraossäre Anästhesie) oder Nr. 0100 GOZ für die Leitungsanästhesie zu berechnen.

Berechnung „je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“

23. Im Falle der Berechnungsweise einer Gebühr „je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“ ist zu berücksichtigen, dass der Frontzahnbereich nur Anwendung findet, wenn die Leistung im Bereich von Eckzahn bis Eckzahn durchgeführt wird. Geht der Bereich über den Eckzahn hinaus, so wird nach Kieferhälften (Quadranten) berechnet. Eine Berechnungsweise je Frontzahnbereich und je Kieferhälfte ist nicht zulässig.

Berechnungsweise der Nr. 2030 GOZ

24. Für die Nr. 2030 GOZ gilt: Wird in allen vier Kieferhälften präpariert und gefüllt und sind daneben jeweils besondere Maßnahmen erforderlich, kann die Nr. 2030 GOZ in einer Sitzung maximal achtmal berechnet werden (viermal im Oberkiefer, viermal im Unterkiefer).

Zugriff auf die GOÄ für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen

25. Erbringen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach der jeweils geltenden Fassung der GOZ zu berechnen. Ein Wahlrecht zwischen GOÄ und GOZ besteht insoweit nicht.

Nr. 5000 GOÄ

26. Von der Nr. 5000 GOÄ ist die Aufnahme eines Zahns, Implantats oder zahnlosen Kieferabschnitts je Projektion umfasst. Die Abrechnungsbestimmung

nach der Nr. 5000 GOÄ ist zu beachten.

Wurzelamputation

27. Die Entfernung einer oder mehrerer Wurzeln eines mehrwurzeligen Zahnes (Wurzelamputation) unter Belassung der klinischen oder prothetischen Krone stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten – je nach Aufwand – die GOZ-Nrn. 3110, 3120 oder 3130 für angemessen.

Table Tops

28. „Table Tops“ als langzeitprovisorische Maßnahme im indirekten Verfahren (laborgefertigt) stellen eine selbstständige Leistung dar und werden gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 7080 für angemessen. Im Falle einer adhäsiven Befestigung ist die Geb.-Nr. 2197 GOZ zusätzlich berechnungsfähig.

29. „Table Tops“ als definitive Maßnahme sind als Oberbegriff für die Versorgung von verlorengegangenen Funktionsflächen als Folge einer Fehlfunktion der Okklusion und Artikulation zu verstehen. Entsprechend des Defektes unterscheiden sich die Table Tops in ihrer Ausdehnung voneinander. Dementsprechend richtet sich die analoge Berechnung einer Gebühr nach der konkreten Ausdehnung der verlorengegangenen Funktionsflächen. Vor der Versorgung mit Table Tops müssen alle notwendigen Schritte einer Funktionsdiagnostik /-therapie durchgeführt worden sein (z. B. Schienentherapie).

Teleskopbrücke

30. Im Falle einer sattelfreien, rein parodontal abgestützten teleskopierenden Brücke – im Gegensatz zu einer Teleskopprothese – ist die Geb.-Nr. 5210 GOZ nicht zusätzlich zu den GOZ-Nrn. 5040 und 5070 berechnungsfähig.

Wiederherstellung/Wiederbefestigung einer definitiven Krone zum temporären Verbleib

31. Das Umarbeiten einer definitiven Krone oder Brücke zu einem Provisorium und/oder Wiederbefestigung der definitiven Krone oder Brücke zum provisorischen Verbleib sind in der GOZ nicht beschrieben. Die Leistung wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr – je nach Aufwand – die GOZ-Nr. 2260, 2270 oder 5120 je Zahn bzw. Brückenpfeiler für angemessen. Das Wiedereingliedern dieses Provisoriums, ggf. auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Berechnung der Analoggebühr abgegolten.

NICO (Behandlung einer chronischen Kieferostitis als Störfeld)

32. Bei der Behandlung der sogenannten NICO (Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis), der fettig-degenerativen Osteolyse/Osteonekrose im Kieferknochen oder ähnlicher Diagnosen, handelt es sich um medizinische nicht notwendige Maßnahmen, da die Wirksamkeit durch wissenschaftlich medizinisch fundierte Studienuntersuchungen nicht belegt ist. Darüber hinaus ist das vermeintliche Krankheitsbild der NICO weder nach ICD10 Schlüssel noch in den Verzeichnissen der WHO als Erkrankung gelistet. Es besteht daher keine medizinische Notwendigkeit für die Durchführung der Diagnostik und der Behandlungen dieser Erkrankung, wie z. B. Cavitat-Diagnostik, OroTox-Tests sowie die Entfernung eines chronischen NICO-Störfeldes. Vor diesem Hintergrund kommt nur eine Berechnung gemäß § 2 Abs. 3 GOZ – nach umfassender und qualifizierter Aufklärung – in Betracht.

Elektronische Funktionsdiagnostik durch Zahntechniklabore

33. Nach § 1 Zahnheilkundengesetz (ZHG) ist die Ausübung der Zahnheilkunde approbierten Zahnärzten vorbehalten. Nach § 1 Abs. 3 ZHG ist Ausübung der Zahnheilkunde die „berufsmäßige, auf zahnärztlich-wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Als Krankheit ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen.“ Die „Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ (§ 1 Abs. 3 ZHG), also Diagnose und Therapie einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sind dem Zahnarzt übertragen und diesem vorbehalten. Eine Übertragung zahnärztlicher Leistungen, d.h. insbesondere intraorales Scannen, das Eingliedern von Zahnersatz oder intraorale manipulative Tätigkeiten an Patient oder Zahntechnik und Ähnliches an Zahntechniker ist ein Verstoß gegen die Bestimmungen des Zahnheilkundengesetzes und nicht zulässig.

Teilleistungen bei Einlagefüllungen, Stiftaufbauten und Schienen

41. Teilleistungen bei der Anfertigung von Stiftaufbauten oder Einlagefüllungen (Kapitel C.) sind gemäß den Leistungsinhalten und den Abrechnungsbestimmungen der GOZ-Nrn. 2230 oder 2240 analog berechnungsfähig. Die angefallenen Material- und Laborkosten sind ebenfalls berechnungsfähig. Voraussetzung für die Anwendung dieses Beschlusses ist, dass es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.
42. Teilleistungen bei der Anfertigung von Schienen (Kapitel H.) sind gemäß dem Leistungsinhalt und der Abrechnungsbestimmung der GOZ-Nr. 5240 analog berechnungsfähig. Die angefallenen Material- und Laborkosten sind ebenfalls berechnungsfähig. Voraussetzung für die Anwendung dieses Beschlusses ist, dass es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.

Provisorische Stiftverankerung bereits vorhandener Kronen

43. Die provisorische Verankerung von bereits vorhandenen definitiven oder provisorischen Kronen auf frakturierten, aber erhaltungswürdigen Zähnen mit reversiblen Stiftaufbauten im Rahmen einer endodontischen Versorgung ist analog berechnungsfähig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2270 (Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung) für angemessen.

Erneuerung einer Primärteleskopkrone

44. Die Erneuerung eines Primärteleskops im Rahmen der Reparatur einer teleskopverankerten Versorgung stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der GOZ beschrieben ist. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 5000 und ggf. zusätzlich die GOZ-Nr. 5090 für angemessen. Mit der Berechnung sind auch folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, Nachkontrolle und Korrekturen.

Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation am Implantat

45. Eine subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation im Rahmen einer Periimplantitisbehandlung an einem Implantat stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der GOZ beschrieben ist. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 4025 für angemessen.

Adjuvante antimikrobielle Photodynamische Therapie (aPDT) im Rahmen einer Periimplantitis-Behandlung zusätzlich zum manuellen Debridement

46. Die Durchführung der adjuvanten aPDT (antimikrobielle Photodynamische Therapie) zusätzlich zum manuellen Debridement im Rahmen einer nichtchirurgischen Behandlung der Periimplantitis im Einklang mit der S3-Leitlinie „Die Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten“ stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der GOZ beschrieben ist. Die Berechnung der analogen GOZ-Leistung ist neben der Leistung für die parodontalchirurgische Therapie am Implantat (GOZ-Nr. 4070) zulässig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 4110 für angemessen.

Anhang 2

(VV-Nr. 1 zu § 9 Abs. 2 BayBhV)

I. Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

Rosemarie Ahlert	Schulstr. 29, 72631 Aichtal
Dr. med. Dipl.-Psych. Menachem Amitai	Bifänge 22, 79111 Freiburg
Dr. med. Ludwig Barth	Mühlbaurstr. 38b, 81677 München
Dr. med. Ulrich Berns	Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover
Dr. med. Dietrich Bodenstein	Riemeisterstr. 29, 14169 Berlin
Dr. med. Doris Bolk-Weisedel	Eichkampstr. 108, 14055 Berlin
Dr. med. Gerd Burzig	Max-Linde-Weg 6, 23562 Lübeck

Dr. med. Ilan Diner	Windscheidstr. 8, 10627 Berlin
Prof. Dr. med. Michael Ermann	Postfach 15 13 09, 80048 München
Dr. med. Paul R. Franke	Harnackstr. 4, 39104 Magdeburg
Dr. med. Ulrich Gaitzsch	Luisenstr. 3, 69469 Weinheim
Dr. med. Dietrich Haupt	Wörther Str. 44, 28211 Bremen
Dr. F. Höhne	Vor dem Schlosse 5, 99947 Bad Langensalza
Dr. med. Ludwig Janus	Schröderstr. 65, 69120 Heidelberg
Dr. med. Horst Kallfass	Leo-Baeck-Str. 3, 14165 Berlin
Dr. med. Ingrid Kamper-Jasper	Eckhorst 13, 25491 Hetlingen
Dr. med. Gabriele Katwan	Franzensbader Str. 6b, 14193 Berlin
Prof. Dr. med. Karl König	Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen
Dr. med. Albrecht Kuchenbuch	Lindenallee 26, 14050 Berlin
Prof. Dr. med. Peter Kutter	Brenntenheu 20 A, 70565 Stuttgart
Prof. Dr. med. Klaus Lieberz	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit - Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin- Postfach 12 21 20, 68072 Mannheim
Dr. med. Günter Maass	Leibnizstr. 16 c, 65191 Wiesbaden
Prof. Dr. med. Michael von Rad	Städt. Klinikum München GmbH, Krankenhaus München-Harlaching, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

	Sanatoriumsplatz 2, 81545 München
Prof. Dr. med. Ulrich Rüger	Mittelbergring 59, 37085 Göttingen
Dr. med. Rainer Sandweg	Postfach 12 58, 66443 Bexbach
Dr. med. Günter Schmitt	Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart
Dr. med. Jörg Schmutterer	Damaschkestr. 65, 81825 München

II. Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen:

Dr. med. Hermann Fahrig	Carl-Beck-Str. 58, 69151 Neckargemünd
Dr. med. Dietrich Haupt	Wörther Str. 44, 28211 Bremen
Dr. med. Annette Streeck-Fischer	Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen

III. Gutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

Prof. Dr. Gerd Buchkremer	Psychiatrische Universitätsklinik, Osianderstr. 22, 72076 Tübingen
Prof. Dr. med. Iver Hand	Verhaltenstherapie Falkenried Postfach 20 18 61, 20208 Hamburg
Dr. med. Dieter Kallinke	Postfach 10 35 46, 69025 Heidelberg
Dr. med. Johannes Kemper	Bauerstr. 15, 80796 München
Dipl.-Psych. Eva Koppenhöfer	Baiertaler Straße 89, 69168 Wiesloch
Dipl.-Psych. Dr. Helmut Köhler	Obere Stadt 60, 82362 Weilheim
Prof. Dr. med. Rolf Meermann	Psychosomatische Fachklinik, Bombergallee 11, 31812 Bad Pyrmont
Dr. med. Jochen Sturm	Altneugasse 21, 66117 Saarbrücken
Dr. med. Klaus H. Stutte	Jahnstraße 1, 49610 Quakenbrück
Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz	Nymphenburger Str. 185, 80634 München
Dr. Johannes Zuber	Mercystraße 27, 79100 Freiburg

IV. Gutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:

Dr. med. Peter Altherr	Westbahnstr. 12, 76829 Landau
------------------------	-------------------------------

Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt	Postfach 12 34, 69192 Schriesheim
Dr. med. Horst Trappe	Breslauer Str. 29, 49324 Melle
Dipl.-Psych. Dr. phil. Gerhard Zarbock	Bachstraße 48, 22083 Hamburg
Dr. Johannes Zuber	Mercystraße 27, 79100 Freiburg

V. Obergutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen:

Dr. med. Ludwig Barth	Mühlbaurstr. 38b, 81677 München
Dr. med. Doris Bolk-Weisedel	Eichkampstr. 108, 14055 Berlin
Dr. med. Horst Kallfass	Leo-Baeck-Straße 3, 14165 Berlin
Prof. Dr. med. Karl König	Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen
Prof. Dr. med. Peter Kutter	Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart
Prof. Dr. med. Ulrich Rüger	Mittelberggring 59, 37085 Göttingen
Dr. med. Günter Schmitt	Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart
Dr. med. Roland Vandieken	Am Buchenhang 17, 53115 Bonn

VI. Obergutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen:

Dr. med. Dietrich Haupt	Wörther-Str. 44, 28211 Bremen
Dr. med. Annette Streeck-Fischer	Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen

VII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:

Prof. Dr. med. Iver Hand	Verhaltenstherapie Falkenried Postfach 20 18 61, 20208 Hamburg
Dr. med. Dieter Kallinke	Postfach 10 35 46, 69025 Heidelberg
Dr. med. Johannes Kemper	Bauerstr. 15, 80796 München

VIII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:

Dr. med. Johannes Kemper	Bauerstr. 15, 80796 München
Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt	Postfach 12 34, 69192 Schriesheim

Anhang 3

(VV zu § 30 Abs. 4 BayBhV)

1. Heilkurorteverzeichnis Inland

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
A				
Aachen	52066	Aachen	Burtscheid	Heilbad
	52062	Aachen	Monheimsallee	Heilbad
Aalen	73433	Aalen	Röthardt	Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb
Abbach	93077	Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419	Ahlbeck	G	Seeheilbad
Aibling	83043	Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680	Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	38707	Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Altenberg	01773	Altenberg	Altenberg	Kneippkurort
Andernach	56626	Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454	Bad Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	88326	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
B				
Baden-Baden	76530	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	72270	Baiersbronn	Schwarzenberg-Schönmünzach, Obertal	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Balge	31609	Balge	B - Blenhorst	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Baltrum	26579	Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429	Bansin	G	Seeheilbad
Bayersoien	82435	Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
Bayreuth	95410	Bayreuth	B – Lohengrin Therme Bayreuth	Heilquellenkurbetrieb
Bayrischzell	83735	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Bederkesa	27624	Bederkesa	G	Moorheilbad
Bellingen	79415	Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Belzig	14806	Belzig	Belzig	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bentheim	48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Bergzabern	76887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Berka	99438	Bad Berka	Bad Berka	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Berleburg	57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460	Bad Berneck i. Fichtelgebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge Frankenhammer, Kutschenrangen Rödlasberg, Warmeleithen	Kneippheilbad
Bertrich	56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660	Beuren	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bevensen	29549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	Heilbad und Kneippkurort
Biberach	88400	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Birnbach	84364	Bad Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
Bischofsgrün	95493	Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bischofswiesen	83483	Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38889	Blankenburg, Harz	G	Heilbad
Blieskastel	66440	Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708	Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenmais	94249	Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
Bodenteich	29389	Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	73087	Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Boltenhagen	23944	Ostseebad Boltenhagen	G	Seeheilbad
Boppard	56154	Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	Kneippheilbad Heilbad
Borkum	26757	Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648	Bad Brambach	Bad Brambach	(Mineral-) Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Bramstedt	24576	Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Heilbad
Braunlage	38700	Braunlage	G mit Hohegeiß	Heilklimatischer Kurort
Breisig	53498	Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929	Brilon	Brilon	Kneippkurort
Brückenua	97769	Bad Brückenua	G - sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
Buchau	88422	Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor-) Heilbad
Buckow	15377	Buckow	G - ausgenommen der Ortsteil „Hasenholz“	Kneippkurort
Bünde	32257	Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Büsum	25761	Büsum	Büsum	Seeheilbad
Burgbrohl	56659	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg/Fehmarn	23769	Burg/Fehmarn	Burg	Seeheilbad
C				
Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Clausthal-Zellerfeld	38678	Clausthal-Zellerfeld	Clausthal-Zellerfeld	Heilklimatischer Kurort
Colberg-Heldburg	98663	Bad Colberg - Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Cuxhaven	27478	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad
D				
Dahme	23747	Dahme	Dahme	Seeheilbad
Damp	24351	Damp	Damp 2000	Seeheilbad
Daun	54550	Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	32760	Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582	Diez	Diez	Felkekurort
Ditzenbach	73342	Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209	Bad Doberan	Bad Doberan Heiligendamm	(Moor-) Heilbad Seeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Driburg	33014	Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Düben	04849	Bad Düben	Bad Düben	(Moor-) Heilbad
Dürkheim	67098	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073	Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-) Heilbad und Heilklimatischer Kurort
E				
Ehlscheid	56581	Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707	Bad Eilsen	G	Heilbad
Elster	04645	Bad Elster	Bad Elster, Sohl	Mineral- und Moorheilbad
Ems	56130	Bad Ems	Bad Ems	Heilbad
Emstal	34308	Bad Emstal	Sand	Heilbad
Endbach	35080	Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	83093	Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597	Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422	Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
Essen	49152	Bad Essen	Bad Essen	Heilbad
Eutin	23701	Eutin	G	Heilklimatischer Kurort
F				
Fallingbostel	29683	Fallingbostel	Fallingbostel	Kneippheilbad
Feilnbach	83075	Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Finsterberg	99898	Finsterberg	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538	Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567	Bad Frankenhausen	K	Sole-Heilbad
Freiburg	79098	Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Freienwalde	16259	Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad
Freudenstadt	72250	Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718	Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629	Füssen	a) Bad Faulenbach	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
			b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Kneippkurort
Füssing	94072	Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Eggfling a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	Heilbad
G				
Gaggenau	76571	Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Gandersheim	37581	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Heilbad
Garmisch-Partenkirchen	82467	Garmisch-Partenkirchen	G - ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gelting	24395	Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129	Gersfeld (Rhön)	K	Kneippheilbad
Gladenbach	35075	Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
Göhren	18586	Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Goslar	38644	Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Graal-Müritz	18181	Graal-Müritz	G	Seeheilbad
Grasellenbach	64689	Grasellenbach	K	Kneippkurort und Kneippheilbad
Griesbach i. Rottal	94086	Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal Weghof	Heilbad
Grömitz	23743	Grömitz	Grömitz	Seeheilbad
Grönenbach	87728	Grönenbach	Grönenbach, Au, Brandholz, in der Tarrast, Egg, Gmeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhoven, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld,	Kneippheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
			Waldeck b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	
Großenbrode	23775	Großenbrode	G	Seeheilbad
Grund	37539	Bad Grund	Bad Grund	Heilbad
H				
Haffkrug-	23683	Haffkrug-	Haffkrug	Seeheilbad
Scharbeutz		Scharbeutz		
Haigerloch	72401	Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Harzburg	38667	Bad Harzburg	K	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Heilbrunn	83670	Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Mürnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindlschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	Heilklimatischer Kurort
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heiligenstadt	Heiligenstadt	Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Seeheilbad
Herbstein	36358	Herbstein	B	Heilquellen-Kurbetrieb
Heringsdorf	17442	Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und (Sole-) Heilbad
Herrenalb	76332	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	36251	Bad Hersfeld	K	(Mineral-) Heilbad
Hille	32479	Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Hindelang	87541	Bad Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79856	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Höchenschwand	79862	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Hönningen	53557	Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höxter	37671	Höxter	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb
Hohwacht	24321	Hohwacht	G	Seeheilbad
Holzminden	37603	Holzminden	Neuhaus	Heilklimatischer Kurort
Homburg	61348	Bad Homburg v. d. Höhe	K	Heilbad
Horn	32805	Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
I				
Iburg	49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad
Isny	88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J				
Juist	26571	Juist	G	Nordseeheilbad
K				
Karlshafen	34385	Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117	Kassel	Wilhelmshöhe	Kneippheilbad und Thermal-Sole-Heilbad
Kellenhusen	23746	Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
Kissingen	97688	Bad Kissingen	G	Heilbad
Klosterlausnitz	07639	Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462	Königstein im Taunus	K	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzting	93444	Bad Kötzting	Stadtteil Kötzting	Kneippheilbad und Kneippkurort
Kohlgrub	82433	Bad Kohlgrub	G	Heilbad
Kreuth	83708	Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Kreuznach	55543	Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad
Krozingen	79189	Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	86381	Krumbach (Schwaben)	B - Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
L				
Laasphe	57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196	Bad Laer	G	Soleheilbad
Lahnstein	56112	Lahnstein	B - Kurtherme Rhein-Lahn der Viktoria Thermalbad Lahnstein GmbH	Heilquellen-Kurbetrieb
Langensalza	99947	Bad Langensalza	K	Schwefel-Sole-Heilbad
Langeoog	26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651	Bad Lausick	G	Heilbad
Lauterberg	37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448	Bad Liebenstein	K	Heilbad
Liebenwerda	04924	Bad Liebenwerda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloidkurbetrieb
Liebenzell	75378	Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356	Lobenstein	Lobenstein	Moor- Heilbad
Ludwigsburg	71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Lüneburg	21335	Lüneburg	Kurpark mit Kurzentrum	Sole-Moor-Heilbad
M				
Malente	23714	Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Marienberg	56470	Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, Zinnhain und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnhain, Marienberg sowie die	Kneippheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
			Bahntrasse Eberbach-Bad Marienberg)	
Marktschellenberg	83487	Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Masserberg	98666	Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97980	Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mölln	23879	Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	72116	Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münder	31848	Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münster/Stein	55583	Bad Münster am Stein-Ebernburg	Bad Münster am Stein	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Murnau	82418	Murnau a. Staffelsee	B - Ludwigsbad Murnau	Moorkurbetrieb
Muskau	02953	Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb
N				
Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Nenndorf	31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Heilbad
Neualbenreuth	95698	Neualbenreuth	B - Badehaus Maiersreuth / Sybillenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Neubulach	75386	Neubulach	Neubulach	Heilstollen- Kurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersiel	26427	Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626	Neukirchen	K	Kneippkurort
Neustadt/D	93333	Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
Neustadt/S	97616	Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a. d. Saale, Salzburg	Heilbad
Nidda	63667	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nonnweiler	66620	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	25946	Norddorf/Amrum	Norddorf	Seeheilbad
Norderney	26548	Norderney	G	Nordseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Nordstrand	25845	Nordstrand	G	Seeheilbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
O				
Oberstaufen	87534	Oberstaufen	G - ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Oeynhausen	32545	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939	Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	63619	Bad Orb	G	Heilbad
Ottobeuren	87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P				
Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Seeheilbad
Petershagen	32469	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal- Griesbach	77740	Bad Peterstal- Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
Porta Westfalica	32457	Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort
Preußisch Olden- dorf	32361	Preußisch Olden- dorf	Bad Holzhausen	Heilbad
Prien	83209	Prien a. Chiemsee	G - ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart	Kneippkurort
Pyrmont	31812	Bad Pyrmont	K	Heilbad
R				
Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486	Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenu	74906	Bad Rappenu	Bad Rappenu	(Sole-) Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Reichenhall	83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
Reichshof	51580	Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau-Schapbach	77776	Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	96476	Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rothenfelde	49214	Bad Rothenfelde	G	Heilbad
Rottach-Egern	83700	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
S				
Saarow	15526	Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad
Sachsa	37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162	Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Heilbad
Salzgitter	38259	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364	Bad Salzschlirf	G	Mineralheilbad und Moorbad
Salzuflen	32105	Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Heilbad
Salzungen	36433	Bad Salzungen	Bad Salzungen	Heilbad
Sasbachwalden	77887	Sasbachwalden	G	Kneippkurort
Sassendorf	59505	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Saulgau	88348	Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814	Bad Schandau	Bad Schandau, Krippen, Ostrau	Kneippkurort
Scharbeutz	23683	Scharbeutz	Scharbeutz	Seeheilbad
Scheidegg	88175	Scheidegg	G	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Schieder	32816	Schieder-Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangenbad	65388	Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	53937	Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schlema	08301	Bad Schlema	G	Heilbad
Schluchsee	79859	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenberg	a) Fredeburg b) Grafschaft	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Schmiedeberg	06905	Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömburg	75328	Schömburg	Schömburg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schöna	83471	Schöna a. Königsee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönburg	24217	Schönburg	Holm	Heilbad und Kneippkurort
Schönborn	76669	Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Schönebeck-Salzelmen	39624	Schönebeck-Salzelmen	G	Heilbad
Schönbwald	78141	Schönbwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427	Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-) Heilbad
Schwalbach	65307	Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	87645	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611	Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
Segeberg	23795	Bad Segeberg	G	Heilbad
Siegsdorf	83313	Siegsdorf	B - Adelholzer Primusquelle	Heilquellen-Kurbetrieb
Sinzig	53489	Sinzig	Bad Bodendorf	Heilkurort
Sobernheim	55566	Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Felke-Heilbad
Soden am Taunus	65812	Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628	Bad Soden-Salmünster	Bad Soden	Mineralheilbad
Soltau	29614	Soltau	B	(Sole-) Heilbad
Sooden-Allendorf	37242	Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	26474	Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Andreasberg	37444	St. Andreasberg	G	Heilklimatischer Kurort
St. Blasien	79837	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Seeheilbad und Mineralheilbad
Staffelstein	96226	Bad Staffelstein	G	Heilbad
Steben	95138	Bad Steben	G	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Stützerbach	98714	Stützerbach	Stützerbach	Kneippkurort
Stuttgart	70173	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Suderode	06507	Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334	Bad Sülze	G	(Moor- u. Sole-) Heil- bad
Sulza	99518	Bad Sulza	Bad Sulza	Sole-Heilbad
T				
Tabarz	99891	Tabarz	G	Kneipp-Kurort
Tecklenburg	49545	Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach- Zavelstein	75385	Bad Teinach- Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268	Templin	Templin	Thermalsoleheilbad
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Thyrnau	94136	Thyrnau	B - Sanatorium Kellberg	Mineralquellen- Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Seeheilbad
Titisee-Neustadt	79822	Titisee-Neustadt	Titisee	Kneippkurort
Todtmoos	79682	Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	83646	Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Moorheilbad und Heil- klimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
Treuchtlingen	91757	Treuchtlingen	B - Altmühltherme/Lambertusbad	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Triberg	78098	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
U				
Überkingen	73337	Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
V				
Vallendar	56179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Varel	26316	Varel	B - Dangast	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Vilbel	61118	Bad Vilbel	K	Heilbad
Villingen- Schwenningen	78050	Villingen- Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
W				
Waldbronn	76337	Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Waldsee	88399	Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad und Kneippkurort
Wangerland	26434	Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486	Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	34414	Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (Heil- quelle)
Warmbad	09429	Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Weiskirchen	66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	25996	Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
Westerland	25980	Westerland	Westerland	Seeheilbad
Wieda	37447	Wieda	Wieda	Heilklimatischer Kurort
Wiesbaden	65189	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488	Wiesa	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildemann	38709	Wildemann	G	Kneippkurort
Wildungen	34537	Bad Wildungen	K	Heilbad
Willingen	34508	Willingen (Upland)	a) K b) Usseln	Heilklimatischer Kurort, Kneippkurort und Heilbad Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Wilsnack	19336	Bad Wilsnack	K	Thermal- und Moorheilbad
Wimpfen	74206	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-) Heilbad
Windsheim	91438	Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimer-mühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955	Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	25946	Wittdün/Amrum	Wittdün	Seeheilbad
Wörishofen	86825	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wünnenberg	33181	Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-) Heilbad
Wyk a. F.	25938	Wyk a. F.	Wyk	Seeheilbad
Z				
Zingst	18374	Ostseebad Zingst	G	Seeheilbad
Zwesten	34596	Zwesten	K	Heilbad und Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Zwischenahn	26160	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Heilbad

*) B = Einzelkurbetrieb

G = gesamtes Gemeindegebiet

K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

2. Register der Heilkurorte (Ortsteile),

die wegen Zugehörigkeit zu einer größeren Einheit an anderer Stelle aufgeführt sind

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
A	
Abbach-Schloßberg	Abbach
Achmühl	Heilbrunn
Adelholzen	Siegsdorf
Aichmühle	Füssing
Ainsen	Füssing
Alschbach	Blieskastel
Altastenberg	Winterberg
Anatswald	Oberstdorf
An den Heilquellen	Freiburg
Agering	Füssing
Au	Abbach
Au	Grönenbach
Aunham	Birnbach
B	
Balg	Baden-Baden
Baumberg	Heilbrunn
Bayerisch Gmain	Reichenhall
Bensersiel	Esens
Bernwies	Heilbrunn
Berg	Stuttgart
Birgsau	Oberstdorf
Blenhorst	Balge
Bockswiese	Goslar
Bodendorf	Sinzig
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing
Bregnitz	Königsfeld
Bruchhausen	Höxter
Bruck	Hindelang
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbronn
C	
Cannstadt	Stuttgart
D	
Dangast	Varel
Detfurth	Salzdetfurth
Dietersberg	Oberstdorf
Dobra	Liebenwerda
Dürnöd	Füssing
E	
Ebene	Oberstdorf
Eckarts	Brückenau
Eckenhagen	Reichshof
Egg	Grönenbach
Eggfling a. Inn	Füssing
Einödsbach	Oberstdorf
Eisenbartling	Endorf
Eitlöd	Füssing
Eldern	Ottobeuren
Elkeringhausen	Winterberg
Erbach	Wimpfen
F	
Faistenoy	Oberstdorf
Faulenbach	Füssen
Faulenfürst	Schluchsee

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“

aufgeführt bei

Fischbach
Fleckinger Mühle
Flickenöd
Frankenhammer
Fredeburg

Schluchsee
Wimpfen
Füssing
Berneck
Schmallenberg

G

Gailenberg
Gemünd
Germete
Gerstruben
Glashütte
Gmeinschwenden
Gögging
Gögging
Gottenried
Graben
Greit
Gremsmühlen
Grenier
Griesbach
Groß
Gruben
Gundsbach

Hindelang
Schleiden
Warburg
Oberstdorf
Schieder
Grönenbach
Füssing
Neustadt a.d. Donau
Oberstdorf
Heilbrunn
Grönenbach
Malente
Königsfeld
Peterstal-Griesbach
Hindelang
Oberstdorf
Oberstdorf

H

Hahnenklee
Hartenthal
Harthausen
Hausberge
Heiligendamm
Herbisried
Hermannsborn
Hiddesen
Hinterstallau
Hinterstein
Höhenhöfe
Hofham
Hohegeiß
Hoheneck
Holm
Holzhäuser
Holzhaus
Holzhausen
Hopfen am See
Hopfenberg
Horumersiel
Hub
Hub
Hueb

Goslar
Wörishofen
Aibling
Porta Westfalica
Doberan
Grönenbach
Driburg
Detmold
Heilbrunn
Hindelang
Wimpfen
Endorf
Braunlage
Ludwigsburg
Schönberg
Füssing
Füssing
Preußisch Oldendorf
Füssen
Petershagen
Wangerland
Füssing
Heilbrunn
Grönenbach

I

Imnau
In der Tarrast
Irching

Haigerloch
Grönenbach
Füssing

J

Jauchen
Jordanbad

Oberstdorf
Biberach

K

Kalkofen
Kellberg
Kibling
Kiensee
Kleinwindsheimermühle
Klevers
Kornofen
Kornau

Abbach
Thyrnau
Reichenhall
Heilbrunn
Windsheim
Grönenbach
Grönenbach
Oberstdorf

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“

aufgeführt bei

Kosilenzien
Kreuzbühl
Krippen
Krummsee
Kurf
Kutschenrangen

Liebenwerda
Grönenbach
Schandau
Malente
Endorf
Berneck

L

Langau
Langenbach
Langenbrücken
Lautzkirchen
Lichtental
Liebenstein
Linden

Heilbrunn
Marienberg
Schönborn
Blieskastel
Baden-Baden
Hindelang
Heilbrunn

M

Maasdorf
Manneberg
Meinberg
Mettnau
Mingolsheim
Mitterreuthen
Monheimsallee
Mürnsee

Liebenwerda
Grönenbach
Horn
Radolfzell
Schönborn
Füssing
Aachen
Heilbrunn

N

Neuhaus
Neutrauchburg
Niederholz
Niendorf

Holzminde
Isny
Grönenbach
Timmendorfer Strand

O

Oberbuchen
Oberdorf
Oberenzenau
Oberes Hart
Oberfischbach
Obergammenried
Oberjoch
Obermühl
Oberreuthen
Obersteinbach
Obertal
Ölmühle
Oos
Ostfeld
Ostrau

Heilbrunn
Hindelang
Heilbrunn
Wörishofen
Tölz
Wörishofen
Hindelang
Heilbrunn
Füssing
Heilbrunn
Baiersbrunn
Grönenbach
Baden-Baden
Heilbrunn
Schandau

P

Pichl
Pimsöd
Poinzaun

Füssing
Füssing
Füssing

R

Rachental
Ramsau
Randringhausen
Raupolz
Rechberg
Reckenberg
Reichenbach
Reindlschmiede
Reute
Riedenburg
Riedle
Ringang
Rödlasberg
Röthardt

Endorf
Heilbrunn
Bünde
Grönenbach
Grönenbach
Hindelang
Waldbrunn
Heilbrunn
Oberstdorf
Füssing
Hindelang
Oberstdorf
Berneck
Aalen

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“

aufgeführt bei

Rotenfels
Rothenstein
Rothenuffeln

Gaggenau
Grönenbach
Hille

S

Safferstetten
Saig
Salzburg
Salzhausen
Salzig
Sand
Schieferöd
Schillig
Schöchlöd
Schönau
Schöneschach
Schwand
Schwarzenberg-Schönmünzach
Schwenden
Sebastiansweiler
Seebruch
Seefeld
Senkelteich
Sohl
Spielmannsau
Steinach
Steinreuth
Ströbing

Füssing
Lenzkirch
Neustadt a. d. Saale
Nidda
Boppard
Emstal
Füssing
Wangerland
Füssing
Heilbrunn
Wörishofen
Oberstdorf
Baierbronn
Grönenbach
Mössingen
Vlotho
Grönenbach
Vlotho
Elster
Oberstdorf
Waldsee
Füssing
Endorf

T

Thalau
Thalham
Thierham
Thürham
Timmendorf
Tönisstein
Tönisstein

Füssing
Füssing
Füssing
Aibling
Malente
Andernach
Burgbrohl

U

Unterbuchen
Unterenzenau
Unteres Hart
Untergammenried
Unterjoch
Untersteinbach
Unterreuthen
Usseln

Heilbrunn
Heilbrunn
Wörishofen
Wörishofen
Hindelang
Heilbrunn
Füssing
Willingen

V

Valdorf-West
Voglherd
Voglöd
Vorderhindelang

Vlotho
Heilbrunn
Füssing
Hindelang

W

Waldegg b. Grönenbach
Waldliesborn
Walkmühle
Warmbad
Warmeileithen
Weghof
Weichs
Weidach
Weilherweber
Westernkotten
Wies
Wiesweber
Wildstein
Wilhelmshöhe
Wörnern

Grönenbach
Lippstadt
Windsheim
Wolkenstein
Berneck
Griesbach
Abbach
Füssing
Heilbrunn
Erwitte
Füssing
Heilbrunn
Traben-Trarbach
Kassel
Heilbrunn

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“

aufgeführt bei

Würding

Füssing

Z

Zeitlofs

Brückenau

Zeischa

Liebenwerda

Zell

Aibling

Ziegelberg

Grönenbach

Ziegelstadel

Grönenbach

Zieglöd

Füssing

Zinnheim

Marienberg

Zwicklarn

Füssing

1. Heilkurorteverzeichnis EU-Ausland

Ortsnamen

Bulgarien

Seebad Goldstrand

England

Bath

Frankreich

Aix-les-Bains

Amèlie-les-Bains

Dax

Italien

Abano Terme

Galzignano

Ischia

Montegrotto

Österreich

Badgastein

Bad-Hall in Tirol

Bad Hofgastein

Bad Schönau

Bad Waltersdorf

Oberlaa

Polen

Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroj

Ustron

Rumänien

Bad Felix / Baile Felix

Slowakei

Piestany

Turcianske Teplice

Weinitz/Bojnice

Tschechien

Bad Belohrad / Lazne Belohrad

Bad Joachimsthal / Jachymov

Bad Teplitz / Lazne Teplice v Cechach

Franzensbad / Frantiskovy Lazne

Johannisbad / Janske Lazne

Karlsbad / Karlovy Vary

Konstantinsbad / Konstantinovy Lazne

Luhacovice / Bad Luhacovice

Marienbad / Marianske Lazne

Ungarn

Bad Heviz

Bad Zalakaros

Bük

Hajduszoboszlo

Komarom

Sarvar

2. Heilkurorteverzeichnis Ausland

Ortsnamen am Toten Meer

Ein Boqeq,
Sdom,
Sweimeh

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

Formblatt 1

(VV-Nr. 7 zu § 9 Abs. 2 BayBhV)

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie

I. Pseudonymisierungscode (von der Beihilfefestsetzungsstelle vorgegeben)

--

II. Bescheinigung der Therapeutin/des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

☐ Erstbehandlung ☐ Verlängerung/Folgebehandlung

☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

☐ analytische Psychotherapie

☐ Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

Von _____ bis _____ Anzahl der Sitzungen _____

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

_____ Anzahl der Einzelsitzungen _____ Anzahl der Gruppensitzungen

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

☐ ja, Anzahl der Sitzungen _____ ☐ nein

6. Gebührenziffern:

Gebührenhöhe je Sitzung _____

III. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. **Ärztinnen/Ärzte** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

☐ Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

☐ Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

☐ Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

verliehen: ☐ **vor** dem 1. April 1984

☐ **nach** dem 1. April 1984

☐ Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

☐ Schwerpunkt Verhaltenstherapie

☐ Bereichsbezeichnung Psychoanalyse

Eine Berechtigung zur Behandlung ☐ in Gruppen

☐ von Kindern und Jugendlichen

liegt vor.

2. **Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**
(Zutreffendes ankreuzen)

- 21 Psychologische Psychotherapeutin bzw. Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 PsychThG

Datum der Approbation _____ als

- ☐ Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
☐ Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welches anerkannte Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ gem. § 8 Abs. 1, 3 PsychThG und entsprechend §§ 11, 12 BayBhV vor?

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

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

Liegt

a) ggf. eine entsprechende KV-Zulassung vor?

- ☐ ja ☐ nein

KV-Zulassungsnummer: _____, bei welcher KV? _____

b) ein Eintrag in das Ärztereister vor?

- ☐ ja ☐ nein, bei welcher KV? _____

Wenn Buchst. a und b verneint, Begründung:

- 22 Psychologische Psychotherapeutin bzw. Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)

Datum der Approbation _____ als

- ☐ Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
☐ Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer: _____, bei welcher KV? _____

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei KV _____

Geben Sie bitte im Sinn von § 12 PsychThG in Verbindung mit § 11 Abs. 6 und § 12 Abs. 6 BayBhV an, in welchem anerkannten Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben.

☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

☐ analytische Psychotherapie

☐ Verhaltenstherapie

bei ☐ Erwachsenen, bei ☐ Kindern und Jugendlichen, in ☐ Gruppen.

Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31. Dezember 1998 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut ja ☐ nein ☐

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

☐ Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes:

Datum des Abschlusses:

.....,
Ort

den
Datum

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

IV. Schweigepflichtentbindung der Patientin/des Patienten¹

Vor- und Zuname der Patientin/des Patienten	Geburtsdatum
---	--------------

Ich ermächtige Frau/Herrn

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

....., den
Ort Datum (Unterschrift der Patientin/des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters)

¹ Die Therapeutin/der Therapeut wird gebeten, die Schweigepflichtentbindung des Patienten abzutrennen und zu den Patientenunterlagen zu nehmen.

Formblatt 2

(VV-Nr. 7 zu § 9 Abs. 2 BayBhV)

Absender:
(Name und Anschrift des Therapeuten)

Bericht

**an den Gutachter zum Antrag
auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie**

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten, nur mit dem Pseudonymisierungscode versehenen, orangefarbenen Umschlag an die Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter zu übersenden.

I. Angaben über die Patientin/den Patienten

Pseudonymisierungscode (von der Beihilfefestsetzungsstelle vorgegeben)		Familienstand
Geburtsdatum	Geschlecht	Beruf

II. Angaben über die Behandlung

1. Art der vorgesehenen Therapie:
2. Datum des Therapiebeginns:
3. Anzahl und Frequenz der seit Therapiebeginn durchgeführten Einzel- oder Gruppensitzungen:
4. Anzahl und Frequenz der voraussichtlich noch erforderlichen Einzel- oder Gruppensitzungen (insgesamt und wöchentlich):

III. Bericht der Therapeutin/des Therapeuten zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie **Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** **Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:**

1. **Spontanangaben** der Patientin/des Patienten zum Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. von wem veranlasst? Therapieziele der Patientin/des Patienten (bei K+J auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer/psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlußbericht beifügen.
2. **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung/Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stimmungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. Bei K+J auch Ergebnisse der neurosenpsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts.
Psychopathologischer Befund (z. B. Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).
3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?

4. **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin/des Patienten in seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei K+J auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, soweit sie die Psychodynamik plausibel macht.
5. **Psychodynamik der neurotischen Erkrankung:** Wie haben sich Biographie, Persönlichkeitsstruktur, Entwicklung intrapsychischer unbewusster Verarbeitungsweisen und spezifische Belastungscharakteristik einer auslösenden Situation so zu einer pathogenen Psychodynamik verdichtet, dass die zur Behandlung kommende psychische oder psychisch bedingte Störung hieraus resultiert? Auch wenn die zur Behandlung anstehenden Störungen chronischer Ausdruck einer neurotischen Entwicklung sind, ist darzulegen, welche Faktoren jetzt psychodynamisch relevant zur Dysfunktionalität oder Dekompensation geführt haben.
Bei K+J: Die aktuelle, neurotische Konfliktsituation muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und interpersonellem Aspekt. Bei strukturellen Ichdefekten auch deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf die Konflikte. Ggf. Schilderung krankheitsrelevanter, familiärer dynamischer Faktoren.
6. **Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:** Ableitung der Diagnose auf symptomatischer und/oder struktureller Ebene aus der Psychodynamik, inklusive differentialdiagnostischer Erwägungen.
7. **Behandlungsplan,** indikative Begründung für die beantragte Behandlungsform unter Berücksichtigung der Definitionen von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie und der Darlegung realisierbar erscheinender Behandlungszielsetzung. Die Sonderformen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wie niederfrequente Therapie sind, bezogen auf die Therapiezielsetzungen, besonders zu begründen. Spezielle Indikation für Gruppentherapie. In jedem Fall muss ein Zusammenhang nachvollziehbar dargestellt werden zwischen der Art der zur Behandlung kommenden Erkrankung, der Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und dem Therapieziel, das unter Berücksichtigung der jeweils begrenzten Behandlungsvolumina als erreichbar angesehen wird.
8. **Prognostische Einschätzung,** bezogen auf die Therapiezielsetzungen mit Begründung durch Beurteilung des Problembewusstseins der Patientin/des Patienten und seiner Verlässlichkeit, seiner partiellen Lebensbewältigung, sowie seiner Fähigkeit bzw. Tendenz zur Regression, seiner Flexibilität und seinen Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei K+J auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. Evtl. Ergänzungen zum Erstbericht, zur Diagnose und Differentialdiagnostik.
2. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs, insbesondere der Bearbeitung der individuellen, unbewussten pathogenen Psychodynamik, Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und des Arbeitsbündnisses. Bei K+J auch beispielhafte Spielsequenzen und Art der Einbeziehung des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit der Patientin/des Patienten, seiner Regressionsfähigkeit bzw. -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. Bei K+J Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.
3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme der Patientin/des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten der Patientin/des Patienten, seine Störungen in der Gruppe zu bearbeiten.
4. Änderungen des Therapieplanes mit Begründung.
5. Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf mit Begründung des wahrscheinlich noch notwendigen Behandlungsvolumens und der Behandlungsfrequenz unter Bezug auf die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin/des Patienten und Berücksichtigung evtl. krankheitsfixierender Umstände.

IV. Bericht der Therapeutin/des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Klagen der Patientin/des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten ggf. auch Bericht der Angehörigen/Bezugspersonen der Patientin/des Patienten (Warum kommt die Patientin/der Patient zu eben diesem Zeitpunkt?).
2. **Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin/des Patienten und Krankheitsanamnese:**
 - a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.
 - b) Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.
 - c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.
 - d) Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist. Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant/stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.

Bei Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen sind möglichst auch für die Verhaltensanalyse relevante Angaben zur lerngeschichtlichen Entwicklung der Bezugspersonen zu machen.

3. **Psychischer Befund:** (Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)
 - a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.
 - b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
 - c) Psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der mnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).
4. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
5. **Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltenssexezessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen. Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik. Beschreibung von Verhaltensaktiva und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik der Patientin/des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrecht erhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.
6. **Diagnose:** Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.
7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.
8. **Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination bzw. Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Bei Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen: Soll bei einer begleitenden Behandlung der Bezugspersonen vom Regelverhältnis 1:4 abgewichen werden, muss dies begründet werden. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. **Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1 bis 3 und 5 des Erstberichtes:**
Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen der Patientin/des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose bzw. Differentialdiagnose.
2. **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, ggf. neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit der Patientin/des Patienten und ggf. der Bezugspersonen.
3. **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und ggf. Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen der Patientin/des Patienten.

.....,
Ort

den
Datum

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

Formblatt 2a

(VV-Nr. 7 zu § 9 Abs. 2 BayBhV)

Pseudonymisierungscode (von der Beihilfefestsetzungsstelle vorgegeben)
geb. am

Konsiliarbericht*

vor Aufnahme

einer Psychotherapie

Auf Veranlassung von:

Name des Therapeuten

- ☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich:

Art der Maßnahme

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

--

--

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

--

--

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

--

--

- ☐ Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z. B. laufende Medikation):

--

--

- ☐ Befunde, die eine ärztliche/ärztlich veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

--

--

- ☐ Befunde, die eine psychiatrische bzw. Kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

--

--

- ☐ Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist ☐ erfolgt ☐ veranlasst
Welche ärztlichen/ärztlich veranlassten Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind notwendig?

--

--

Welche ärztlichen Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst?

--

--

- ☐ Bestehen auf Grund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

☐ ja

☐ nein

Ausstellungsdatum

Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Ausfertigung für den Therapeuten

* Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.

(VV-Nr. 7 zu § 9 Abs. 2 BayBhV)

L J

Mit freundlichen Grüßen

^{*)} Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

Formblatt 4

(VV-Nr. 7 zu § 9 Abs. 2 BayBhV)

Psychotherapie-Gutachten*

für
Pseudonymisierungscode

Bezug: Auftragsschreiben vom

Stellungnahme:

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig
zugesagt werden?

1. für die Patientin/den Patienten

2. für die begleitende Psychotherapie der
Bezugsperson

Einzel Sitzungen	Gruppensitzungen

.....
(Stempel und Unterschrift des Gutachters)

* Das Gutachten bitte in dem beige-fügten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle übersenden.

Formblatt 5

(VV-Nr. 7 zu § 9 Abs. 2 BayBhV)

....., den
(Dienststelle/Festsetzungsstelle) Ort Datum

┌ (Anschrift des Beihilfeberechtigten oder
des Bevollmächtigten) ┐

└ ┘

Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie

Ihr Antrag vom

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

aufgrund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

- ☐ tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
☐ analytischen Psychotherapie
☐ Verhaltenstherapie

für durch
(Name der Patientin/des Patienten) (Name der Therapeutin/des Therapeuten)

für eine ☐ Einzelbehandlung ☐ Gruppenbehandlung bis zu – weiteren –
..... Sitzungen

☐ für eine begleitende Behandlung der Bezugsperson bis zu – weiteren –
..... Sitzungen

nach Maßgabe der Bayerischen Beihilfeverordnung als beihilfefähig anerkannt.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe entweder Widerspruch eingelegt (siehe 1.) oder unmittelbar Klage erhoben (siehe 2.) werden.

1. Wenn Widerspruch eingelegt wird:

Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der oben genannte Beihilfefestsetzungsstelle einzulegen. Sollte über den Widerspruch ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht entschieden werden, so kann Klage beim

Bayerischen Verwaltungsgericht (Ort)
(Postanschrift)
(Hausanschrift)

schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts erhoben werden. Die Klage kann nicht vor Ablauf von drei Monaten seit der Einlegung des Widerspruchs erhoben werden, außer wenn wegen besonderer Umstände des Falles eine kürzere Frist geboten ist. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigelegt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

2. Wenn unmittelbar Klage erhoben wird:

Die Klage ist beim

Bayerischen Verwaltungsgericht (Ort)
(Postanschrift)
(Hausanschrift)

schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts zu erheben. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigelegt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Hinweise zur Rechtsbehelfsbelehrung:

Die Widerspruchseinlegung und Klageerhebung in elektronischer Form (z. B. durch E-Mail) ist unzulässig. Kraft Bundesrechts ist bei Rechtsschutzanträgen zum Verwaltungsgericht seit 01. Juli 2004 grundsätzlich ein Gebührevorschuss zu entrichten.

Mit freundlichen Grüßen

Formblatt 6a

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Geschäftszeichen bitte stets angeben

Eingangsstempel:

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder **auf Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 – 2, soweit zutreffend, zu beantworten (bitte ausfüllen oder ☒ ankreuzen). Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

Antrag auf Beihilfe

1	Haben sich Änderungen bei den Fragen 3 bis 6 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?	☐ ja, bei Frage(n) _____ (bitte Fragen beantworten)	☐ nein
2	Sofern Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin/den Lebenspartner (siehe Hinweis Nr. 2) geltend gemacht werden:		
	Vorname der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners (ggf. abweichender Familienname): _____		
	Hat die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung ?		☐ ja, bei: _____ ☐ nein
	Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/ des Lebenspartners - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - den Betrag von 18.000 €?		☐ ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung ☐ ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr
	Bei Berufstätigkeit der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners bitte erstmalig Frage 4 beantworten!		☐ ja ☐ nein
	Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften nur die <u>Werbungskosten</u> abzusetzen.		
	Ich wünsche die Rücksendung der vorgelegten Rechnungsbelege (<u>ohne</u> Arzneimittelverordnungen).		☐ ja
	Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann.		☐ ja

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass Preisnachlässe zu den Krankheitsaufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind.

Anzahl der eingereichten Belege: _____
Summe der Aufwendungen: _____ €

Telefon tagsüber: _____

Datum, Unterschrift

☐ Beihilfeberechtigte/ Beihilfeberechtigter ☐ Bevollmächtigte/ Bevollmächtigter ☐ Nachweis liegt vor

Von Bezügeadresse abweichende **Beihilfeanschrift** (z. B. bei Bevollmächtigten) bzw. **Dienststellenanschrift**:

Hinweise:

- Für die Beantragung der Beihilfe sind **Zweitschriften oder Kopien** ausreichend. Wird die Beihilfe von Erben oder Erbengemeinschaften beantragt, sind die **Originalbelege** vorzulegen.
- Als **Lebenspartner** gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartnerinnen/ Lebenspartner.
- Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** (z. B. Bundesversorgungsgesetz) bitte **Frage 7** beantworten.
- Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenhausaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen – bitte **Frage 8** beantworten.
- Bei **Unfallaufwendungen** (jegliche Art von Verletzungen) bitte **Frage 9** beantworten.
- Bei Behandlung durch einen **nahen Angehörigen** bitte **Frage 10** beantworten.
- Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 11** beantworten.

8. Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **Bezügekonto.**

Hinweis nach Art. 16 Abs. 3 Bayer. Datenschutzgesetz (BayDSG): Die Angaben im Beihilfeantrag sind für die Festsetzung der Beihilfe erforderlich.

3	Antragstellerin/Antragsteller: Erhalten Sie weitere Bezüge als Beamter? ☐ ja, von: als Versorgungsempfänger? ☐ ja, von: ☐ nein							
Nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen								
☐ vollbeschäftigt seit:		☐ teilzeitbeschäftigt seit:			Zeitanteil:			
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? ☐ ja, vom _____ bis _____							☐ nein	
Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt? ☐ ja, vom _____ bis _____ ☐ Elternzeit ☐ sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)							☐ nein	
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt? ☐ ja, vom _____ bis _____ als: _____ bei: _____ Zeitanteil: _____							☐ nein	
4	Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt? ☐ ja, vom _____ bis _____ ☐ Elternzeit ☐ sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben) ☐ nein							
Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig? ☐ ja, als: ☐ Beamter ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger bei: _____ Zeitanteil: _____ ☐ nein								
5	Kinder, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt werden.							
Vorname (ggf. abweichender Familienname)		Geburtsdatum	Bei Kindern in Berufsausbildung/Studium				eigene Beihilfeberechtigung	
			Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtliches Ende			
a							☐ ja ☐ nein	
b							☐ ja ☐ nein	
c							☐ ja ☐ nein	
Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig? ☐ ja, Kind: _____ bei: _____ ☐ nein								
Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen? ☐ ja, Kind: _____ seit: _____ ☐ nein								
6	Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)							
ja	(bei Kind Vornamen angeben)	privat	gesetzlich			Zusatzversicherung (Art?)		
			pflicht-	freiwillig	familien-			
			versichert					
☐	Antragsteller	☐	☐	☐	☐	☐		☐ nein
☐	Ehegatte/Lebenspartner	☐	☐	☐	☐	☐		☐ nein
☐	Kind	☐	☐	☐	☐	☐		☐ nein
☐	Kind	☐	☐	☐	☐	☐		☐ nein
☐	Kind	☐	☐	☐	☐	☐		☐ nein
7	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)? ☐ ja, für Person(en): _____ (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen) ☐ nein							
8	Ist mit den behandelnden Ärzten eine <u>Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen</u> geschlossen worden? ☐ ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beilegen!) ☐ nein							
9	Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht. Unfalldatum: _____							
Unfallart: ☐ Dienstunfall ☐ Arbeitsunfall ☐ Schulunfall ☐ sonstiger Unfall								
Unfallschilderung: _____ _____ _____								
Belege kennzeichnen und ggf. Beiblatt verwenden!								

- | | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
| 10 | Folgender naher Angehöriger (Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner, Kinder, Eltern der behandelten Person) war bei Behandlungen tätig: Name des Behandlers: (Bitte Belege kennzeichnen) | | |
| 11 | <table border="1"><tr><td data-bbox="164 230 1420 309">Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).</td><td data-bbox="1420 230 1546 309">☐ ja</td></tr></table> | Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen). | ☐ ja |
| Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen). | ☐ ja | | |

Formblatt 6b

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschäftszeichen bitte stets angeben**Eingangsstempel:**

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder **auf Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 – 2, soweit zutreffend, zu beantworten (bitte ausfüllen oder ☒ ankreuzen). Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

Antrag auf Beihilfe

Pflege- und allgemeine Aufwendungen

1	Haben sich Änderungen bei den Fragen 3 bis 6 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?	☐ ja, bei Frage(n) _____ (bitte Fragen beantworten)	☐ nein
2	Sofern Aufwendungen für die Ehegattin/den Ehegatten bzw. die Lebenspartnerin/den Lebenspartner (siehe Hinweis Nr. 2) geltend gemacht werden:		
	Vorname der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners (ggf. abweichender Familienname): _____		
	Hat die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung ?		☐ nein
	☐ ja, bei: _____		
	Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/ des Lebenspartners - hierzu zählen auch Einkünfte aus Kapitalvermögen - den Betrag von 18.000 €?		
	☐ ja, im Vorvorjahr der Antragstellung	Bei Berufstätigkeit der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners bitte erstmalig Frage 4 beantworten!	☐ nein
	☐ ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr		☐ nein
	Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften nur die <u>Werbungskosten</u> abzusetzen.		
	☐ Eine Pauschalbeihilfe für dauernde häusliche Pflege durch andere geeignete Personen für die Zeit vom _____ bis _____ wird beantragt. Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen ist beizufügen.		
	Ich wünsche die Rücksendung der vorgelegten Rechnungsbelege (<u>ohne</u> Arzneimittelverordnungen).		☐ ja
	Ich bin damit einverstanden, dass die Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt hinzuziehen und hierzu auch personenbezogene Daten übermitteln kann.		☐ ja

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass Preisnachlässe zu den Krankheitsaufwendungen sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind.

Anzahl der eingereichten Belege:
Summe der Aufwendungen: € _____

Telefon tagsüber: _____**Datum, Unterschrift**☐ Beihilfeberechtigte/
Beihilfeberechtigter☐ Bevollmächtigte/
Bevollmächtigter☐ Nachweis liegt vor

Von Bezügeadresse abweichende **Beihilfeanschrift** (z. B. bei Bevollmächtigten) bzw. **Dienststellenanschrift:**

Hinweise:

- Für die Beantragung der Beihilfe sind **Zweitschriften oder Kopien** ausreichend.
Wird die Beihilfe von Erben oder Erbengemeinschaften beantragt, sind die **Originalbelege** vorzulegen.
- Als **Lebenspartner** gelten nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz nur eingetragene Lebenspartnerinnen/ Lebenspartner.
- Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** (z. B. Bundesversorgungsgesetz) bitte **Frage 7** beantworten.
- Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenhausaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen – bitte **Frage 8** beantworten.
- Bei **Unfallaufwendungen** (jegliche Art von Verletzungen) bitte **Frage 9** beantworten.

6. Bei Behandlung durch einen **nahen Angehörigen** bitte **Frage 10** beantworten.
 7. Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 11** beantworten.
 8. Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **Bezügekonto**.

Hinweis nach Art. 16 Abs. 3 Bayer. Datenschutzgesetz (BayDSG): Die Angaben im Beihilfeantrag sind für die Festsetzung der Beihilfe erforderlich.

3	Antragstellerin/Antragsteller: Erhalten Sie weitere Bezüge als Beamter? ☐ ja, von: als Versorgungsempfänger? ☐ ja, von:	☐ nein
Nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen		
☐ vollbeschäftigt seit: ☐ teilzeitbeschäftigt seit: Zeitanteil:		
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? ☐ ja, vom bis ☐ nein		
Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?		
☐ ja, vom bis ☐ Elternzeit ☐ sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben) ☐ nein		
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?		
☐ ja, vom bis als: ☐ nein		
bei: Zeitanteil:		
4	Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt? ☐ ja, vom bis ☐ Elternzeit ☐ sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)	☐ nein
Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig? ☐ ja, als: ☐ Beamter ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbständiger ☐ nein		
bei: Zeitanteil:		
5	Kinder, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt werden.	
Bei Kindern in Berufsausbildung/Studium		
Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Art der Ausbildung Beginn voraussichtliches Ende eigene Beihilfeberechtigung
a		 ☐ ja <input style="margin-left: 10px;" type="checkbox"/> nein
b		 ☐ ja <input style="margin-left: 10px;" type="checkbox"/> nein
c		 ☐ ja <input style="margin-left: 10px;" type="checkbox"/> nein
Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?		
☐ ja, Kind: bei: ☐ nein		
Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen? ☐ ja, Kind: seit: ☐ nein		
6	Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)	
ja	(bei Kind Vornamen angeben)	privat gesetzlich pfl- freiwillig familien- versichert Zusatzversicherung (Art?)
☐	Antragsteller	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐	Ehegatte/Lebenspartner	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐	Kind	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐	Kind	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐	Kind	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
7	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)? ☐ ja, für Person(en): (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen) ☐ nein	
8	Ist mit den behandelnden Ärzten eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen geschlossen worden? ☐ ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beilegen!) ☐ nein	
9	Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht. Unfalldatum:	
Unfallart: ☐ Dienstunfall ☐ Arbeitsunfall ☐ Schulunfall ☐ sonstiger Unfall		
Unfallschilderung: _____ _____ _____		

Belege kennzeichnen und ggf. Beiblatt verwenden!

- | | |
|----|--|
| 10 | Folgender naher Angehöriger (Ehegattin, Ehegatte, Lebenspartnerin, Lebenspartner, Kinder, Eltern der behandelten Person) war bei Behandlungen tätig: Name des Behandlers: (bitte Belege kennzeichnen) |
| 11 | Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen). |
| | ☐ ja |

Formblatt 6c

(Nr. 3 VV-BayBhV zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

Geschäftszeichen:

Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag**Die Vorlage der Zusammenstellung bei der Beihilfestelle bleibt Ihnen freigestellt.**

von Frau/Herrn _____

vom _____

Beachten Sie bitte folgende Hinweise:

Die Einträge und Belege bitte **nach Personen ordnen**. Bei gleichem Vornamen eines Elternteils und Kindes bitte **Belege** des Kindes mit „**K**“ kennzeichnen.

A=Antragstellerin/Antragsteller E=Ehegattin/Ehegatte L=Lebenspartnerin/Lebenspartner K=Kind

Nr.	A E/L K	Vorname des Kindes	Rechnungs- datum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Gesamtbetrag	
--------------	--

Formblatt 6d

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

Beihilfefestsetzungsstelle

 Geschäftszeichen

Frau / Herrn

Festsetzung der Beihilfe

Anlagen: 1 Zusammenstellung
1 Geheft Rechnungsbelege
1 Antragsvordruck

Mit freundlichen Grüßen

Name

Ihr Antrag vom	eingegangen am	Sachbearbeiter	Telefon	Zimmer-Nr.	Ort, _____
_____	_____	_____	_____	_____	Datum, _____

Berechnung der Beihilfe

Beihilfefähiger Betrag

1	Antragsteller	_____	€	_____	v. H.	=	_____	€
2	Ehegatte	_____	€	_____	v. H.	=	_____	€
3	Kinder	_____	€	_____	v. H.	=	_____	€
4	_____	_____	€	_____	v. H.	=	_____	€
5	Summe der Beihilfe						_____	€
6	Gesamtsumme Kostenerstattung ¹⁾					+	_____	€ = _____ €
7	Gesamtsumme der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen ¹⁾						./.	_____ €
8	Beihilfe + Kostenerstattung übersteigen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen um						_____	€
9	Beihilfe somit ¹⁾ _____ (Zeile 5)	€	./.	_____	€	=	_____	€
10	_____						_____	€
11	Abzüglich Abschlags-/Überzahlung						_____	€
Auszahlungsbetrag								€

¹⁾ Nur ausfüllen bei Begrenzung der Beihilfe nach § 47 BayBhV

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe entweder Widerspruch eingelegt (siehe 1.) oder unmittelbar Klage erhoben (siehe 2.) werden.

1. Wenn Widerspruch eingelegt wird:

Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der oben genannte Beihilfefestsetzungsstelle einzulegen. Sollte über den Widerspruch ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht entschieden werden, so kann Klage beim

Bayerischen Verwaltungsgericht (Ort)
(Postanschrift)
(Hausanschrift)

schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts erhoben werden. Die Klage kann nicht vor Ablauf von drei Monaten seit der Einlegung des Widerspruchs erhoben werden, außer wenn wegen besonderer Umstände des Falles eine kürzere Frist geboten ist. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigelegt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

2. Wenn unmittelbar Klage erhoben wird:

Die Klage ist beim

Bayerischen Verwaltungsgericht (Ort)
(Postanschrift)
(Hausanschrift)

schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts zu erheben. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift beigelegt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Hinweise zur Rechtsbehelfsbelehrung:

Die Widerspruchseinlegung und Klageerhebung in elektronischer Form (z.B. durch E-Mail) ist unzulässig. Kraft Bundesrechts ist bei Rechtsschutzanträgen zum Verwaltungsgericht seit 01.07.2004 grundsätzlich ein Gebührevorschuss zu entrichten.

Formblatt 7

(VV zu § 16 BayBhV)

**Befunderhebung des stomatognathen Systems
(GOZ-Nr. 800)**

Name und Vorname des Patienten:	Praxisstempel:
Anschrift:	
Geburtsdatum:	

Der klinische Funktionsstatus wurde am _____ auf dem Formblatt erhoben.

Es wurde dem Krankenblatt zur Dokumentation beigelegt.

Die GOZ-Positionen 800 ☐ 801 ☐ 802 ☐ 803 ☐ 804 ☐ 805 ☐
 806 ☐ 807 ☐ 808 ☐ 809 ☐ 810 ☐

wurden aus folgender Indikation durchgeführt:

- ☐ Es liegt eine Kiefergelenks- und Muskelerkrankung (Myoarthropathien, craniomandibuläre Dysfunktionen, myofasciales Schmerzsyndrom) vor.
- ☐ Im Zusammenhang mit der Behandlung von Zahnfleischerkrankungen (Parodontopathien).
- ☐ Umfangreiche Gebissanierung
Planung:

oben rechts 1								oben links 2							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
unten rechts 4								unten links 3							

F = Füllung
K = Krone/Teilkrone
T = Teleskopkrone
f = fehlender Zahn

B = Brückenglied
E = ersetzter Zahn
H = Halteelement
X = Lückenschluss

- ☐ Umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen (einschließlich kieferorthopädisch – kieferchirurgischer Operationen).
- ☐ Im Zusammenhang mit der Behandlung von Aufbissschienen mit adjustierten Oberflächen nach den Nrn. 701 oder 702 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der GOZ.
- ☐ Sonstige Indikation.
Begründung:

Datum

Unterschrift

Formblatt § 29 Abs. 5 BayBhV)

(Dienststelle/Festsetzungsstelle)

(den)

Frau / Herrn

.....

.....

.....

.....

Ihr Antrag vom

Meine Zeichen

Telefon

Datum

Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 5 Satz 3 BayBhV für

Name der Patientin bzw. des Patienten

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

aufgrund des amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens werden die Kosten für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in

für die Dauer von < mehr als 30 Tage> Wochen nach Maßgabe der Bayerischen Beihilfeverordnung als beihilfefähig anerkannt.

Die Anerkennung gilt unter der Voraussetzung, dass die Behandlung spätestens vor Ablauf von vier Monaten seit der Bekanntgabe dieses Bescheides begonnen wird.

Mit freundlichen Grüßen

Formblatt 9

(VV-Nr. 7 zu § 30 Abs. 6 BayBhV)

(Dienststelle/Festsetzungsstelle)

(den)

Frau / Herrn

.....

.....

.....

.....

Ihr Antrag vom

Meine Zeichen

Telefon

Datum

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

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

aufgrund des amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens werden die Kosten einer Heilkur
in

für die Dauer von höchstens drei Wochen nach Maßgabe der Bayerischen
Beihilfeverordnung als beihilfefähig anerkannt.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind bis zu einem Betrag von 26,00 € täglich
beihilfefähig.

Die Anerkennung gilt unter der Voraussetzung, dass die Kur spätestens vor Ablauf von
vier Monaten seit der Bekanntgabe dieses Bescheides begonnen wird, die Unterkunft sich
im Kurort befindet und ortsgebunden ist.

Mit freundlichen Grüßen

Formblatt 10

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

An Festsetzungsstelle

Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei

Δ stationärer Krankenhausbehandlung

Δ Anschlussrehabilitation

Δ sonstige stationäre Rehabilitation

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen ☒

1. Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

Name, Vorname	Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		

2. Erkrankte Person

Antragsteller Δ	Ehegatte (Vorname) Δ	Kind (Vorname) Δ
--------------------	-------------------------	---------------------

3. Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses/ der Rehabilitationseinrichtung		
Voraussichtliche Behandlungsdauer	Allgemeiner Pflegesatz (€)	zu leistende Vorauszahlung (€)
Zuschlag für 2-Bett-Zimmer (€)	- nur angeben, wenn ein Zuschlag für Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer berechnet wird	

4. Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung. Die Überweisung soll erfolgen: Δ an mich Δ an das Krankenhaus Δ an die Rehabilitationseinrichtung.		
Name und Sitz des Geldinstituts		Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)
Bankleitzahl 	Konto-Nr. 	

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/des Bevollmächtigten
------------	--

Formblatt 11

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

An Festsetzungsstelle**Antrag auf Abschlagszahlung**

für eine zu erwartende Beihilfe bei Dialysebehandlung

1. Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

Name, Vorname	Amts- oder Dienstbezeichnung	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort)		

2. Erkrankte Person

Antragsteller Δ	Ehegatte (Vorname) Δ	Kind (Vorname) Δ
--------------------	-------------------------	---------------------

3. Kosten

Name und Anschrift der Dialyse-Institution	
Behandlungsdauer	Voraussichtliche Kosten (€)

4. Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung und Überweisung an die Dialyse-Institution		
Name und Sitz des Geldinstituts		Kontoinhaber
Bankleitzahl 	Konto-Nr. 	

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/des Bevollmächtigten
------------	--