



Bayerisches Ministerialblatt

BayMBI. 2023 Nr. 133

29. März 2023

2030.8.3-F

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

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen und für Heimat

vom 6. März 2023, Az. 25-P 1820-8/42

0. Hinweis zur Nummerierung und Gliederungsaufbau

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

1. Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

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

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

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

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

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

- a) der überlebende Ehegatte bzw. Lebenspartner (Lebenspartner und Lebenspartnerin im Sinne des § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes) oder
- b) Kinder der verstorbenen Person

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

- 1.2.2 ¹Hat das Nachlassgericht eine Nachlasspflegschaft (§ 1960 BGB) angeordnet, kann die Beihilfe auch auf das Konto der nachlasspflegenden Person gezahlt werden. ²Zu dessen Rechten gehört sowohl das Stellen von Beihilfeanträgen als auch das Entgegennehmen von Beihilfezahlungen.
- 1.2.3 Die Beihilfegewährung zu Aufwendungen der beihilfeberechtigten Person und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bis zum Todestag entstanden sind, erfolgt nach den am Tage vor dem Tod jeweils maßgebenden personenbezogenen Bemessungssätzen des Art. 96 Abs. 3 BayBG.
- 1.2.4 Bis zum Zeitpunkt des Todes einer beihilfeberechtigten Person sowie in Unkenntnis ihres Todes noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.
- 1.2.5 Hat die beihilfeberechtigte Person noch zu Lebzeiten einen Antrag auf Direktabrechnung mit Leistungserbringer im Sinne des § 48 Abs. 4 Satz 2 gestellt, ist auch in Fall des Todes der beihilfeberechtigten Person die zustehende Beihilfe an den im Antrag auf Direktabrechnung bezeichneten Leistungserbringer, zum Beispiel ein Krankenhaus, zu überweisen.
- 1.2.6 Mit den übersandten Belegen ist nach § 48 Abs. 3 zu verfahren.

2. Beihilfeberechtigte Personen

- 2.1.1 Die in § 2 Abs. 1 Nr. 3 genannten Personen sind, soweit sie Ansprüche nach § 2 Abs. 2 haben, bereits von dem Tage an selbst beihilfeberechtigt, an dem die beihilfeberechtigte Person stirbt.
- 2.1.2 Empfänger von Unterhaltsbeitrag auf Grund disziplinarrechtlicher Regelungen und von Gnadenunterhaltsbeiträgen sind nicht beihilfeberechtigt.
- 2.1.3 ¹Wird während der Elternzeit die Tätigkeit im Beamtenverhältnis auf ein elternzeitunschädliches Maß reduziert, besteht der Beihilfeanspruch aufgrund des Anspruchs auf Teildienstbezüge unverändert fort. ²Entfällt während der Elternzeit der Anspruch auf Bezüge, besteht nach Art. 96 Abs. 1 Satz 2 BayBG ein gesonderter Anspruch auf Beihilfe. ³§ 5 Abs. 3 Satz 1 ist zu beachten.
- 2.1.4 ¹Bei einer familienpolitischen Beurlaubung ist im Fall eines in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Ehegatten oder Lebenspartners bezüglich des Art. 89 Abs. 4 Satz 2 BayBG davon auszugehen, dass ein Zugang der beurlaubten Beamtin oder des beurlaubten Beamten zur Familienversicherung (§ 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V) möglich ist. ²Besteht kein Anspruch auf Familienversicherung, hat die beurlaubte Beamtin oder der beurlaubte Beamte dies nachzuweisen.
- 2.2.1 Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen in Betracht Art. 38 Satz 2, Art. 83 bis 87 und Art. 44 Abs. 4 und 5 des Bayerischen Beamtenversorgungsgesetzes (BayBeamtVG) sowie Art. 10 des Bayerischen Besoldungsgesetzes (BayBesG).
- 2.2.2 ¹Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Sonderurlaub ohne Bezüge nach § 13 Abs. 2 Satz 1 der Bayerischen Urlaubs- und Mutterschutzverordnung (UrlMV) von längstens einem Monat unberührt. ²Dauert der Sonderurlaub länger als einen Monat, entfällt der Beihilfeanspruch von Anbeginn der Beurlaubung.
- 2.2.3 Bezüglich des Beihilfeanspruchs des überlebenden Ehegatten bzw. des überlebenden Lebenspartners zählen Empfänger von Halbwaisengeld zum Kreis der berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

- 2.2.4 Steht dem überlebenden Ehegatten bzw. dem überlebenden Lebenspartner auf Grund einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst als Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer noch ein Beihilfeanspruch zu (vergleiche Art. 144 Abs. 1 Satz 1 BayBG), so sind die Aufwendungen der Halbweisen abweichend von § 5 Abs. 2 nur aus dem beamtenrechtlichen Beihilfeanspruch des überlebenden Ehegatten bzw. des überlebenden Lebenspartners zu gewähren.
- 2.2.5 ¹Wenn der überlebende Elternteil eines Kindes der verstorbenen Person nicht zum Bezug von Witwengeld oder Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner berechtigt ist und auch keinen Unterhaltsbeitrag in Höhe des Witwengeldes oder der Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner erhält, erhält das Kind Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen (vergleiche Art. 40 Abs. 2 BayBeamVG). ²Das Kind hat in solchen Fällen einen eigenen Anspruch auf Beihilfe.
- 2.3.1 ¹Beihilfeberechtigte erhalten als Mitglied bzw. ehemaliges Mitglied des Deutschen Bundestages nach § 27 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes (AbgG) einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der für Bundesbeamte geltenden Vorschriften. ²Unter den in § 27 Abs. 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird stattdessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt. ³Eine Beihilfegewährung nach der Bayerischen Beihilfeverordnung ist ausgeschlossen (§ 2 Abs. 2).
- 2.3.2 ¹Werden Beamtinnen und Beamte sowie Richterinnen und Richter zu Mitgliedern des Bayerischen Landtags gewählt, ruht das Beamten- bzw. Richterverhältnis ohne Fortzahlung der Dienstbezüge (Art. 30 des Bayerischen Abgeordnetengesetzes – BayAbgG). ²Sie haben deshalb gemäß § 2 Abs. 2 keinen Anspruch auf Beihilfeleistungen aus dem ruhenden Dienstverhältnis, sondern Ansprüche nach Art. 20 BayAbgG. ³Ein Versorgungsempfänger bleibt als solcher beihilfeberechtigt nach § 2 Abs. 1 Nr. 2, 3, da ein Anspruch nach Art. 20 BayAbgG nur besteht, soweit sich ein Beihilfeanspruch nicht aus anderen Vorschriften ergibt. 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 nicht einschlägig.
- 3. Berücksichtigungsfähige Angehörige**
- 3.1.1 Bei dem Grunde nach berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, sind Art. 96 Abs. 1 Satz 3 BayBG und § 5 Abs. 3 zu beachten.
- 3.1.2 Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder.
- 3.1.3 Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Beihilfen demjenigen zu gewähren, bei dem die betreffende Person bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger war.
- 3.2.1 ¹Solange der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gewährt wird, bleiben Kinder in der Beihilfe berücksichtigungsfähig; dies gilt unabhängig davon, ob nachträglich festgestellt wird, dass ein entsprechender Anspruch nicht bestanden hat und der auf die Kinder entfallende Teil des Familienzuschlags zurückgefordert wird. ²Sofern für diese Kinder ein eigenständiger Anspruch auf Beihilfe besteht, vergleiche Art. 96 Abs. 1 Satz 3 BayBG.
- 3.2.2 ¹Nr. 3.2.1 gilt entsprechend bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die nach Art. 144 Abs. 1 Satz 1 BayBG noch Anspruch auf Beihilfe haben, bezüglich der kinderbezogenen Entgeltbestandteile nach § 11 des Tarifvertrag zur Überleitung der Beschäftigten der Länder in den TV-L und zur Regelung des Übergangsrechts (TVÜ-Länder) oder § 8 des Tarifvertrags zur Überleitung der Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (TVÜ-Ärzte) für Kinder, die bis 31. Dezember 2006 geboren wurden (§ 11 Abs. 3 Buchst. a TVÜ-Länder oder § 8 Abs. 3 TVÜ-Ärzte). ²Für Kinder, die nach dem 31. Dezember 2006 geboren wurden, gilt Satz 1 entsprechend, wenn bei einer Geburt vor dem 1. Januar 2007 ein Anspruch auf kinderbezogenen Entgeltbestandteile nach § 11 TVÜ-Länder oder § 8 TVÜ-Ärzte bestanden hätte.
- 3.2.3 Welchem Beihilfeberechtigten im Einzelfall die Beihilfe gewährt wird, ergibt sich aus § 5 Abs. 6.

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

5. Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

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

Beispiel:

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

- 5.2.2 ¹Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger ist ausgeschlossen. ²Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen. ³Soweit die vorgehende Beihilfeberechtigung auf Grund einer Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer besteht, gelten die Ausführungen zu Abs. 5 sinngemäß.
- 5.2.3 ¹Soweit in der privaten Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer ausüben, die vor dem 1. Januar 2001 begonnen wurde, und auf Grund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) oder keine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erlangen können, ist aus Fürsorgegründen § 5 Abs. 2 nicht anzuwenden. ²In diesen Fällen geht die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger vor und verdrängt die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmersverhältnis.
- 5.3 ¹Die Nrn. 5.2.1 bis 5.2.3 gelten entsprechend. ²Die Ausschlussregelungen des Art. 96 Abs. 1 Satz 1 und 3 BayBG, § 7 Abs. 4 Nr. 2 sind zu beachten.
- 5.5 ¹Wird einem teilzeitbeschäftigten Ehegatten bzw. Lebenspartner eines Beamten der auf Grund des Art 144. Abs. 1 Satz 1 BayBG oder vergleichbarer tarifvertraglicher Regelungen zustehende Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, besteht Anspruch auf Beihilfe über den beamteten Ehegatten bzw. Lebenspartner, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen (zum Beispiel Art. 96 Abs. 1 Satz 1 BayBG, § 7 Abs. 4 Nr. 2) erfüllt sind. ²Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die auf Grund des Art. 144 Abs. 1 Satz 1 BayBG oder vergleichbarer tarifvertraglicher Regelungen zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (Art. 96 Abs. 2 Satz 4 BayBG). ³Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzungen der §§ 32 bis 39 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch des verbeamteten Ehegatten bzw. Lebenspartners.
- 5.6.1 Nr. 3.2.2 gilt entsprechend.
- 5.6.2 ¹Ist das Elternpaar nicht beim gleichen Dienstherrn tätig, sind Vergleichsmittelungen über getroffene Bestimmungen auszutauschen. ²Dies gilt auch in den Fällen, in denen einer der Ehegatten Beihilfeleistungen nach den Beihilfebestimmungen des Bundes oder eines anderen Landes erhält.

6. Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen

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

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

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

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

³Als Festbeträge gelten auch

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

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

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

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

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

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

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

7. Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

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

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

- 7.1.3 ¹Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im Einzelnen zugrunde zu legen sind. ²Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einzelsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. ³Der in der Gebührenordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu vergüten. ⁴Liquidationen, die neben der Abrechnung erbrachter ärztlicher Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte in Übereinstimmung mit der aktuellen Rechtslage auch die entsprechende Umsatzsteuer ausweisen, sind in vollem Umfang, das heißt einschließlich der Umsatzsteuer, beihilfefähig, zum Beispiel bei der Abrechnung von Leistungen selbständig tätiger Belegärztinnen und Belegärzte oder Laborärztinnen und Laborärzte.
- 7.1.4 ¹Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 7 Abs. 1 Satz 2) sind die Gebühren nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte auch dann, wenn die Leistung von einer Ärztin oder Zahnärztin bzw. einem Arzt oder Zahnarzt oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (zum Beispiel einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet. ²Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten zum Beispiel die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. ³Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die auch für alle anderen Benutzer verbindlich sind. ⁴Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden.
- 7.1.5 ¹Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen von Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten, Psychologischer Psychotherapeutinnen, Psychologischer Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind, vergleiche § 1 Abs. 2 Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). ²Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Gebührennummern:
- a) Nrn. 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95 aus Abschnitt B der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte,
 - b) Nrn. 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871 aus Abschnitt G der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte.
- ³Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach Nrn. 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren durch vertrauensärztliche Gutachter, sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsnummern nach Abschnitt G der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen beihilfefähig. ⁴Der analoge Ansatz von Nr. 860 sowie von Nr. 808 der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte zur Abgeltung und Erhebung der biographischen Anamnese sowie der Einleitung und Verlängerung von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen ist als beihilfefähig anzuerkennen.
- 7.1.6 ¹Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nach § 7 Abs. 1 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Satz 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies

rechtfertigen. ²Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- a) besonders schwierig war,
- b) einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
- c) wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

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

- 7.1.7 ¹Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. ²Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie die beihilfeberechtigte Person bitten, die Begründung durch die Ärztin oder Zahnärztin bzw. den Arzt oder Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung der beihilfeberechtigten Person veranlasst worden ist. ³Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist entsprechend § 48 Abs. 7 zu verfahren.
- 7.1.8 Ist die beihilfeberechtigte Person zivilgerichtlich rechtskräftig zur Begleichung der Honorarforderung einer Ärztin oder eines Arztes verurteilt, ist die Vergütung regelmäßig als angemessen im Sinne des Beihilferechts anzuerkennen (vergleiche BVerwG, Urteil vom 25. November 2004 – 2 C 30.03).
- 7.1.9 ¹Nach § 2 Abs. 1 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ, § 3 GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). ²Eine Abdingung der Gebührenordnung für Ärzte insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig; eine Abdingung der Gebührenordnung für Zahnärzte ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ zulässig. ³Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen im Sinne der Bayerischen Beihilfeverordnung angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1, 3 GOÄ, § 5 Abs. 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend Nrn. 5 und 6 gerechtfertigt. ⁴Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der obersten Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das für Finanzen zuständige Staatsministerium, zugelassen werden.
- 7.1.10 Abrechnungen auf der Basis eines Nebenkostentarifs der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-NT) sind in voller Höhe beihilfefähig.
- 7.1.11 Zu den besonderen gebührenrechtlichen Fragen wird auf die als Anhang 1 beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht verwiesen.
- 7.3 ¹Die beihilferechtliche Berücksichtigung von Pauschalabrechnungen, die auf der Basis eines zwischen den in Satz 4 genannten Vertragspartnern geschlossenen Vereinbarung berechnet werden, bedürfen keiner weiteren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. ²Die Pauschalbeträge sind als beihilfefähig anzuerkennen, sofern in den Abrechnungsunterlagen in geeigneter Weise auf das private Krankenversicherungsunternehmen und die Vereinbarung Bezug genommen wird.

- 7.4.1 Einkommensgrenze nach Art. 96 Abs. 1 Satz 1 BayBG
- 7.4.1.1 Der im Jahr der Antragstellung maßgebende Gesamtbetrag der Einkünfte ist aus dem Einkommensteuerbescheid für das Bezugsjahr (zweites Kalenderjahr vor der Antragstellung) ersichtlich; Einkünfte aus Kapitalvermögen (§ 2 Abs. 2 EStG), die der Abgeltungsteuer unterliegen und im Steuerbescheid nicht aufgeführt sind, sind dem dort ausgewiesenen Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen.
- 7.4.1.2 Bei einem individuellen Ausschluss oder einer Aussteuerung von Versicherungsleistungen sind nur die Aufwendungen für die entsprechenden Leiden oder Krankheiten beihilfefähig.
- 7.4.1.3 ¹Für die Beihilfefähigkeit ist nicht das Entstehen der Aufwendungen, sondern jeweils der Eingang des Beihilfeantrags bei der Beihilfestelle maßgebend. ²Dies bedeutet, dass es nicht auf das Entstehen der Aufwendungen, sondern auf die Geltendmachung des Beihilfeanspruchs ankommt, wobei die Antragsfrist nach Art. 96 Abs. 3a BayBG zu beachten ist.
- 7.4.1.4 ¹Auf Grund einer Überschreitung der Einkommensgrenze nach Art. 96 Abs. 1 BayBG im Bezugsjahr können im übernächsten Kalenderjahr grundsätzlich keine Aufwendungen für den Ehegatten oder den Lebenspartner (Lebenspartner und Lebenspartnerin im Sinne des § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes) mehr geltend gemacht werden. ²Abweichend von Satz 1 können im übernächsten Kalenderjahr noch zu den Aufwendungen aus dem vorangehenden Kalenderjahr Beihilfeleistungen gewährt werden, die wegen verspäteter Rechnungsstellung nicht rechtzeitig geltend gemacht werden konnten; der Ehegatte bzw. der Lebenspartner hat sich um eine rechtzeitige Ausstellung der Rechnung zu bemühen.
- 7.4.1.5 ¹Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben auf dem Steuerbescheid können unkenntlich gemacht werden. ²Die Festsetzungsstelle kann an Stelle des Steuerbescheides andere Einkommensnachweise fordern oder zulassen, wenn die beihilfeberechtigte Person keinen Steuerbescheid vorlegen kann (zum Beispiel bei Nichtveranlagung) oder der Steuerbescheid nicht alle von § 2 Abs. 3 und 5a EStG erfassten Einkünfte abbildet (zum Beispiel Pauschalsteuer auf Zinseinkünfte).
- 7.5 Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist und werden diese durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, ist der obersten Dienstbehörde zu berichten.
- 8. Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen und Heilpraktikerleistungen**
- 8.1 ¹Legasthenie ist keine Erkrankung im Sinne des § 8. ²Aufwendungen für eine derartige Behandlung sind daher nicht beihilfefähig.
- 8.2 ¹Für die Prüfung, ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ist die Kenntnis der Diagnose erforderlich. ²Ohne Angabe der Diagnose in der Rechnung können die Aufwendungen nicht geprüft werden. ³Der antragstellenden Person ist Gelegenheit zu geben, die fehlenden Angaben beizubringen.
- 8.3 ¹Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose erforderlich bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen. ²Bei implantologischen Leistungen ist die Angabe der Diagnose nur bei den in § 17 Satz 1 genannten Fällen erforderlich; ist keine Diagnose angegeben, ist davon auszugehen, dass die genannten besonderen Voraussetzungen nicht vorliegen.
- 8.4 Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig.
- 8.5 Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne beihilfefähig.
- 9. Allgemeine Abrechnungsgrundlagen für psychotherapeutische Leistungen**
- 9.2.1 ¹Die Festsetzungsstelle erteilt Aufträge für Gutachten (§ 9 Abs. 2 Satz 3) mit den Formblättern 1 und 2 (siehe Nr. 9.2.6, Anhang 4). ²Die vertrauliche Liste von Personen, die Gutachten erstellen, kann im passwortgeschützten Bereich auf der Internetseite des Bundesverwaltungsamts

(<https://www.bva.bund.de>) unter der Rubrik „Services“, „Bundesbedienstete“, „Gesundheit und Vorsorge“, „Beihilfe“, „Gutachterliste“ abgerufen werden. ³Die Anforderung eines Gutachtens hat in pseudonymisierter Form zu erfolgen. ⁴Die Festsetzungsstelle vergibt hierzu einen von ihr festgelegten Pseudonymisierungscode. ⁵Bei Erst- und Zweitgutachten ist derselbe Pseudonymisierungscode zu verwenden. ⁶Im Hinblick auf Art. 35 Satz 1, Art. 41 Abs. 1 des Bayerischen Verwaltungsverfahrensgesetzes (BayVwVfG) ist hierbei sicherzustellen, dass das erstellte Gutachten eindeutig einem Beihilfeanspruch zugeordnet werden kann.

- 9.2.1.1 ¹Zur Einleitung eines Gutachterverfahrens hat die beihilfeberechtigte Person der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 („Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“) ausgefüllt vorzulegen. ²Außerdem hat sie (oder die Patientin bzw. der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf Formblatt 2 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.
- 9.2.1.2 Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne des § 9 Abs. 6 sollen zusätzlich mit Formblatt 3 (siehe Nr. 9.2.6, Anhang 4) den erforderlichen ärztlichen Konsiliarbericht zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vergleiche § 1 Abs. 3 Satz 2 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG) einholen.
- 9.2.1.3 ¹Die Therapeutin bzw. der Therapeut hat das ausgefüllte Formblatt 2 und gegebenenfalls das Formblatt 3 in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Person, die das Gutachten erstellt, zu übermitteln. ²Der Eingang der ausgefüllten Formblätter gilt als Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.
- 9.2.1.4 Nach Erhalt aller Unterlagen gibt die Festsetzungsstelle mittels des Formblatts 4 (siehe Nr. 9.2.6, Anhang 4) ein Gutachten nach Formblatt 5 (siehe Nr. 9.2.6, Anhang 4) in Auftrag und leitet der Person, die das Gutachten erstellt, zugleich folgende Unterlagen zu:
- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten ungeöffneten Umschlag der Therapeutin bzw. des Therapeuten,
 - b) das ausgefüllte Formblatt 1 (in Kopie, ohne die Seite 4 – Schweigepflichtentbindung der Patientin bzw. des Patienten –, sofern dieser nicht bereits vom Therapeuten entnommen wurde),
 - c) Formblatt 5 in dreifacher Ausfertigung,
 - d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- 9.2.1.5 ¹Die Person, die das Gutachten erstellt, übermittelt die Stellungnahme nach Formblatt 5 („Psychotherapie Gutachten“) – in zweifacher Ausfertigung – in einem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. ²Diese leitet eine Ausfertigung des „Psychotherapie-Gutachtens“ an die Therapeutin bzw. den Therapeuten weiter.
- 9.2.1.6 Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der beihilfeberechtigten Person einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach Formblatt 6 (siehe Nr. 9.2.6, Anhang 4).
- 9.2.2 ¹Legt die beihilfeberechtigte Person gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Zweitgutachten einholen. ²Ein Zweitgutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer gutachtlichen Stellungnahme abgelehnt wurde, weil die Therapeutin bzw. der Therapeut die in § 11 Abs. 5 bis 8, § 12 Abs. 3 bis 6 und § 12a Abs. 3 und 4 aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.
- 9.2.2.1 Zur Einleitung eines Zweitgutachterverfahrens hat die beihilfeberechtigte Person (oder die Patientin bzw. der Patient) die behandelnde Therapeutin oder den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, den „Erstbericht“ an die Person, die das Gutachten erstellt hat, auf Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle sowie des Gutachtens eingegangen werden sollte.

- 9.2.2.2 Die Therapeutin bzw. der Therapeut soll den ergänzten Bericht sowie alle bisherigen Unterlagen zum vorherigen Gutachten – unter Wahrung der Vorgaben der Nr. 9.2.1 Satz 3 ff. – in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Person, die das zweite Gutachten erstellt, übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag oder das Ersuchen der beihilfeberechtigten Person oder der Patientin bzw. des Patienten.
- 9.2.2.3 ¹Nach Erhalt der Unterlagen gibt die Festsetzungsstelle ein Zweitgutachten in Auftrag und leitet hierzu der Person, die das Zweitgutachten erstellen soll, zugleich folgende Unterlagen zu:
- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten ungeöffneten Umschlag der Therapeutin bzw. des Therapeuten,
 - Psychotherapie-Gutachten (Erstgutachten) in Kopie,
 - einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- ²Bezüglich der Person, die das Zweitgutachten erstellen soll, vergleiche Nr. 9.2.1 Satz 2.
- ³Zudem sollte die Person, die das Erstgutachten erstellt hat und die psychotherapeutische Behandlung ablehnte, nicht gleichzeitig die Person sein, die das Zweitgutachten erstellen soll.
- ⁴Es ist eine andere Person für das Zweitgutachten einzuschalten.
- 9.2.2.4 Die Person, die das Zweitgutachten erstellt, übermittelt die Stellungnahme in einem Freiumschlag der Festsetzungsstelle.
- 9.2.2.5 Auf Grundlage der (zweit-)gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle der beihilfeberechtigten Person einen Abhilfe- oder Widerspruchsbescheid.
- 9.2.3 ¹Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (§ 11 Abs. 1, § 12 Abs. 1 und § 12a Abs. 1) leitet die Festsetzungsstelle den von der Therapeutin bzw. vom Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2) mit einem Freiumschlag der Person, die das Erstgutachten erstellt hat, zu. ²Dabei ist das Formblatt 5 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. ³Im Übrigen gelten die Nrn. 9.2.1.5 bis 9.2.2.5 entsprechend.
- 9.2.4 ¹Um eine Konzentration auf einzelne Personen, die Gutachten erstellen, zu vermeiden, sind die Anträge zur gutachterlichen Stellungnahme von der Festsetzungsstelle im Rotationsverfahren zu vergeben. ²Die Kosten des Gutachtens in Höhe von 50 € und des Zweitgutachtens in Höhe von 85 € jeweils zuzüglich gesetzlicher Umsatzsteuer, soweit diese in Rechnung gestellt wird, trägt die Festsetzungsstelle (Beihilfetitel).
- 9.2.5 ¹Die Festsetzungsstelle kann von dem beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahren nach § 9 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 absehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der beihilfeberechtigten Person (oder der Patientin bzw. des Patienten) bereits eine Leistungszusage auf Grund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation der Therapeutin bzw. des Therapeuten ergeben. ²Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach §§ 11 und 12.
- 9.2.6 Die im Rahmen des Gutachterverfahrens anzuwendenden Formblätter 1 bis 6 werden im Anhang 4 (vergleiche Nr. 48.1.3) herausgegeben.
- 9.3 ¹Bei Akutbehandlungen, die von Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne des Abs. 6 durchgeführt werden, ist die Vorlage eines Konsiliarberichts nicht erforderlich. ²Erst bei einem Übergang in eine übliche Langzeittherapie ist im Rahmen des dann erforderlichen Gutachterverfahrens (vergleiche Satz 2) auch die Vorlage eines Konsiliarberichts erforderlich.
- 11. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie**
- 11.2.1 ¹Bei einer Kurzzeittherapie, die von Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne des Abs. 6 durchgeführt werden, ist die Vorlage eines Konsiliarberichts nicht erforderlich. ²Erst bei einem Übergang in eine übliche Langzeittherapie ist im Rahmen des dann erforderlichen Gutachterverfahrens (vergleiche Satz 4) auch die Vorlage eines Konsiliarberichts erforderlich.

- 11.2.2 Beim Wechsel der Kurzzeittherapie in eine genehmigungspflichtige Langzeittherapie sind erneute probatorische Sitzungen nicht beihilfefähig.
- 11.2.3 Soweit im Rahmen einer Kurzzeittherapie auch Bezugspersonen einzubeziehen sind, gelten Abs. 3, § 12 Abs. 2 und Nr. 11.3 sinngemäß mit der Maßgabe, dass über die medizinische Notwendigkeit die Therapeutin oder der Therapeut eigenverantwortlich entscheidet.
- 11.3 Ist im Fall der Nr. 1 für die Einbeziehung von Bezugspersonen eine höhere Anzahl als ein Viertel der vorgesehenen Sitzungen für eine Einzelbehandlung oder die Hälfte der vorgesehenen Sitzungen für eine Gruppenbehandlung erforderlich, so werden die über die in Nr. 1 hinausgehenden Sitzungen auf die Sitzungen für Einzel- oder Gruppenbehandlung nach Abs. 1 Satz 1 angerechnet.
- 12. Verhaltenstherapie**
- 12.2 Die Nrn. 11.2.1 bis 11.2.3 gelten entsprechend.
- 12a. Systemische Therapie**
- Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind unter analogem Ansatz (§ 6 Abs. 2 GOÄ) der Nr. 870 der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig.
- 14. Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen**
- Aufwendungen für Material- und Labor- sowie Praxiskosten sind durch eine § 10 Abs. 2 Nr. 5 und 6 GOZ entsprechende Rechnung der Zahnärztin, des Zahnarztes oder des Dentallabors nachzuweisen.
- 15. Kieferorthopädische Leistungen**
- 15.1 Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind unabhängig von den angewandten Methoden oder den verwendeten Therapiegeräten nur beihilfefähig, wenn vor Behandlungsbeginn zum Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird und die geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf Dauer zur Heilung oder Linderung oder beides geeignet sind.
- 15.2 Bezüglich der Beihilfefähigkeit von Heil- und Kostenplänen bei kieferorthopädischer Behandlung vergleiche Nr. 8.4.
- 15.3 ¹Maßnahmen nach den Nrn. 6030 bis 6050 sowie 6060 bis 6090 der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Einstellung in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Methoden oder den verwendeten Therapiegeräten (vergleiche BVerwG, Urteil vom 5. März 2021 – 5 C 8.19 –). ²Sofern eine aktive kieferorthopädische Weiterbehandlung (Maßnahmen nach Nrn. 6030 bis 6050 oder 6060 bis 6090 der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte) über den bis zu vierjährigen Zeitraum hinaus medizinisch erforderlich wird, ist die Vorlage eines neuen Heil- und Kostenplans erforderlich. ³Dieser ist im letzten Quartal vor Ablauf der vierjährigen Behandlung, das heißt im 16. Behandlungsquartal, vorzulegen. ⁴Kieferorthopädische Leistungen, die nach dem 16. Behandlungsquartal durchgeführt werden, sind nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit, gegebenenfalls nach fachzahnärztlicher Begutachtung, vorher anerkannt hat. ⁵Entsprechendes gilt für erforderliche Zweitbehandlungen.
- 15.4 Erfolgt die aktiven Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Regelbehandlungszeit von bis zu vier Jahren und sind anschließend ausschließlich Retentionsmaßnahmen nach Nr. 6210 der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte oder Begleitleistungen nach Nrn. 6180 bis 6230 der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte medizinisch notwendig, ist kein neuer Heil- und Kostenplan erforderlich.

- 15.5 Eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung bleibt einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Verlängerung auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin beihilfefähig.
- 15.6 ¹Maßnahmen nach den Nrn. 6190, 6200 und 6240 der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte können auch unabhängig von einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sein. ²Diese Leistungen sind auch ohne Vorlage eines Heil- und Kostenplans dem Grunde nach beihilfefähig.
- 16. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**
- ¹Bezüglich der Frage, ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, vergleiche Nr. 8.2. ²Die Aufwendungen für Nrn. 8000 ff. der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte sind in Zusammenhang mit umfangreichen kieferorthopädischen Maßnahmen (vergleiche § 16 Satz 1 Nr. 4) nur beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des § 15 vorliegen. ³Der erforderliche Befund nach § 16 Satz 3 kann durch Vorlage des ausgefüllten Beiblatts zum Klinischen Funktionsstatus, abrufbar unter https://www.dgfdt.de/richtlinien_formulare, belegt werden.
- 17. Implantologische Leistungen**
- 17.1 Bezüglich der Frage, ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, vergleiche Nr. 8.2.
- 17.2 Vom Begriff der implantologischen Leistungen werden neben den Leistungen nach Abschnitt K der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte auch Aufwendungen für gegebenenfalls erforderliche vorbereitende operative Maßnahmen (zum Beispiel Knochenaufbau) nach der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte erfasst.
- 17.3 Es ist davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, sofern die beihilfeberechtigte Person nicht in geeigneter Weise, zum Beispiel durch Beihilfebescheide oder Rechnungen, eine Finanzierung ohne Leistungen eines Dienstherrn oder öffentlichen Arbeitgebers glaubhaft machen kann (BVerwG, Urteil vom 28. Mai 2008 – 2 C 12.07).
- 17.4 Die Beihilfegewährung zu Aufwendungen für den Austausch von Sekundärteilen erfolgt sinngemäß nach § 17 Satz 1 bis 3, 5.
- 18. Arznei-, Verbandmittel und vergleichbare Medizinprodukte**
- 18.1 ¹Von § 18 erfasst werden nur Medizinprodukte im Sinne des § 3 Nr. 1 Buchst. d und Nrn. 2, 3, 5, des Medizinproduktegesetzes (MPG) in der am 25. Mai 2021 geltenden Fassung. ²Aufwendungen für die in § 18 Satz 1 Nr. 1 bis 4 genannte Präparate und Produkte, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk der Ärztin, Zahnärztin oder Heilpraktikerin bzw. des Arztes, Zahnarztes oder Heilpraktikers erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. ³Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.
- 18.2 ¹Aufwendungen für Geriatrika und Stärkungsmittel sind nicht beihilfefähig. ²Beihilfefähig sind die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (zum Beispiel D-Fluoretten, Vigantolekten) bei Säuglingen und Kleinkindern.
- 18.3 Aufwendungen für Notfallkontrazeptiva sind bei der in § 18 Satz 2 genannten Personengruppe bei entsprechender ärztlicher Verordnung beihilfefähig.

- 18.4 ¹Zu den Mitteln, die nach § 18 Satz 4 Nr. 1 geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, gehören zum Beispiel Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwässer, medizinische Körperpflegemittel, Nahrungsergänzungsmittel. ²In Ausnahmefällen sind Aufwendungen für zur enteralen Ernährung (Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung) beihilfefähig, wenn diese auf Grund einer ärztlichen Verordnung notwendig sind bei
- a) Ahornsirupkrankheit,
 - b) AIDS-assoziierten Diarrhöen,
 - c) angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel,
 - d) angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
 - e) Colitis ulcerosa,
 - f) Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
 - g) erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme, insbesondere bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (zum Beispiel Mundboden- und Zungenkarzinom),
 - h) Kurzdarmsyndrom,
 - i) Morbus Crohn,
 - j) Mukoviszidose,
 - k) Multiplen Nahrungsmittelallergien,
 - l) Niereninsuffizienz,
 - m) Phenylketonurie,
 - n) postoperativer Nachsorge,
 - o) Tumortherapien (auch nach der Behandlung).
- 18.5 ¹Aufwendungen für Elementardiäten für Säuglinge (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr) mit Kuhmilcheiweißallergie sind abweichend von § 18 Satz 4 Nr. 1 beihilfefähig. ²Die Beihilfefähigkeit nach Satz 1 gilt ferner für einen Zeitraum von einem halben Jahr bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.

19. Heilbehandlungen

- 19.1.1 ¹Die in § 19 Abs. 1 genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes oder eine akademische Ausbildung besteht. ²Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Malthérapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.
- 19.1.2 ¹Zu den staatlich anerkannten Sprachtherapeutinnen oder staatlich anerkannten Sprachtherapeuten (§ 19 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 Buchst. b) gehören auch Sprachtherapeutinnen oder Sprachtherapeuten mit Bachelor- oder Masterabschluss. ²Zu den medizinischen Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen (§ 19 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 Buchst. d) gehören auch Sprachheilpädagoginnen und Sprachheilpädagogen nach § 19 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 Buchst. g Doppelbuchst. aa.
- 19.1.3 ¹Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für die in Anlage 3 genannten Heilbehandlungen. ²Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilbehandlungen, die weder in Anlage 3 aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde.

- 19.1.4 Werden im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung oder stationären Rehabilitationsmaßnahme Aufwendungen für Heilbehandlungen gesondert in Rechnung gestellt, sind diese nach den Vorgaben des § 19 sowie der Anlage 3 beihilfefähig.
- 19.2.1 ¹Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. ²Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärztinnen bzw. Ärzte reicht nicht aus. ³Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
- 19.2.2 ¹Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
- krankengymnastische Einzeltherapie
 - physikalische Therapie nach Bedarf und
 - medizinisches Aufbautraining,
- ²Bei Bedarf können dies Leistungen nach Satz 1 um folgende zusätzliche Leistungen ergänzt werden:
- Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage,
 - Isokinetik,
 - Unterwassermassage.
- 19.2.3 Die durchgeführten Leistungen sind durch die Patientin bzw. den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.
- 19.2.4 Die in Nr. 19.2.2 Satz 2 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach Nr. 15 des Leistungsverzeichnisses der Anlage 3 abgegolten.
- 19.3 Nach der Leistungsbeschreibung der Nr. 16 der Anlage 3 gilt als Krankheitsfall der Zeitraum eines Kalenderhalbjahres.

19a. Neuropsychologische Therapie

- 19a.1 Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie geistiger (kognitiver) und seelischer (emotional-affektiver) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biographischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (zum Beispiel Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit des oder der Hirngeschädigten oder Hirnerkrankten).
- 19a.3 ¹Da in der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte für die Abrechnung der ambulanten neuropsychologischen Therapie keine eigenständige Gebührensnummer enthalten ist, ist eine Abrechnung nur unter der Bildung analoger Gebühren möglich (§ 6 Abs. 2 GOÄ). ²Hierfür kommen insbesondere die Nrn. 849, 860, 870, 871 der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte in Betracht. ³Aufwendungen für eine Behandlungseinheit als Einzelbehandlung sind bis zur Höhe des Betrages entsprechend der Nr. 870 der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig.

20. Komplextherapien

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

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

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

21.1.1 ¹Die Anlage 4 enthält Oberbegriffe von Hilfsmitteln, die mehrere Ausführungen erfassen können. ²Angesichts der Vielzahl von Produkten und deren zum Teil herstellereigenspezifischen Bezeichnungen muss in jedem Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob ein Hilfsmittel unter einen der Oberbegriffe der Anlagen 4 subsumiert werden kann. ³Zur innerdienstlichen Orientierungs- und Entscheidungshilfe kann auf ein vom Ministerium der Finanzen Rheinland-Pfalz zur Verfügung gestelltes internes Hilfsmittelverzeichnis (<https://fm.rlp.de/de/themen/verwaltung/finanzielles-dienstrecht/beihilfe/hilfsmittelverzeichnis/>) zurückgegriffen werden. ⁴Maßgebliche Rechtsgrundlage für die Beihilfefestsetzung sind jedoch die in § 21 enthaltenen Vorgaben.

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

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

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

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

22. Aufwendungen für Sehhilfen, sonstige visusverbessernde Maßnahmen

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

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

24. Häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

24.1.1 ¹Die Häusliche Krankenpflege erfasst die Bereiche

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

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

24.1.2 ¹Häusliche Krankenpflege wird im Haushalt der beihilfeberechtigten Person oder deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder sonstigen Personen erbracht. ²Ferner sind Leistungen der Krankenpflege beihilfefähig, die an sonstigen Orten, an denen sich die erkrankte Person regelmäßig wiederkehrend aufhält und an denen die verordneten Maßnahmen erbracht

werden können, wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes an diesem Ort notwendig ist. ³Orte im Sinne des Satzes 2 sind insbesondere Schulen, Kindergärten, betreute Wohnformen oder Arbeitsstätten.

- 24.1.3 ¹Beihilfefähig sind Aufwendungen bis zu den von der AOK Bayern mit den Leistungserbringern vereinbarten Vergütungen. ²Bis zu dieser Höhe können auch die Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte oder eine von einer Ärztin bzw. einem Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft berücksichtigt werden. ³Erfolgt die Krankenpflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend zu mindern.
- 24.1.4 ¹Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem Alten- bzw. Seniorenwohnheim nicht wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft beihilfefähig. ²Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.
- 24.1.5 Als Aufgabe einer Beschäftigung gilt auch die vorübergehende Beurlaubung ohne Entgelt.

24a. Soziotherapie

- 24a.1.1 ¹Der soziotherapeutische Leistungserbringer koordiniert die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen und verordneter Leistungen für die zu behandelnde Person gemäß einem zu erstellenden soziotherapeutischen Betreuungsplan. ²Dies umfasst sowohl aktive Hilfe und Begleitung als auch Anleitung zur Selbsthilfe. ³Dabei soll der soziotherapeutische Leistungserbringer die zu behandelnde Person zur Selbständigkeit anleiten und sie so von der soziotherapeutischen Betreuung unabhängig machen.
- 24a.1.2 Aus der Verordnung muss die jeweilige Diagnose nach § 24a Abs. 1 Satz 3 erkennbar sein.
- 24a.2.1 Als Krankheitsfall gilt eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit bei einer der in § 24a Abs. 1 Satz 3 genannten Indikationen von bis zu drei Jahren.
- 24a.2.2 ¹Soziotherapie kann in Absprache von Arzt und Leistungserbringer in besonderen Fällen auch in gruppentherapeutischen Maßnahmen erbracht werden. ²Dabei kann die Gruppengröße je nach Zielsetzung einer Sitzung bis zu zwölf Teilnehmer umfassen. ³Bei gruppentherapeutischen Maßnahmen umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten.
- 24a.3 Beihilfefähig sind Aufwendungen bis zu den von der AOK Bayern mit den Leistungserbringern vereinbarten Vergütungen.

25. Familien- und Haushaltshilfe

- 25.1.1 ¹Der Umfang der Tätigkeit einer Familien- und Haushaltshilfe wird durch ärztliche Verordnung festgelegt. ²Fahrtkosten der Ersatzkraft sind nur von der nächstgelegenen Einrichtung beihilfefähig.
- 25.1.2 ¹Die Voraussetzungen des § 25 Abs. 1 sind auch erfüllt, wenn die den Haushalt führende Person aufgrund einer ärztlichen Bescheinigung als notwendige Begleitung einer beihilfeberechtigten Person oder einer berücksichtigungsfähigen Person zu einer beihilfefähigen stationären Maßnahme als Begleitperson in das Krankenhaus mit aufgenommen wird. ²Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind insbesondere dann beihilfefähig, wenn die den Haushalt führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung des wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. ³Dies gilt ferner auch für Nrn. 28.1.5.1 und 28.1.5.2 Satz 1.
- 25.2 Die Nr. 25.1.1 gilt entsprechend.
- 25.3 ¹Zu den Kosten der üblichen Haushaltsführung und Kinderbetreuung im Sinne des § 25 Abs. 3 Satz 1 zählen unter anderem Aufwendungen der Unterbringung von Kindern in Kindertagesstätten, Kindergärten, bei sonstigen Personen, die gegen Entgelt die Betreuung von Kindern übernehmen (Tagesmütter) sowie für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im hauswirtschaftlichen Bereich (zum Beispiel durch Zugehpersonal oder sonstige Dienstleister).

²Als Teil der allgemeinen Lebenshaltungskosten sind diese Kosten aus den Bezügen zu bestreiten.

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

26. Fahrtkosten

26.1 ¹Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. ²Abweichend von Satz 1 können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten der Eltern zum Besuch seines im Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach er 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 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.

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

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

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

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

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

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

27. Auswärtige ambulante Behandlungen

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

28. Krankenhausleistungen

28.1.1 ¹Voraussetzung für die Durchführung stationsäquivalenter Behandlung ist eine bestehende Indikation für eine stationäre Behandlung. ²Eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung umfasst eine komplexe, aufsuchende, zeitlich begrenzte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team im Lebensumfeld der zu behandelnden Person, wobei auch Teilleistungen genutzt werden können, die in der Klinik erbracht werden. ³Das multiprofessionelle Team umfasst psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte (mit Sicherstellung des Facharztstandards für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Nervenheilkunde) und der Gesundheits- und

Krankenhauspflege sowie zumindest einer der folgenden Berufe: Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter, Psychologinnen oder Psychologen, Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und oder Bewegungstherapeuten oder anderen Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten.

- 28.1.2 ¹Bei Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind bezüglich des Beihilfeanspruches und des Bemessungssatzes grundsätzlich die Verhältnisse am ersten Tag des Aufenthaltes maßgebend. ²Treten während des stationären Aufenthaltes Veränderungen ein, die Auswirkungen auf die Art und den Umfang des Beihilfeanspruches haben, ist abweichend von Satz 1 eine tagesanteilige Abrechnung vorzunehmen; der Entlassungstag ist hierbei nicht einzubeziehen.
- 28.1.3 ¹Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen. ²Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 % dieser Wahlleistung der jeweiligen Fachabteilung als Zweibettzimmerzuschlag beihilfefähig; Art. 96 Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 BayBG gilt entsprechend.
- 28.1.4 Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Fachabteilung als beihilfefähig anerkannt, das auf Grund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.
- 28.1.5 Bei der Bewertung der Unterbringungskosten von Begleitpersonen ist wie folgt zu differenzieren:
- 28.1.5.1 Erfolgt die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung noch nach den Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), ist die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, durch den Pflegesatz nach der Bundespflegesatzverordnung abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig.
- 28.1.5.2 ¹Werden Krankenhausbehandlungen nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) abgerechnet, kann für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG), auf der Basis des § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) ein Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen verrechnet werden; dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind. ²Entsprechende Kosten sind bis zu der vereinbarten Höhe für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes beihilfefähig. ³Die Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG wird im Internet veröffentlicht (zum Beispiel auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes unter Startseite > Krankenversicherung > Krankenhäuser > Abrechnung > Zu, Abschläge, Auswahlfeld „Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen“, https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/zu_abschlaege/zu_abschlaege.jsp). ⁴Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig.
- 28.1.6 ¹Nach § 8 Abs. 2 KHEntgG dürfen zusätzlich zu einer Fallpauschale Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge sowie sonstige festgelegte Entgelte berechnet werden. ²Eine Aufstellung der aktuellen Zuschläge ist auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes abrufbar (Startseite > Krankenversicherung > Krankenhäuser > Abrechnung > Zu, Abschläge – https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/krankenhaeuser_abrechnung/zu_abschlaege/zu_abschlaege.jsp). ³Entsprechende Aufwendungen sind beihilfefähig.
- 28.1.7 Aufwendungen für eine in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ (§ 17 KHEntgG und § 16 BPfIV) für den Entlassungstag sind nicht beihilfefähig.
- 28.1.8 Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen (§ 18 KHEntgG, § 16 BPfIV) sind neben den wahlärztlichen Leistungen (§ 17 KHEntgG und § 16 BPfIV) beihilfefähig.
- 28.1.9 ¹Der Abzug der Eigenbeteiligung nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 Nr. 1 BayBG bei Inanspruchnahme von wahlärztlichen Leistungen ist nur für Tage vorzunehmen, für die dem Grunde nach die Inanspruchnahme von wahlärztlichen Leistungen vereinbart wurde. ²Hierzu sind der

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.

- 28.1.10 ¹Vor-, nach- sowie teilstationär erbrachte wahlärztliche Leistungen unterliegen nicht der Eigenbeteiligung nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 Nr. 1 BayBG. ²Dies gilt auch für belegärztliche Leistungen (§ 18 KHEntgG, § 16 BPfIV).
- 28.1.11 ¹Die Eigenbeteiligung für wahlärztliche Leistungen pro Aufenthaltstag im Krankenhaus kann bei allen stationären Aufwendungen – auch bei der Krankenhausabrechnung – berücksichtigt werden. ²Werden wahlärztliche Leistungen von externen Dritten erbracht und vor Beendigung des stationären Krankenhausaufenthaltes in Rechnung gestellt, kann die Beihilfeabrechnung hierzu ohne Abzug einer Eigenbeteiligung durchgeführt werden. ³Die Sätze 1 und 2 gelten nicht im Fall der Direktabrechnung nach § 48 Abs. 4 Satz 2. ⁴Der Eigenbehalt nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 Nr. 1 BayBG ist hier erst bei der Geltendmachung der wahlärztlichen Leistungen zu berücksichtigen.
- 28.1.12 Eine gegebenenfalls erforderliche Begrenzung nach Art. 96 Abs. 2 Satz 2 BayBG in Verbindung mit § 47 Abs. 1 und 2 erfolgt vor Abzug der Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG.
- 28.1.13 Der Ansatz der Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG erfolgt nach Anwendung der persönlichen Bemessungssätze.
- 28.2 ¹Die Feststellung des jeweiligen Höchstbetrages erfolgt getrennt ist nach Kostenarten (allgemeine Krankenhausleistung, § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1; Wahlleistung Unterbringung, § 28 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2). ²Die von den Kliniken in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist grundsätzlich beihilfefähig und kann bis zum maßgebenden beihilfefähigen Höchstbetrag berücksichtigt werden. ³Die Nr. 28.1.12 gilt entsprechend.

29. Beihilfe bei Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen

- 29.1 Rehabilitationsleistungen, die stationär erbracht werden, unterliegen nicht der Eigenbeteiligung nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG.
- 29.2 ¹Von einem zeitlichen Zusammenhang kann grundsätzlich immer dann ausgegangen werden, wenn die Unterbrechung nicht länger als drei Wochen andauert. ²Bei einer längeren Unterbrechung kann dennoch von einem zeitlichen Zusammenhang ausgegangen werden, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen oder aufgrund der Auslastung der Einrichtung nicht innerhalb der Frist angetreten werden kann.
- 29.5.1 ¹Die ärztliche Bescheinigung (§ 29 Abs. 5 Satz 1) oder das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten (§ 29 Abs. 5 Satz 3) muss vor dem Beginn der Maßnahme erstellt worden sein. ²Darin sollen Angaben zur Einrichtung und zur Dauer der Maßnahme enthalten sein. ³Die Voraussetzungen nach § 29 Abs. 5 Satz 1 gelten bei Maßnahmen nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 auch dann als erfüllt, wenn die Kostenübernahmeerklärung zum Beispiel eines privaten Krankenversicherungsunternehmens, die auch Angaben über den Ort und die Dauer der Behandlung enthalten soll, vorgelegt wird.
- 29.5.2 ¹Liegen die Voraussetzungen des § 29 Abs. 5 Satz 2 nicht vor, ist die Möglichkeit einer Abrechnung nach § 30 Abs. 2 zu prüfen. ²Liegen auch die hierfür erforderlichen Voraussetzungen (§ 30 Abs. 6) nicht vor, sind nur die Aufwendungen nach §§ 8, 18 und 19 beihilfefähig.
- 29.5.3 Für den Anerkennungsbescheid nach § 29 Abs. 5 Satz 5 kann das Formblatt 8 (vergleiche Nr. 48.3.3, Anhang 4) verwendet werden.
- 29.6.1 Die Anwesenheit einer Begleitperson kann notwendig sein, wenn zum Beispiel
- a) aus schwerwiegenden psychologischen Gründen eine Trennung eines minderjährigen Kindes von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der stationären Rehabilitation gefährden würde oder

- b) wenn der Betroffene wegen einer schweren Behinderung (zum Beispiel Blindheit) einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann oder
 - c) während der stationären Rehabilitation eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.
- 29.6.2 Werden im Rahmen einer familienorientierten Rehabilitation für Begleitpersonen, die nach § 3 berücksichtigungsfähig sind, Leistungen nach §§ 8, 18 und 19 gesondert berechnet, sind diese Behandlungskosten den jeweiligen berücksichtigungsfähigen Angehörigen zuzuordnen.
- 29.6.3 ¹Der Schlussbericht (§ 29 Abs. 6 Satz 1 Nr. 4) soll bestätigen, dass eine stationäre Rehabilitation ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. ²Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.
- 29.6.4 ¹Führen beihilfeberechtigte Personen und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur gleichen Zeit und in derselben Einrichtung gemeinsam eine stationäre Rehabilitationsbehandlung durch, gelten gemeinsame Fahrten dorthin als eine Fahrt; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. ²Ist die zu behandelnde Person gehunfähig oder ähnlich in der Bewegung eingeschränkt oder bedarf er während der Fahrt einer medizinischen Überwachung, können bei der Anreise zu Maßnahmen nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 abweichend von § 29 Abs. 6 Satz 1 Nr. 5 Fahrtkosten für Fahrten nach § 26 Satz 1 Nr. 3 in sinngemäßer Anwendung von § 26 Satz 4 als beihilfefähig anerkannt werden.

30. Beihilfe bei Kuren

- 30.3.1 Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen dieser Maßnahme, die grundsätzlich stationär durchgeführt wird, setzt voraus, dass in der Bescheinigung nach § 30 Abs. 6 Satz 1 Nr. 4 oder Satz 2 Nr. 1 die Kurbedürftigkeit der Mutter bzw. des Vaters bestätigt wird.
- 30.3.2 ¹Für Kinder, die bei Mutter- oder Vater-Kind-Kuren in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter oder den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist (zum Beispiel Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter oder Vater und Kind wegen besonderer familiärer Verhältnisse oder des Alters des Kindes, wenn das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). ²Aufwendungen für das Kind nach Satz 1 sind dem behandelnden Elternteil zuzurechnen.
- 30.3.3 ¹Ist alleine das Kind behandlungsbedürftig, so handelt es sich nicht um eine Mutter- oder Vater-Kind-Kur. ²In diesem Fall ist eine stationäre Rehabilitation (§ 29 Abs. 4, 5 Satz 2 und 3) für das Kind zu beantragen.
- 30.3.4 ¹Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenkasse besteht. ²Sofern die entstandenen Aufwendungen in pauschalen Tagessätzen abgerechnet werden, sind auch die Kosten des nicht behandlungsbedürftigen Kindes in voller Höhe beihilfefähig. ³Nr. 30.3.2 Satz 2 gilt entsprechend.
- 30.4.1 Maßnahmen, die eine Dauer von 21 Tagen deutlich unterschreiten, gelten nicht als ambulante Heilkuren.
- 30.4.2 Das Heilkurortverzeichnis wird als Anhang 2 herausgegeben.
- 30.5.1 ¹Nrn. 29.6.1 und 29.6.2 gelten entsprechend. ²Liegen die erforderlichen Voraussetzungen (§ 30 Abs. 6) nicht vor, sind nur die Aufwendungen nach §§ 8, 18 und 19 beihilfefähig.
- 30.5.2 ¹Reisetage werden bei der Feststellung der Dauer der Kur nach § 30 Abs. 5 Satz 1 Nr. 7 nicht berücksichtigt. ²Eine Verlängerung einer Kur nach § 30 Abs. 1 Nr. 1 und 3 ist nicht beihilfefähig.
- 30.5.3 Bei der Mutter- oder Vater-Kind-Kur handelt es sich um eine einheitliche Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrtkosten (für die Hauptperson – Mutter oder Vater) nach § 30 Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.
- 30.6.1 Bei der Berechnung der Wartezeit nach Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 bleiben solche Kuren außer Betracht, für die keine Beihilfe nach Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 bis 7 gewährt wurde oder die aus zwingenden

Gründen (zum Beispiel stationäre Behandlung der beihilfeberechtigten Person oder deren berücksichtigungsfähiger Angehöriger, Todesfall eines Angehörigen) abgebrochen wurden.

- 30.6.2 ¹In der ärztlichen Bescheinigung (§ 30 Abs. 6 Satz 1 Nr. 4) oder dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten (§ 30 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1) soll die Einrichtung im Sinne des § 29 Abs. 1 oder der Kurort angegeben werden. ²Sie darf grundsätzlich nicht älter als vier Monate sein.
- 30.6.3 ¹Bei aktiven Bediensteten ist bei allen Formen von Kuren im Sinne des § 30 Abs. 1 eine amtsärztliche Begutachtung erforderlich. ²Bei Bediensteten in Altersteilzeit, die sich in der Freistellungsphase befinden, ist abweichend von § 30 Abs. 6 Satz 2 eine Prüfung, ob die Leistungsvoraussetzungen gegeben sind, nach den Vorgaben des § 30 Abs. 6 Satz 1 ausreichend. ³Dies gilt auch während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge im Sinne der Art. 89 und 99 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 BayBG.
- 30.6.4 § 30 Abs. 6 Satz 3 gilt entsprechend bei der erstmaligen Durchführung von Kuren bei Kindern im Vorschulalter.
- 30.6.5 Der Zeitraum nach § 30 Abs. 6 Satz 2 Nr. 3 beträgt vier Monate nach Bekanntgabe des Bescheides, soweit amtsärztlich nicht anderes bestimmt ist.
- 30.6.6 Aus der amtsärztlichen Bescheinigung muss hervorgehen, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen bereits ausgeschöpft oder wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind.
- 30.6.7 Für den Anerkennungsbescheid nach § 30 Abs. 6 Satz 2 kann das Formblatt 9 (vergleiche Nr. 48.3.3, Anhang 4) verwendet werden.

31. Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

- 31.1.1 ¹Die Beihilfefähigkeit umfasst Aufwendungen für körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung bei Vorliegen einer Pflegedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI. ²Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 24 beihilfefähig.
- 31.2.1 Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und zum Verfahren siehe § 40 sowie die Nr. 40.
- 31.2.2 ¹Die Beschäftigung und Betreuung zum Beispiel in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung ist keine Pflege im Sinne des § 31 (vergleiche Art. 96 Abs. 2 Satz 6 BayBG). ²Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für Menschen mit Behinderung sind deshalb nicht beihilfefähig (vergleiche § 7 Abs. 4 Nr. 2). ³Ebenfalls nicht beihilfefähig sind mittelbare Folgekosten, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (zum Beispiel Fahrtkosten).
- 31.4 ¹Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist für die pflegebedürftige Person kostenfrei. ²Aufwendungen für eine Pflegeberatung werden der Festsetzungsstelle vom Träger der Pflegeberatung in Rechnung gestellt und sind direkt an diesen zu zahlen, wenn die Pflegeberatung für eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person erfolgte und die Voraussetzungen nach § 31 Abs. 4 Nr. 1 oder 2 erfüllt sind. ³Der nach § 7 Abs. 3 Satz 4 maßgebenden Pauschalbetrag pro Beratungsgespräch wird vom für Finanzen zuständige Staatsministerium bekanntgegeben. ⁴In Ausnahmefällen kann für eine beratungsbedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person die Pauschale mehrfach berechnet werden. ⁵In Zweifelsfällen ist eine unmittelbare Abklärung durch die Festsetzungsstelle mit der compass GmbH möglich.

32. Häusliche und teilstationäre Pflege

- 32.1.1 ¹Nach § 89 SGB XI werden Vergütungen der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe und der ergänzenden Unterstützungsleistungen für alle Pflegebedürftige nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. ²Aufwendungen für Pflegeeinsätze sind angemessen, soweit sie sich im Rahmen dieser Vergütungsvereinbarungen halten. ³Die jeweiligen pflegegradabhängigen Einsätze gelten als erbracht, soweit nicht § 32 Abs. 3 Anwendung findet. ⁴Fahrtkosten der

Pflegekraft sind nicht gesondert beihilfefähig. ⁵Investitionskosten, die von ambulanten Pflegediensten in Rechnung gestellt werden, sind nicht beihilfefähig (vgl. § 32 Abs. 1 Satz 2).

- 32.1.2 ¹Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einer der fünf Pflegegrade. ²Die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt durch die private oder soziale Pflegeversicherung oder durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten (§ 40).
- 32.1.3 ¹Bis zu den festgelegten Obergrenzen der beihilfefähigen Aufwendungen sind die Kosten einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung beihilfefähig. ²Stellt die teilstationäre Pflegeeinrichtung einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 % des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.
- 32.2.1 ¹Der Anspruch auf Pauschalbeihilfe setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person mit der Pauschalbeihilfe die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. ²Die Pauschalbeihilfe stellt kein Entgelt für erbrachte Pflegeleistungen dar.
- 32.2.2 Die Höhe der Pauschalbeihilfe ist abhängig von der Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade (vergleiche hierzu Nrn. 32.1.2 und 32.1.3).
- 32.2.3 ¹Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 28, einer stationären Rehabilitation nach § 29 oder in einer stationären Einrichtung im Sinne der §§ 36 und 37 für den Pflegebedürftigen geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. ²Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gewährt. ³Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 28) oder stationären Rehabilitation (§ 29). ⁴Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt oder einer stationären Rehabilitation (§ 29) beginnt die Vier-Wochen-Frist mit dem Aufnahmetag. ⁵Bei einem unmittelbaren Wechsel von einem akut-stationären Krankenhausaufenthalt in eine stationäre Rehabilitation liegt ein einheitlicher Unterbrechungszeitraum vor; die Vier-Wochen-Frist beginnt mit dem Aufnahmetag der stationären Krankenhausbehandlung zu laufen. ⁶Bei einer Kürzung setzt die Leistung mit dem Entlassungstag wieder ein.
- 32.2.4 Die zeitweise Abwesenheit des Pflegebedürftigen wegen des Besuchs eines Sonderkindergartens, einer Sonderschule, einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung unterbrechen die häusliche Dauerpflege nicht.
- 32.2.5 ¹Entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinne von § 32 Abs. 2 Satz 4 sind zum Beispiel solche nach § 35 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG), Art. 51 BayBeamtVG. ²Dies gilt nicht für Leistungen nach § 64a SGB XII.
- 32.2.6 ¹Erfolgt die eigenverantwortlich sichergestellte Pflege (Nr. 32.2.1 Satz 1) nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. ²Bei Kurzzeitpflege erfolgt keine Kürzung der Pauschalbeihilfe für den ersten und den letzten Tag der Inanspruchnahme einer Kurzzeitpflege (§ 34).
- 32.2.7 Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung siehe Nr. 48.4.2.
- 32.2.8 ¹Ist bei Personen im Sinne des § 32 Abs. 2 Satz 10 die Pflege im häuslichen Bereich (zum Beispiel an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, kann Beihilfe nach Maßgabe des § 33 oder des § 34 gewährt werden. ²Eine Anrechnung auf die Beihilfe nach § 37 ist nicht vorzunehmen. ³Sofern für die pflegebedürftige Person in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sichergestellt wird, kann eine Beihilfegewährung nach § 33 oder § 34 nicht erfolgen. ⁴Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit der Beihilfe zu den Aufwendungen nach § 37 abgegolten.
- 32.2.9 Bei vorübergehender Abwesenheit der pflegebedürftigen Person von der teilstationären Pflegeeinrichtung gelten die Vorgaben der Nr. 36.1.5 sinngemäß.
- 32.3.1 ¹Bei einer Kombination der Leistungen nach § 32 Abs. 1 und 2 ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auf der Basis des tatsächlich in Anspruch genommenen Betrags der Sachleistung im Verhältnis zum Höchstbetrag der Sachleistung nach § 36 Abs. 3 SGB XI auch für die Beihilfe maßgeblich. ²Zum

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

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

32.3.3 Beispiele:

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

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft		
30 % von 362 €	=	108,60 €
– zum Pflegegeld		
30 % von 158 €	=	47,40 €
Gesamt	=	156,00 €

b) Leistungen der Beihilfe

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

– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft		
70 % von 362 €	=	253,40 €
– Pauschalbeihilfe		
158 € abzüglich 47,40 € der privaten Krankenversicherung	=	110,60 €
Gesamt	=	364,00 €

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

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft		
50 % von 362 €	=	181,00 €
– zum Pflegegeld		
50 % von 158 €	=	79,00 €
Gesamt	=	260,00 €

b) Leistungen der Beihilfe

– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft in gleichem Wert der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (§ 31 Abs. 3)	=	181,00 €
– Pauschalbeihilfe		
50 % von 316 € = 158 € abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 79 €	=	79,00 €
Gesamt	=	260,00 €

- 32.3.4 Ist in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 38 SGB XI auf Grund der Ausschöpfung des Leistungsrahmens nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI nicht möglich, ist die Gewährung von Leistungen nach § 32 Abs. 3 ebenfalls ausgeschlossen.
- 32.5.1 Aufwendungen der teilstationären Pflege sind zusätzlich zu Aufwendungen nach den § 32 Abs. 1 bis 3 beihilfefähig, ohne dass eine Anrechnung auf diese Aufwendungen erfolgt.
- 32.5.2 ¹Kosten für Fahrten zur teilstationären Pflegeeinrichtung sind Bestandteil der mit der Pflegeeinrichtung geschlossenen Pflegesatzvereinbarungen und sind im Rahmen des jeweils maßgebenden Höchstbetrages nach § 32 Abs. 1 Satz 1 beihilfefähig. ²Sofern Fahrtkosten nicht in der Rechnung der Einrichtung enthalten sind und gesondert geltend gemacht werden, sind diese nach den Vorgaben des § 26 Satz 2 und 3 bei Fahrten von Angehörigen zu ermitteln oder die tatsächlichen Fahrtkosten bei Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu berücksichtigen und im Rahmen der Höchstbeträge nach § 32 Abs. 1 Satz 1 mit zu berücksichtigen.
- 32.6 ¹Beihilfen werden zu Aufwendungen für Beratungsbesuche gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilig Zuschüsse zahlt. ²Die Durchführung der Beratungen ist nach § 37 Abs. 4 SGB XI auch gegenüber der Festsetzungsstelle zu belegen. ³Der Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmt sich nach § 37 Abs. 3 SGB XI.
- 33. Verhinderungspflege**
- 33.1 ¹Beihilfen zu Aufwendungen für eine Verhinderungspflege können bis zum Erreichen des Höchstbetrages nach § 33 Abs.1 Satz 1 ohne eine Beiziehung der Entscheidung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. ²Die Gewährung von Beihilfeleistungen unter Nutzung der Übertragungsmöglichkeit des § 33 Abs. 1 Satz 2 sowie gegebenenfalls in Kombination mit Leistungen nach § 38, insbesondere für noch nicht genutzte Kontingente aus den Vorjahren, soll auf der Basis der jeweiligen Entscheidung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erfolgen.
- 33.2 ¹Ob die Pflegeperson mit dem Pflegebedürftigen verwandt oder verschwägert ist, richtet sich nach §§ 1589, 1590 BGB. ²Als notwendige Aufwendungen im Sinne des § 33 Abs. 2 Satz 2 gelten zum Beispiel Fahrtkosten der Pflegeperson.
- 34. Kurzzeitpflege**
- ¹Beihilfen zu Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege können bis zum Erreichen des Höchstbetrages nach § 34 Abs.1 Satz 1 ohne eine Beiziehung der Entscheidung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gewährt werden. ²Die Gewährung von Beihilfeleistungen unter Nutzung der Übertragungsmöglichkeit des § 34 Abs. 1 Satz 2 soll auf der Basis der jeweiligen Entscheidung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erfolgen.
- 35. Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds**
- 35.1 Werden Aufwendungen von Pflegehilfsmitteln von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nicht bezuschusst oder anerkannt, ist eine mögliche Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach § 21 zu prüfen.
- 35.2 Aufwendungen für Inkontinenzartikel sind im Rahmen des § 21 beihilfefähig.
- 36. Stationäre Pflege**
- 36.1.1 ¹Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Abs. 1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist. ²Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 SGB XI).
- 36.1.2 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind nicht beihilfefähig.
- 36.1.3 Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 SGB XI genannten Aufwendungen.

- 36.1.4 ¹Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim wegen Krankheit gelten die Aufwendungen für Betten- und Platzfreihaltegebühren für die Dauer der jeweiligen Abwesenheit, im Übrigen bis zu 42 Kalendertagen als Pflegeleistungen. ²Beihilfefähig sind die nach § 87a Abs. 1 Satz 7 SGB XI geminderten Beträge.
- 36.1.5 ¹Besteht der Anspruch auf Beihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat und werden die in § 36 Abs. 1 Satz 2 genannte beihilfefähigen Höchstbeträge nicht durch pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege ausgeschöpft, können bis zum Erreichen des jeweils maßgebenden beihilfefähigen Höchstbetrages auch Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten berücksichtigt werden. ²Zu darüber hinausgehenden Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten ist eine Beihilfegewährung nach den Vorgaben des § 36 Abs. 3 möglich.
- 36.2.1 ¹Beihilfeleistungen zu Anerkennungsbeträgen sind bei Nachweis entsprechender Leistungen der Pflegekasse oder der Pflegeversicherung auf Antrag des Beihilfeberechtigten unmittelbar an die Pflegeeinrichtung zu erbringen. ²Insoweit gelten die besonderen Voraussetzungen nach Nr. 48.6.5 als erfüllt.
- 36.2.2 Ab dem Zeitpunkt der Rückstufung des Pflegebedürftigen sind Beihilfeleistungen zu pflegebedingten Aufwendungen nach dem niedrigeren Pflegegrad zu gewähren.
- 36.2.3 Erfolgt vor Ablauf des Zeitraums nach § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB XI eine Höherstufung des Pflegebedürftigen, sind die zum Anerkennungsbetrag gewährten Beihilfeleistungen von der stationären Pflegeeinrichtung zurückzufordern.
- 36.3.1 Die in der Rechnung eines Pflegeheims ausgewiesenen Investitionskosten des tatsächlich belegten Zimmers sind der Beihilfefestsetzung im Sinne des § 36 Abs. 3 zugrunde zu legen.
- 36.3.2 ¹Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI, die im Vorfeld der Inanspruchnahme zwischen dem Heimträger und dem Pflegebedürftigen zu vereinbaren sind (§ 88 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 SGB XI) sind nicht beihilfefähig. ²Zusatzleistungen in diesem Sinne sind insbesondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung (zum Beispiel im Vergleich zu anderen Zimmern des Heimes besondere Größe, besondere Lage des Zimmers, gesonderte Verpflegung) sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Maßnahme.
- 36.3.3 Als Endgehalt der Besoldungsgruppe A 9 wird das Endgrundgehalt der Besoldungsgruppe A 9 zuzüglich des Familienzuschlags Stufe 1 und der Strukturzulage nach Art. 33 in Verbindung mit Anlage 4 BayBesG zugrunde gelegt; das für Finanzen zuständige Staatsministerium der Finanzen und für Heimat gibt den jeweiligen Betrag bekannt.
- 36.3.4 Das Einkommen ist vom Beihilfeberechtigten durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen.
- 36.3.4.1 ¹Dienstbezüge im Sinne des § 36 Abs. 3 sind die in Art. 2 Abs. 2 BayBesG genannten Bruttobezüge (Familienzuschlag ohne kinderbezogene Anteile) oder vergleichbare beamtenrechtliche Bezüge nach Bundes- oder Landesrecht; Versorgungsbezüge sind die in Art. 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 6 BayBeamVG genannten Bruttobezüge (mit Ausnahme des Unterschiedsbetrages nach Art. 69 Abs. 2 BayBeamVG), soweit nicht nach Art. 92 BayBeamVG (Versorgungsausgleich) geringere Versorgungsbezüge zustehen, oder vergleichbare beamtenversorgungsrechtliche Bezüge nach Bundes- oder Landesrecht. ²Unfallausgleich nach Art. 52 BayBeamVG, Unfallentschädigung nach Art. 62 BayBeamVG (auch wenn diese Leistungen im Rahmen der Unfallfürsorge bei einem Einsatzunfall nach Art. 65 BayBeamVG 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 Versorgungsbezügen zugrunde zu legen.
- 36.3.4.2 Renten sind mit ihrem Zahlbetrag zu berücksichtigen; dies ist bei Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Betrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses und vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt.

- 36.3.4.3 ¹Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt. ²Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) bleiben außer Ansatz.
- 36.3.4.4 Bei Halbweisen, die sich am 31. Dezember 2006 bereits in stationärer Pflege befanden und Beihilfeleistungen nach § 9 Abs. 7 der Beihilfevorschriften des Bundes in der am 31. Dezember 2006 geltenden Fassung erhielten, ist anstelle des Eigenanteils nach § 36 Abs. 3 Satz 3 weiterhin nach den Vorgaben des § 9 Abs. 7 Satz 6 Nr. 3 der Beihilfevorschriften des Bundes in der am 31. Dezember 2006 geltenden Fassung zu verfahren, solange die Notwendigkeit für eine dauernde Unterbringung fortbesteht.
- 36.3.5 Berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinne des § 36 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 bis 3 sind
- a) Personen, die nach § 3 Abs. 1 und 2 zu berücksichtigen oder nach § 5 Abs. 3 nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind,
 - b) Kinder, die nach Art. 96 Abs. 1 Satz 3 BayBG nicht zu berücksichtigen sind, weil sie einen eigenständigen Anspruch auf Beihilfe und auf Heilfürsorge haben.
- 36.3.6 Bei gleichzeitiger stationärer Pflege der beihilfeberechtigten Person und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen ist eine Aufteilung des einkommensabhängigen Eigenanteils nach § 36 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 zu gleichen Teilen nach der Zahl der stationär gepflegten Personen vorzunehmen.
- 36.3.7 Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; Art. 96 Abs. 3 Satz 2 und 3 BayBG sowie § 46 Abs. 3 und 5 finden keine Anwendung.
- 36.3.8 Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung siehe Nr. 48.4.2.

37. Vollstationäre Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung

- 37.1 ¹Beihilfefähig sind 15 % der nach Teil 2 Kapitel 8 des SGB IX vereinbarten Vergütung, höchstens 266 € monatlich. ²Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen zu Hause gepflegt und betreut werden, anteilige Pauschalbeihilfe gewährt, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.
- 37.2 Bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, die ausnahmsweise eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen und anderen geeigneten Einrichtungen erhalten, erfolgt die Abrechnung ausschließlich nach § 34 Abs. 2.

38. Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag

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

39. Palliativversorgung

- 39.1 Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle, und zielt darauf ab, die Betreuung in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.
- 39.2.1 Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativmedizinisch, das heißt leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. ²Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit der mindestens einer gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen haben.
- 39.2.2 In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen werden, wenn auf Grund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist.

40. Festsetzungsverfahren bei pflegebedingten Aufwendungen

- 40.1 Dem Antrag auf Beihilfe ist ein Nachweis über die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 Satz 3 SGB XI beizufügen.
- 40.2 ¹Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung stellt deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit, den Pflegegrad sowie den Leistungsbeginn fest (gesetzliche Verpflichtung). ²Diese Feststellung ist auch für die Festsetzungsstelle maßgebend und dieser vom Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (zum Beispiel Abschrift des Gutachtens, gegebenenfalls schriftliche Leistungszusage der Versicherung). ³Ohne einen derartigen Nachweis ist diesbezüglich eine Bearbeitung des Antrages nicht möglich (vergleiche Art. 22 BayVwVfG). ⁴Der Zeitpunkt der Beantragung von Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gilt als Zeitpunkt des Antrags auf entsprechende Beihilfeleistungen.
- 40.3 ¹Besteht keine Pflegeversicherung, ist durch die Beihilfestelle ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad vorzulegen.
- 40.4 ¹Erhebt die beihilfeberechtigte Person gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, der von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegegrad sei zu niedrig, ist die Entscheidung über den Widerspruch bis zum Eintritt der Unanfechtbarkeit der Feststellung der sozialen oder privaten Pflegeversicherung auszusetzen. ²Danach ist unter Berücksichtigung der Feststellung der Pflegeversicherung über den Widerspruch zu entscheiden.

41. Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

- 41.1.1 Folgende Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind zu beachten (abrufbar unter www.g-ba.de > Startseite > Richtlinien):
- die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. Juni 2009 in der jeweils geltenden Fassung,
 - die Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. Juni 2015 in der jeweils geltenden Fassung,
 - die Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 26. Juni 1998 in der jeweils geltenden Fassung.
 - die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19. Dezember 2019 in der jeweils geltenden Fassung.
- 41.1.2 Zusätzlich zu den in der Nr. 41.1.1 genannten Vorsorgeleistungen sind folgende Früherkennungsuntersuchungen beihilfefähig:
- U 10 bei Personen, die das siebte, aber noch nicht das neunte Lebensjahr vollendet haben,
 - U 11 bei Personen, die das neunte, aber noch nicht das elfte Lebensjahr vollendet haben,
 - J 2 bei Personen, die das 16., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben.
- 41.5 Bei ausbildungsbedingten, vorübergehenden Auslandsaufenthalten sind auch besondere Impfungen, deren Durchführung vor einem Aufenthalt in bestimmten Regionen von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen wird, beihilfefähig.

42. Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

- 42.1 ¹Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) vom 10. Dezember 1985 in der jeweils geltenden Fassung zugrunde gelegt. ²Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
- 42.2 Leistungsabrechnungen von Hebammen richten sich nach den jeweiligen Verordnungen der Bundesländer über die Gebühren für Leistungen der Hebammen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, in dem die Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige ihren Wohn- oder Aufenthaltsort hat.

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

43. Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Kontrazeption

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

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

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

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

43.1.5 ¹Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für heterologe Insemination und heterologe In-vitro-Fertilisation. ²Bezüglich der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach einer vorangegangenen Sterilisation, vergleiche Nr. 43.3.

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

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

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

44. Sonstige Aufwendungen

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

45. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

- 45.1.1 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe gültigen EZB-Referenzkurs (<https://bankenverband.de/service/waehrungsrechner/>) auf zwei Dezimalstellen nach dem Komma gerundet umzurechnen.
- 45.1.2 ¹Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 550 € ist eine Übersetzung beizufügen. ²Bis 550 € sind kurze Angaben der beihilfeberechtigten Person über Art und Umfang der Behandlung ausreichend.
- 45.1.3 ¹Für die beihilfefähigen Aufwendungen von beihilfeberechtigten Personen und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb von Deutschland gilt als Wohnort
- a) bei Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,
 - b) bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienort.
- ²Dies gilt nicht, soweit die besonderen Bestimmungen nach § 45 Abs. 4 anzuwenden sind.
- 45.1.4 ¹Aufwendungen für Behandlungen in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. ²Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 29 Abs. 4 bis 6, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 28 medizinisch indiziert ist. ³In diesem Fall sind die Aufwendungen ohne Begrenzung des § 28 Abs. 2 Satz 1 beihilfefähig, Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 3 Satz 7 BayBG sind zu beachten.
- 45.1.5 Befindet sich ein Heimdialysepatient vorübergehend aus privaten Gründen im außereuropäischen Ausland, sind abweichend von § 45 Abs. 1 Satz 4 die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.
- 45.1.6 ¹§ 45 Abs. 1 Satz 4 ist bei ausbildungsbedingten, vorübergehenden Auslandsaufenthalten nicht anzuwenden; dies gilt auch in den Fällen, in denen zum Beispiel das Hauptstudium im Ausland durchgeführt wird. ²Die Beihilfeabrechnung erfolgt auf Grundlage des § 45 Abs. 1 Satz 1 bis 3. ³Entsprechendes gilt für beihilfeberechtigte Personen und deren berücksichtigungsfähige Angehörige mit Hauptwohnsitz im Ausland.
- 45.1.7 Ob das Land des vorübergehenden Aufenthalts dem Kontinent Europa zuzuordnen ist, ist nach der üblichen geographischen Klassifizierung zu bewerten; nicht erfasst werden danach die in Asien liegenden Gebiete von Russland und der Türkei.
- 45.1.8 ¹Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist die Durchführung eines Kostenvergleichs nicht erforderlich. ²Beihilfefähige Höchstbeträge und Ausschlüsse sind jedoch zu beachten.
- 45.2 Bezüglich der nach § 45 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 erforderlichen Bewertung der Kosten je Krankheitsfall ist auf den einzelnen Beleg abzustellen.
- 45.3 Das Heilkurortverzeichnis wird vom für Finanzen zuständigen Staatsministerium als Anhang 3 herausgegeben.

46. Bemessung der Beihilfen

- 46.1 Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (§ 7 Abs. 2).
- 46.2.1 ¹Nr. 46.1 gilt entsprechend. ²Der nach Art. 96 Abs. 3 Satz 3 Halbsatz 2 BayBG erhöhte Bemessungssatz ist für alle Aufwendungen zugrunde zu legen, die während des Zeitraums der Zahlung des erhöhten Familienzuschlages entstanden sind oder entstanden wären, wenn ein Familienzuschlag zustünde (§ 3 Abs. 1 Nr. 2).
- 46.2.2 Entfällt die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nur aufgrund des Umfangs der Erwerbstätigkeit in der weiteren Ausbildung (vergleiche § 3 Abs. 2), wird der erhöhte

Bemessungssatz bis zum Abschluss der weiteren Ausbildung, längstens jedoch bis zum Ablauf des Monats, in dem das entsprechende Kind das 21. bzw. 25. Lebensjahr vollendet, weitergewährt.

- 46.2.3 Nr. 3.2.2 gilt entsprechend.
- 46.2.4 Nr. 5.6.2 gilt entsprechend.
- 46.3.1 Die Regelungen des Abs. 3 gelten nur für die in Art. 96 Abs. 2 Satz 5 BayBG genannten Leistungen.
- 46.3.2 ¹Nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören Selbstbehalte nach speziellen Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel Tarife mit Selbstbehalten). ²Diese Selbstbehalte sind neben den gewährten Zuschüssen anzurechnen.
- 46.4 ¹Die Aufwendungen zur Versorgung eines gesunden Neugeborenen im Krankenhaus (Fallpauschalen P66D, P67D oder P67E und Wahlleistungen im Sinne von § 28 Abs. 1 Satz 2) gelten als Aufwendungen der Mutter und sind mit deren Bemessungssatz beihilfefähig (§§ 46 Abs. 4 Nr. 4 in Verbindung mit § 42 Nr. 5 und § 28). ²Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG sind lediglich für die Mutter abzuziehen.
- 46.5.1 ¹Eine ausreichende Versicherung im Sinne des § 46 Abs. 5 liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt, das heißt zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen weitgehend deckt. ²Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. ³Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. ⁴Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis, bei Eheschließung sowie Geburt eines Kindes abgeschlossen wird. ⁵Wird in diesem Zusammenhang die Möglichkeit des Zugangs zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zu den Bedingungen der Öffnungsaktion gegebenenfalls unter Ansatz eines begrenzten Risikozuschlages (Nr. 46.5.2 Satz 1) nicht genutzt, entfällt die Erhöhung des Bemessungssatzes.
- 46.5.2 ¹Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. ²Ein Leistungsausschluss liegt unter anderem dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (zum Beispiel Suchtkrankheiten, vorübergehende Pflegebedürftigkeit, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. ³Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.
- 46.5.3 ¹Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. ²Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil zum Beispiel ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.
- 46.5.4 Abs. 5 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach §§ 31 bis 39.

47. Begrenzung der Beihilfen

- 47.1 ¹Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefassten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung sowie vergleichbaren Leistungen gegenüberzustellen. ²Das beamtenrechtliche Sterbegeld nach Art. 33 Abs. 3 und Art. 57 Abs. 1 BayBeamtVG bleibt hiervon unberührt. ³Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in §§ 8 bis 44 näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen

oder Einschränkungen hinausgehen (zum Beispiel Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnungen übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen für nicht verordnete Arznei-, Verbandmittel und Medizinprodukte, für Mittel nach § 18 Satz 4 sowie die nach § 7 Abs. 5 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Aufwendungen.

- 47.2.1 ¹Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag – etwa für die einzelnen Positionen – die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. ²Vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen, ausgenommen solche nach §§ 29 bis 39, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. ³Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.
- 47.2.2 ¹Der Nachweis, dass Versicherungsleistungen auf Grund des Versicherungsvertrages nach einem Vomhundertsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. ²Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. ³Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.
- 47.2.3 Übersteigt der Betrag der nach Art. 96 Abs. 3 Satz 2 und 3 BayBG sowie § 46 errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung sowie vergleichbare Leistungen den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.
- 47.2.4 Zur Ausgleichsfähigkeit der Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG im Rahmen der 100 %-Begrenzung vergleiche Nr. 28.1.11.
- 47.3.1 Art. 96 Abs. 3 Satz 5 BayBG findet keine Anwendung auf Harn- und Blutteststreifen sowie auf bei ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlungen verbrauchte Arznei- und Verbandmittel, die als Auslagen abgerechnet werden (vergleiche § 10 GOÄ).
- 47.3.2 ¹Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Art. 96 Abs. 3 Satz 5 BayBG ist der Apothekenabgabepreis der jeweiligen Packung (Einheit) des verordneten Arznei- und Verbandmittels oder der Abgabepreis von Medizinprodukten im Sinne der Nr. 18.1. ²Steht die ärztlich verordnete Menge nicht als Packungseinheit zur Verfügung und erfolgt deshalb die Abgabe in mehreren Teilpackungen, ist die Eigenbeteiligung nach Satz 1 nur einmal in Abzug zu bringen. ³Die Abzugsbetragsregelung gilt – unabhängig vom Bezugsweg – auch für Arznei- und Verbandmittel aus Versandapotheken.
- 47.3.3 ¹Für Arzneimittel, die Schwangere aufgrund ihrer Schwangerschaft benötigen, fallen nach Art. 96 Abs. 3 Satz 6 Nr. 3 BayBG keine Eigenbeteiligungen an. ²Im Gegensatz hierzu sind bezüglich der Aufwendungen für Arzneimitteltherapien ohne direkte Kausalität zur Schwangerschaft (unter anderem Arzneimittel zur Behandlung von Erkrankungen, an denen Schwangere bereits vor der Schwangerschaft litten, Antibiotikatherapie bei einer bakteriellen Mittelohrentzündung und Ähnliches) Eigenbehalte nach Art. 96 Abs. 3 Satz 5 BayBG auch bei Schwangeren zu berücksichtigen. ³Zum Nachweis der Voraussetzungen des Art. 96 Abs. 3 Satz 6 Nr. 3 BayBG ist in geeigneter Weise eine entsprechende Kennzeichnung des verordneten Arzneimittels durch die verschreibende Ärztin bzw. den verschreibenden Arzt erforderlich.
- 47.4.1 Bei der Prüfung, ob die Belastungsgrenze von 2 % oder 1 % überschritten ist, sind die tatsächlich bei der Beihilfefestsetzung berücksichtigten Eigenbeteiligungen des Beihilfeberechtigten und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten bzw. Lebenspartners zusammen zu zählen, sofern keine Freistellung nach Art. 96 Abs. 3 Satz 6 Nr. 2 BayBG vorliegt.
- 47.4.2 ¹Maßgebend für die Feststellung des Einkommens nach § 47 Abs. 4 Satz 2 sind die in Art. 96 Abs. 3 Satz 7 BayBG genannten Dienst- oder Versorgungsbezüge sowie die genannten Renten des Beihilfeberechtigten. ²Entsprechende sowie sonstige Einkommen des Ehegatten bzw. des Lebenspartners bleiben bei der Feststellung des individuellen Belastungsgrenzbetrages unberücksichtigt; dies gilt bei Witwen, Witwern und überlebenden Lebenspartnern auch für Renten, die auf eigenständigen, unmittelbaren Ansprüchen der Witwe, des Witwers bzw. des überlebenden Lebenspartners beruhen.

- 47.4.2.1 ¹Auf der Basis der Januarbezüge und -renten (vergleiche Nr. 47.4.2) eines Kalenderjahres ist nach § 47 Abs. 4 Satz 1 ein fiktives Jahresgehalt (Multiplikationsfaktor 12) zu ermitteln; sofern nur ein Anspruch auf Bezüge für einen Teilmonat besteht (Art. 4 Abs. 2 BayBesG), ist von den fiktiven vollen Monatsbezügen auszugehen. ²Art. 6 BayBesG ist zu beachten. ³Veränderungen der Höhe der Bezüge, die während des laufenden Kalenderjahres eintreten, bleiben unberücksichtigt; dies gilt auch bezüglich einer ehedem-, lebenspartner- und kinderbezogenen Minderung der individuellen Höchstgrenze nach § 47 Abs. 4 Satz 4 bis 6.
- 47.4.2.2 Beginnt das Beamtenverhältnis erst im Lauf eines Kalenderjahres, ist nach § 47 Abs. 4 Satz 2 anhand des Bezügeanspruchs im Monat der Ernennung die individuelle Höchstgrenze zu ermitteln; Nr. 47.4.2.1 gilt entsprechend.
- 47.4.2.3 ¹Die Nrn. 47.4.2.1 und 47.4.2.2 gelten sinngemäß für eigenständige Beihilfeansprüche von Hinterbliebenen (§ 47 Abs. 4 Satz 3). ²Auf Grund des Art. 32 BayBeamtVG ist der Monat der erstmaligen Gewährung von Hinterbliebenenbezügen maßgebend.
- 47.4.3 ¹Personen, für die nach Art. 96 Abs. 3 Satz 6 Nr. 2 BayBG keine Eigenbeteiligungen anfallen, werden bei der Prüfung, ob die Belastungsgrenze von 1 % maßgebend ist, nicht berücksichtigt. ²Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige Kinder.
- 47.4.4 Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal einer ärztlichen Behandlung bedarf und gleichzeitig eines der folgenden Merkmale erfüllt:
- 47.4.4.1 Es liegt eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3, 4 oder 5 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- 47.4.4.2 Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) nach §§ 152, 153 Abs. 2 SGB IX oder ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) nach § 30 Abs. 1 BVG in Verbindung mit der Versorgungsmedizin-Verordnung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach § 56 Abs. 2 SGB VII von mindestens 60 % vor, wobei die genannten Einschränkungen zumindest auch durch die Krankheit nach Nr. 47.4.4 begründet sein müssen.
- 47.4.4.3 Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (zum Beispiel ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die auf Grund der Krankheit nach Nr. 47.4.4 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.
- 47.4.4.4 ¹Werden die Voraussetzungen nach Nrn. 47.4.4.1 bis 47.4.4.3 nicht erfüllt, liegt keine nach der Bayerischen Beihilfeverordnung berücksichtigungsfähige „chronische Krankheit“ vor. ²Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. ³Die beihilfeberechtigte Person muss durch geeignete Nachweise darlegen (zum Beispiel ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. ⁴Das weitere Vorliegen einer chronischen Erkrankung ist in geeigneter Weise zu überwachen. ⁵Dies ist nicht erforderlich, soweit auf Grund der Art der Erkrankung ein Wegfall des chronischen Krankheitszustands nicht zu erwarten ist.
- 47.4.5 ¹Bei beihilfeberechtigten Personen und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, deren Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung durch einen Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden, ist bei Berechnung der Belastungsgrenze nur der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung maßgebend. ²Dies gilt gleichermaßen auch für Sozialhilfeempfänger außerhalb dieser Einrichtungen.
- 47.5.1 Die Nrn. 47.4.2.1 und 47.4.2.2 gelten sinngemäß auch im Fall der Rückkehr aus einer Beurlaubung (§ 47 Abs. 5 Satz 2) oder wenn wegen disziplinarischer Maßnahmen keine Bezüge zustehen.
- 47.5.2 Wird im Rahmen der Zuordnung bereits einbehaltener Eigenbeteiligungen nach § 47 Abs. 5 Satz 1 eine Überschreitung der individuellen Belastungsobergrenze des verwitweten Ehegatten bzw. des überlebenden Lebenspartners festgestellt, erfolgt eine Freistellung für das verbleibende Kalenderjahr; eine Erstattung des die individuellen Belastungsobergrenze von Hinterbliebenen

übersteigenden Differenzbetrages erfolgt nicht, da aus dem Beihilfeanspruch der Hinterbliebenen tatsächlich keine Eigenbeteiligungen einbehalten wurden.

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

48. Verfahren

- 48.1.1 Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung mehr, sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach § 7 Abs. 2 erfüllt waren.
- 48.1.2 ¹Beihilfen sind bei einer Antragstellung in Papierform mit den Formblättern 7a und 7b im Anhang 4 zu beantragen; dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 93 SGB XII. ²Bei einer Anwendung von Vordrucken nach § 48 Abs. 1 Satz 2 sind die Bestimmungen des Datenschutzes zu beachten.
- 48.1.3 Eine Zusammenstellung der Formblätter 1 bis 11 ist im Anhang 4 enthalten.
- 48.1.4 ¹Antragsberechtigt ist nur die beihilfeberechtigte Person selbst. ²Bei getrennt lebenden Ehegatten bzw. Lebenspartnern kann ausnahmsweise der berücksichtigungsfähige Ehegatte bzw. Lebenspartner nach Absprache unter den Beteiligten und im Benehmen mit der Festsetzungsstelle der beihilfeberechtigten Person die ihn betreffenden Belege gegebenenfalls mit der ausgefüllten Zusammenstellung der Aufwendungen unmittelbar der Festsetzungsstelle zuleiten. ³Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige, volljährige Kinder, die nicht im Haushalt der beihilfeberechtigten Person wohnen. ⁴In diesen Fällen hat die beihilfeberechtigte Person bei der Stellung seines Beihilfeantrages hierauf in geeigneter Weise Bezug zu nehmen.
- 48.2 Bei der Geltendmachung von stationären Krankenhausleistungen ist die Entlassungsanzeige des Krankenhauses vorzulegen.
- 48.3.1 Belege können in Papierform oder bei einer elektronischen Antragstellung in Dateiform übermittelt werden.
- 48.3.2 ¹Belege, zu deren Aufwendungen Beihilfeleistungen aufgrund individueller Kürzungen nicht in der beantragten Höhe gewährt wurde, sind im Hinblick auf Art. 39 Abs. 1 BayVwVfG stets in Papier- oder Dateiform zurückzugeben. ²Dies gilt nicht bei Minderungen aufgrund von Eigenbehalte nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 und Abs. 3 Satz 5 BayBG sowie bei Minderungen nach § 14 (Art. 39 Abs. 2 Nr. 4 BayVwVfG).
- 48.4.1 ¹Soweit ein Krankenhaus, eine stationäre Rehabilitationseinrichtung oder eine Dialyseinstitution auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung auf Vorauszahlungen nicht verzichtet, können auf Antrag der beihilfeberechtigten Person Abschlagszahlungen geleistet werden. ²Für die Beantragung kann das Formblatt 10 (Nr. 48.1.3) verwendet werden.
- 48.4.2 Im Fall der Direktabrechnung von stationären Krankenhausbehandlungen im schriftlichen Verfahren ist Folgendes zu beachten:
- 48.4.2.1 ¹Die jeweiligen Rechtsbeziehungen zwischen der beihilfeberechtigten Person und dem Beihilfeträger und die der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zum Krankenhaus bleiben unberührt. ²Seitens der Beihilfestelle erfolgt weder ein Schuldbeitritt noch eine Schuldübernahme.
- 48.4.2.2 ¹Gegebenenfalls erforderliche Klärungen von Unstimmigkeiten oder Fehlern in der Rechnung sowie die Anforderung fehlender abrechnungsrelevanter Unterlagen soll im Vorfeld der Beihilfefestsetzung zwischen der Beihilfestelle und dem Krankenhaus erfolgen. ²Gelingt dies nicht, sind eventuelle Rechtsstreitigkeiten nach der Beihilfefestsetzung zwischen der behandelten Person und dem Krankenhaus zu klären.
- 48.4.2.3 ¹Erfasst werden nur Krankenhäuser, die nach § 108 SGB V zugelassen sind (§ 28 Abs. 1) und auch nur dann, wenn sie der Rahmenvereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) beitreten. ²Dies kann sowohl generell durch ausdrücklichen Beitritt als auch im jeweiligen einzelnen Behandlungsfall durch bloße Übersendung des Beihilfeantrags an die Beihilfestelle

zur Direktabrechnung erfolgen. ³Beihilfeberechtigten Personen, die eine Direktabrechnung wünschen, ist zu empfehlen, wenn möglich im Vorfeld der Behandlung individuell zu klären, ob das behandelnde Krankenhaus am Direktabrechnungsverfahren teilnimmt.

- 48.4.2.4 Beihilfeleistungen zu Aufwendungen für Behandlungen in Privatkliniken oder Kliniken im Ausland können nur im Rahmen der in § 48 Abs. 1 genannten Antragsmöglichkeiten beantragt werden.
- 48.4.2.5 ¹Die Krankenhausdirektabrechnung erfasst beihilfefähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen und gegebenenfalls Wahlleistungen für gesonderte Unterkunft sowie wahlärztliche Leistungen, wenn diese ausnahmsweise in der Krankenhausrechnung mit liquidiert werden, finden die Regelungen zur Direktabrechnung auch Anwendung. ²Nicht beihilfefähige Leistungen, insbesondere für eine gesonderte Unterbringung, sowie Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 BayBG müssen weiterhin von der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person unmittelbar dem Krankenhaus erstattet werden.
- 48.4.2.6 Das Abrechnungsverfahren gliedert sich in die drei Teilschritte:
1. Aufnahmeverfahren im Krankenhaus,
 2. Übermittlung der Rechnung und anderer Unterlagen durch das Krankenhaus an die Festsetzungsstelle und
 3. Beihilfezahlung unmittelbar an das Krankenhaus.
- 48.4.2.7 ¹Das Direktabrechnungsverfahren beginnt mit der Stellung eines Antrags auf Direktabrechnung (Formblatt 11 im Anhang 4). ²Nach der Behandlung sendet das Krankenhaus den Antrag zusammen mit der Rechnung an die Beihilfestelle. ³Nach Prüfung der Rechnung wird der Rechnungsbetrag in Höhe der Beihilfe durch die Beihilfestelle an das Krankenhaus überwiesen. ⁴Die beihilfeberechtigte Person erhält einen abschließenden Bescheid.
- 48.4.2.8 ¹Ist die Durchführung einer Direktabrechnung nicht möglich, erhält die beihilfeberechtigte Person einen entsprechenden Ablehnungsbescheid, dessen Inhalt auch dem Krankenhaus mitgeteilt wird. ²In diesem Fall ist dann das übliche Beihilfeverfahren zu beschreiten. ³Beihilfeleistungen können in diesem Fall nur im Rahmen der in § 48 Abs. 1 genannten Antragsmöglichkeiten beantragt werden.
- 48.4.3 ¹In den Fällen des § 32 Abs. 2 und § 36 kann auf Antrag und für die Dauer von jeweils bis zu zwölf Monaten monatlich ein Abschlag auf die Beihilfe gezahlt werden. ²Danach ist die Beihilfe unter Berücksichtigung möglicher Unterbrechungszeiten (Nr. 32.2.3) endgültig festzusetzen.
- 48.6.1 Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des Art. 32 BayVwVfG vorliegen.
- 48.6.2 ¹Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, kann er auf Grund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 93 SGB XII einen Beihilfeanspruch geltend machen. ²Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er der beihilfeberechtigten Person zusteht, auf den Sozialhilfeträger über. ³Eine Überleitung nach § 93 SGB XII ist rechtlich nur zulässig, wenn Aufwendungen für die beihilfeberechtigte Person selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für seinen nicht getrennt lebenden Ehegatten bzw. Lebenspartner oder für seine berücksichtigungsfähigen minderjährigen unverheirateten Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) entstanden sind. ⁴In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und gegebenenfalls Anfechtungsklage zu erheben.
- 48.6.3 ¹Leitet der Sozialhilfeträger nicht über, sondern nimmt die beihilfeberechtigte Person nach § 19 Abs. 5 SGB XII im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur die beihilfeberechtigte Person den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Sozialhilfeträger ist zulässig. ²Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Sozialhilfeträger ist ausgeschlossen (vergleiche § 1 Abs. 2 Satz 2).

- 48.6.4 ¹Hat ein Sozialhilfeträger Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von Abs. 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung
- den Erbringer der Leistungen (zum Beispiel Heim, Anstalt),
 - den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
 - die Art (zum Beispiel Pflege, Heilbehandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
 - die Leistungshöhe
- enthält. ²Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. ³Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Sozialhilfeträgers anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. ⁴In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vergleiche Abs. 6 Satz 3) und gegebenenfalls der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.
- 48.6.5 ¹Die Überweisung des festgesetzten Beihilfezahlbetrags erfolgt grundsätzlich nur auf das Bezügekonto der beihilfeberechtigten Person. ²Lediglich in besonders zu begründenden Ausnahmesituationen, die nur unter Anlegung eines strengen Maßstabes anzunehmen sind, kann eine Überweisung auf ein Drittkonto erfolgen. ³Das Vorliegen einer besonderen Ausnahmesituation ist von der beihilfeberechtigten Person gegenüber der Beihilfefestsetzungsstelle unter Angabe des Zahlungsempfängers sowie dessen Bankverbindung darzulegen. ⁴Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit, bei stationären Behandlungen und Dialysebehandlung Abschlagszahlungen zu beantragen, deren Auszahlung auch unmittelbar an die Leistungserbringer erfolgen kann.
- 48.6.6 Abweichend von Nr. 48.6.5 erfolgt im Fall einer Direktabrechnung nach § 48 Abs. 4 Satz 2 die Überweisung stets auf das Konto des Leistungserbringers oder in den Fällen des § 31 Abs. 4 und § 44 Abs. 3 Satz 3 und Abs. 5 auf das Konto der Pflegeberatung, des Arbeitgebers der spendenden Person sowie des jeweiligen Krebsregisters.
- 48.7.1 ¹Amts- oder Vertrauensärztinnen und Amts- oder Vertrauensärzte sowie Personen, die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung mit der Erstellung von Gutachten zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit beauftragt werden, gelten ebenfalls als Gutachterinnen bzw. Gutachter. ²Gutachten sind mit Einverständnis der beihilfeberechtigten Person einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden. ³Wird das Einverständnis verweigert und kann die Berechtigung des Anspruchs nicht anderweitig (insbesondere durch Übermittlung pseudonymisierter Daten) nachgewiesen werden, wird eine Beihilfe nicht gewährt.
- 48.7.2 Mit Ausnahme der Gutachten nach § 40 Satz 2 obliegt die Auswahl von vertrauensärztlichen Gutachterinnen bzw. Gutachter sowie Beratungsärztinnen bzw. Beratungsärzte der Beihilfefestsetzungsstelle.
- 49. Ausnahmen**
- 49.2.1 ¹Die Festlegung der Fallgestaltungen, in denen eine Delegation erfolgen soll, erfolgt durch die oberste Dienstbehörde. ²Im Fall der Delegation entscheidet die nachgeordnete Behörde sowohl über Erst- als auch mögliche Folgeanträge.
- 49.2.2 In Fallgestaltungen, die neu auftreten oder in denen noch keine Standardisierung des Entscheidungsablaufs möglich ist, ist die Ausnahmeentscheidung weiterhin durch die zuständige oberste Dienstbehörde zu treffen.
- 50. Inkrafttreten**
- Die Bekanntmachung tritt am 1. April 2023 in Kraft.

51. Außerkräfttreten

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

Dr. Alexander Voigtl
Ministerialdirektor

Anhang 1
(Nr. 7.1.11 BayBhVBek)

Hinweise zum Gebührenrecht

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1.1 Bemessung der Gebühren

¹Nach § 5 GOÄ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen, bei den sogenannten 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. ²Überschreitet 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. ³Aus der Begründung der Rechnung muss ersichtlich sein, dass die Leistung auf Grund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. ⁴Dazu reicht im Allgemeinen eine stichwortartige Kurzbegründung aus, in der die „Besonderheiten“ der einzelnen Leistung substantiiert angesprochen sind. ⁵Besonderheiten der Bemessungskriterien können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

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

⁶Eine einfache Wiederholung der Bemessungskriterien reicht folglich nicht aus.

⁷Nach 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. ⁸In 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. ⁹Eine vorherige Bekanntgabe der Auffassung des Dienstherrn sei nicht generell, sondern nur in den Ausnahmefällen erforderlich, in denen bei objektiven Unklarheiten der Gebührenordnung für Ärzte ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen.

¹⁰Aufwendungen 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), zum Beispiel besondere Erschwernis bei einer Unterleibsoperation wegen anlagebedingter starker Blutungsneigung der Patientin.

¹¹Besonderheiten im Bereich des behandelnden Arztes, zum Beispiel seine besondere Qualifikation (zum Beispiel Chefarzt, Professor) oder der Einsatz eines besonders teuren Gerätes bei der Leistungserbringung scheiden als Gründe für die Überschreitung der Schwellenwerte grundsätzlich aus.

¹²Besonderheiten der patientenbezogenen Bemessungskriterien rechtfertigen die Überschreitung des Schwellenwertes jeweils nur bei den Leistungen, mit denen sie im Zusammenhang stehen (leistungsbezogene Begründungen). ¹³Verwachsungen im Operationsbereich können zum Beispiel Anlass für das Überschreiten des Schwellenwertes bei der Operationsgebühr geben, stellen aber in der Regel keine gebührenrechtliche Besonderheit bezüglich anderer ärztlicher Leistungen wie zum Beispiel Visiten, Infusionen, Injektionen dar. ¹⁴Als leistungsbezogene Begründung kann unter Umständen auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles angesehen werden (§ 5 Abs. 2 Satz 2 GOÄ), zum Beispiel bei Leistungen in den ersten Tagen nach einem Unfall mit vielfältigen Verletzungen.

¹⁵Bei 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 oder an Sonn- und Feiertagen

¹Nach 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 oder 1,15facher Satz). ²Ein 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

¹Nach § 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 % zu mindern. ²Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach § 6a Abs. 1 Satz 1 GOÄ von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 %.

³Entsprechende Minderungssätze gelten nach § 7 GOZ auch für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen.

⁴Der jeweilige Minderungsbetrag ist in der Rechnung anzugeben (§ 12 Abs. 2 Nr. 3 GOÄ, § 10 Abs. 2 Nr. 3 GOZ). ⁵Für die Begründungspflicht bei Überschreiten der Schwellenwerte ist der Gebührensatz vor Abzug des Minderungsbetrages maßgebend (§ 12 Abs. 3 Satz 1 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ).

⁶Nach 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. ⁷Dies 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). ⁸Der Vorschrift liegt zur Harmonisierung von Bundespflegesatzverordnung und Gebührenordnung für Ärzte 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 Gebührenordnung für Ärzte

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Berechnungsfähigkeit einer Leistung nach Nr. 4 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte 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 Gebührenordnung für Ärzte 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

¹Nach Abschnitt C Nr. VIII des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte können zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen Zuschläge nach Nrn. 440 bis 449 berechnet werden. ²Die 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

¹Aus Gründen der Normsystematik und des Normzwecks sind mit dem Ansatz der Nr. 2191 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte (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. ²Damit sind neben der Nr. 2191 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte zusätzlich verrechnete Gebühren nach der Nr. 2083 oder der Nr. 2064 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte 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).

³Ferner ist der zusätzliche Absatz der Nr. 2257 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte dann nicht beihilfefähig, wenn neben der Nr. 2191 die Nr. 2195 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte verrechnet wurde (LG München I, Urteil vom 31. März 2010, 9 S 13229/09).

⁴Besondere Umstände bei der Leistungserbringung können durch die Anwendung eines entsprechenden Steigerungsfaktors – mit entsprechender Einzelfall bezogener Begründung – berücksichtigt werden.

1.8 Aufwendungen des Einsatzes eines Femtosekundenlasers bei einer Katarakt-Operation

¹Zur Frage des Ansatzes einer eigenständigen Gebührenposition für den Einsatz eines Femtosekundenlasers bei einer Katarakt-Operation hat der Bundesgerichtshof dieses Verfahren als eine besondere Ausführung einer Katarakt-Operation gewertet. ²Hierfür kann nach der Entscheidung des Bundesgerichtshofes der Laser-Zuschlag nach Nr. 441 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte angesetzt werden, ein (zusätzlicher) Analogansatz der Nr. 5855 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte ist hingegen unzulässig (Urteile vom 14. Oktober 2021, Az. III ZR 350/20 und 353/20).

1.9 Sonstige Auslegungsfragen zur Gebührenordnung für Ärzte und analoge Bewertungen

¹Bei der Bundesärztekammer wurde ein „Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen“ eingerichtet. ²Dieser Konsultationsausschuss gibt sachverständige Stellungnahmen oder Gutachten zu grundsätzlichen Auslegungsfragen der Gebührenordnung für Ärzte gegenüber Ärztekammern und Mitgliedern ab. ³Die einvernehmlichen Beschlüsse sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen. ⁴Nach § 6 Abs. 2 GOÄ kann der Arzt selbständige ärztliche Leistungen, die in der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der Anlage Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen berechnen (analoge Bewertung). ⁵Das in Nr. 1.9.1 dargestellte von der Bundesärztekammer herausgegebene Verzeichnis analoger Bewertungen ist bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen. ⁶Darin sind die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zu Analogbewertungen enthalten.

1.9.1 Verzeichnis der Analogbewertungen

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
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
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 Wirkungs- dauer 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	Analtometrie	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 GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
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
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>	649	650	37,89

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
	<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>			
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 Parsplana-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>	2251 plus 2531	7500 plus 7500	437,15 plus 437,15
	<i>Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 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 Hamnröhrenstriktur unter Sicht (z. B. nach Sachse)	1802	739	43,07

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
A 1833a	Wechsel eines suprapubischen Hamblasenfistelkatheters, 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*	<p>Computergestützte Individual-Ausblendung (Multileaf-Kollimatoren = MLC) einmal je Feld und Bestrahlungsserie, einschließlich Programmierung.</p> <p><i>Individuelle Ausblendungen zum Schutz von Normalgewebe und Organen können anstelle von Bleiblöcken auch durch 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></p>	5378*	1000	58,29
A 5860*	<p>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.</p> <p><i>Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.</i></p> <p><i>Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Akustikneurinom, Hypophysenadenom, Meningeom, Arteriovenöse Malformation, medikamentös oder operativ therapierefraktäre Trigeminusalgie, Chordom.</i></p> <p><i>Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.</i></p>	6 x 5855*	6 x 6900	6 x 402,18
A 5861	Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren oder von Hirnmetastasen	3,5 x 5855*	3,5 x 6900	3,5 x 402,18

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
	<p>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.</p> <p><i>Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.</i></p> <p><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></p> <p><i>Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.</i></p>			
A 7001	<p>Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z. B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit.</p> <p>Zu diesen Untersuchungen zählen beispielsweise Sehschärfenprüfungen mittels Preferential Looking, die Untersuchung des Interferenzvisus und die Untersuchung des Crowding-Phänomens</p>	1225	121	7,05
A 7002	<p>Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennverfahren</p> <p>Die Untersuchung nach Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung, und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200, berechnet werden.</p>	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
A 7010	Laserscanning-Ophthalmoskopie	1249	484	28,21
A 7011	Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits	423	500	29,41

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
	Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyzer (ONHA)			
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 plus 406	700 plus 200	40,80 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
A 7024	Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyklodeviation an Tangentenskalen in neun Blickrichtungen, einschließlich Kopfeige-Test	1217	242	14,11
A 7025	Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (sog. Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel	1376	14880	86,27
A 7026	Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse <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 dergleichen 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>	1326	1480	86,27
A 7027	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation	1368	3030	176,61

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
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

1.9.2 Medizinisches Aufbautraining/Medizinische Trainingstherapie

Nach einem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung sind folgende Leistungen bis zum 2,3fachen bzw. 1,8fachen der Ein-fachsätze der Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:

- a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie / zum Medizinischem Aufbautraining einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nr. 842 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte.

Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nr. 842 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.

- b) Medizinische Trainingstherapie / Medizinisches Aufbautraining mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen (zum Beispiel MedX-CE- oder LE-Therapiemaschinen oder Beides) analog Nr. 846 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte, zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nr. 558 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte (je Sitzung), zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nr. 506 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte. Die Nrn. 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

1.9.3 Extrakorporale Stoßwellentherapie

¹Auf Grundlage eines Beschlusses der Bundesärztekammer kann die Extrakorporale Stoßwellentherapie bei den in Nr. 2 Buchst. b der Anlage 2 zu § 7 Abs. 5 genannten Indikationen analog Nr. 1800 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte (je Sitzung, 1480 Punkte) berechnet werden. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. ²Die 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

¹Gemäß § 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. ²Zu den Praxiskosten gehören nicht Kosten für zahn-technische Leistungen (§ 9 GOZ). ³Diese sind neben den Gebühren gesondert berechnungsfähig. ⁴Implantatbohrsätze gehören ebenfalls nicht zu den Praxisgebühren und können gesondert berechnet werden (BGH, Urteil vom 27. Mai 2004 – III ZR 264/03). ⁵Nicht berechnungsfähig sind dagegen die Kosten, die der Zahnärztin bzw. dem Zahnarzt für die Bevorratung von Implantaten entstehen. ⁶Sie sind als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten.

⁷Eine gesonderte Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ darf nur bei den in § 6 Abs. 1 GOZ ausdrücklich genannten Leistungen erfolgen. ⁸Eine entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ auch auf andere zahnärztliche Leistungen ist gemäß § 1 Abs. 1 GOZ ausgeschlossen (vergleiche Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Beschluss vom 19. April 1999 – 4 S 3178/98).

2.2 Bemessung der Gebühren

Für die Bemessung der Gebühren gemäß § 5 GOZ gelten die Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht unter Nr. 1.1 entsprechend.

2.3 Gebühren für andere Leistungen

¹Die Anwendung des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen durch Zahnärzte ist auf die in § 6 Abs. 2 GOZ genannten Abschnitte und einzelne Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte begrenzt.

²Soweit Zahnärzte Leistungen aus diesen Abschnitten erbringen, bestimmt sich die Vergütung dieser Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung.

³Berechnet ein Zahnarzt nach der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte, erfassen die darin enthaltenen Abrechnungsbestimmungen auch Leistungen, die der Zahnarzt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte erbringt.

⁴Zur Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte 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

¹Gemäß § 6 Abs. 1 GOZ können selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung für Zahnärzte auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden. ²Vermeintliche Lücken im Gebührenverzeichnis oder anderweitige Auffassungen über den Wert einer zahnärztlichen Leistung rechtfertigen keine analoge Bewertung. ³Dies 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 Gebührenordnung für Zahnärzte

2.5.1 Gesteuerte Geweberegeneration

¹Für das Einbringen und Entfernen der Membran im Rahmen der gesteuerten Geweberegenerationsbehandlung (Guided Tissue Regeneration, GTR) kann Nr. 4130 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog als Komplexgebühr oder Nrn. 4120 und 4110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog jeweils als gesonderte Gebühr für das Einbringen und Entfernen der Membran berechnet werden. ²Die Kosten für die Membranen (Manschetten) können gesondert berechnet werden.

2.5.2 Abschlüsse bei kieferorthopädischen Behandlungen

¹Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums für kieferorthopädische Behandlungen nach Nrn. 6030 bis 6080 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte können quartalsmäßige Abschlagszahlungen als beihilfefähig anerkannt werden. ²Die Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung. ³Die Leistungen nach Nrn. 6030 bis 6080 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. ⁴Für 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 (vergleiche BayVGh, Beschluss vom 24. März 1997 – 3 B 95.1895).

2.5.3 Eingliederung von Klebebrackets bei kieferorthopädischen Behandlungen

¹Für die Eingliederung von Klebebrackets im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung kann neben der Nr. 6100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht zusätzlich auch die Nr. 2197 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte abgerechnet werden, weil deren selbstständige Berechnungsfähigkeit nach § 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ ausgeschlossen ist. ²Denn 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

¹Für die Eingliederung eines feststehenden Lingualretainers sind neben den Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers nach den Nrn. 6030 bis 6080 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich nach den Nrn. 6100 und 6140 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte 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 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte bewirkt. ²Wenn in diesem Zusammenhang bereits der analoge Ansatz der Nrn. 6100 und 6140 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht beihilfefähig ist, ist in der Folge der ebenfalls analoge Ansatz der Nr. 2197 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte 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

¹Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nrn. 2150 bis 2170 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte), Kronen (Nrn. 2200 bis 2220 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte), Brücken (Nrn. 5000 bis 5040 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte) und Prothesen (Nrn. 5200 bis 5230 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 2220, 5040 und 5230 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte auch die Relationsbestimmung sowie die Bestimmung der Kieferrelation. ²Deshalb dürfen in zeitlichem Zusammenhang mit diesen Leistungen keine Gebühren aus dem Abschnitt J der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) berechnet werden. ³Bei umfangreichen

oder aufwändigen Maßnahmen ist eine beihilferechtliche Anerkennung nach den Vorgaben des § 16 BayBhV möglich.

2.5.6 Nr. 3 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte

Nr. 3 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte ist neben Nr. 0010 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig, da es sich einerseits um eine (reine) Beratungsgebühr, andererseits um eine Untersuchungsgebühr handelt; andere Leistungspositionen der Gebührenordnung für Ärzte und Gebührenordnung für Zahnärzte sind daneben nicht beihilfefähig.

2.5.7 Nr. 5 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte

Nr. 5 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte ist berechnungsfähig, da eine vergleichbare Leistung nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist.

2.6 Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen

¹Die 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 zu beseitigen. ²Das neue Gremium hat die Aufgabe übernommen, grundsätzliche Auslegungsfragen der Gebührenordnung für Zahnärzte, Fragen der privat Zahnärztlichen Qualitätssicherung sowie Fragen des Inhalts und der Abgrenzung privat Zahnärztlicher Leistungen zu diskutieren und möglichst einvernehmlich zu beantworten. ³Ein wichtiges Ziel ist dabei die Verbesserung der Beziehung zwischen Patient, Zahnarzt und Versicherungsmitarbeitern in der täglichen Praxis.

⁴Mit 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.

⁵Diese sind bei der Festsetzung der Beihilfe zu berücksichtigen.

Berechnungsfähigkeit des Operationsmikroskops

1. ¹Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops ist nur für die in der Nr. 0110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte abschließend aufgezählten Gebührenpositionen berechnungsfähig. ²Eine analoge Anwendung dieser Zuschlagsposition oder anderer Positionen der Gebührenordnung für Zahnärzte für die Verwendung des Operationsmikroskops bei anderen als den in Nr. 0110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte bezeichneten Leistungen kommt nicht in Betracht. ³Wird eine nicht zuschlagsfähige Leistung erbracht, die aufgrund von darzulegender Schwierigkeit oder Zeitaufwand den Einsatz des Operationsmikroskops erfordert, kann dies mittels des § 5 oder des § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte abgebildet werden.

Zusätzliche Berechnung der Nr. 2197 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte **neben der Nr. 2000** der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte

2. Im Zusammenhang mit der Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen und Glatflächenversiegelung nach der Nr. 2000 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist die Nr. 2197 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte 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. ¹Die Nr. 3050 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist im Rahmen der dentoalveolären Chirurgie gegebenenfalls als selbständige Leistung zusätzlich berechenbar, wenn die Blutung das typische Maß bei dem Eingriff deutlich übersteigt und eine Unterbrechung der eigentlichen operativen Maßnahme erfordert. ²In 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 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden. ³Dies gilt auch für die chirurgischen Leistungen aus der Gebührenordnung für Ärzte, die für den Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffnet sind.

Adhäsive Wurzelfüllung

4. Die Nr. 2197 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist bei adhäsiver Befestigung der Wurzelfüllung neben der Nr. 2440 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte 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 Gebührenordnung für Zahnärzte.

Wurzelkanalbehandlungen

6. ¹Der Verschluss atypisch weiter apikaler Foramina unter Verwendung von Mineral Trioxid Aggregate (MTA) 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. ²Um eine vollständige Aushärtung des Mineral Trioxid Aggregates zu gewährleisten, sollte die Wurzelfüllung in einer folgenden getrennten Sitzung erfolgen. ³Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ⁴Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) hält als Analoggebühr die Nr. 2060 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

7. ¹Der Verschluss innerhalb des Parodontiums gelegener Perforationen des Wurzelkanalsystems stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. ²Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ³Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die Nr. 2060 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

8. ¹Die Entfernung frakturierter Wurzelkanalinstrumente aus dem Wurzelkanalsystem stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. ²Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ³Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die Nr. 2300 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (Entfernung eines Wurzelstiftes) für angemessen.

9. ¹Die Entfernung nekrotischen Pulpagewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. ²Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ³Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die Nr. 2360 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (Vitalexstirpation) für angemessen.
10. ¹Das erschwerte Aufsuchen verengter Wurzelkanaleingänge und das Überwinden natürlicher Hindernisse bei der Aufbereitung des Wurzelkanals (zum Beispiel Dentikel, Obliterationen, Verengungen, Krümmungen) sowie natürlicher oder iatrogener Stufen stellen keine selbstständigen, analog zu berechnenden Leistungen dar, sondern sind mit der Grundleistung unter Berücksichtigung von § 5 Abs. 2 GOZ zu berechnen.

²Anmerkung zu Beschlüsse Wurzelkanalbehandlungen:

Über die analoge Berechnungsfähigkeit der Entfernung vorhandenen definitive Wurzelkanalfüllmaterials konnte kein Konsens erzielt werden.

Materialkosten

11. ¹Mit den Gebühren der Gebührenordnung für Zahnärzte sind grundsätzlich gemäß § 4 Abs. 3 GOZ alle Auslagen abgegolten, soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist. ²Darüber hinaus sind – bezugnehmend auf das BGH-Urteil vom 27. Mai 2004 (Az.: III ZR 264/03) – folgende Materialien zusätzlich berechnungsfähig:
- Oraqix® im Zusammenhang mit der Nr. 0080 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte,
 - ProRoot MTA® im Zusammenhang mit der Berechnung der Nr. 2440 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte,

- Harvard MTA OptiCaps® im Zusammenhang mit der Berechnung der Nr. 2440 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte.

Anästhesieleistungen

12. ¹Die Nrn. 490, 491, 493, 494 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte dürfen von Zahnärzten ohne ärztliche Approbation nicht zum Zwecke der intraoralen Lokal- oder Leitungsanästhesie berechnet werden. ²Die Berechnung der Nr. 494 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte 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 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte) ist eine Berechnung der Nr. 5298 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte nicht zulässig.

Chirurgie/Implantation

14. ¹Neben der Nr. 9100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist die Nr. 9090 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht berechnungsfähig. ²Neben den Nrn. 9110, 9120 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist die Nr. 9090 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte dann berechnungsfähig, wenn die Knochentransplantation im Operationsgebiet nicht der Auffüllung des durch die Anhebung der Kieferhöhlenschleimhaut entstandenen Hohlraumes dient. ³Dies 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. ⁴Wird neben den Nrn. 9110, 9120 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte die Nr. 9100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte in Ansatz gebracht, ist eine Berechnung der Nr. 9090 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte in derselben Kieferhälfte nicht möglich.

Fotodokumentation

15. ¹Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung sind Fotos, die ausschließlich zu dokumentarischen Zwecken angefertigt worden sind, mit den Gebührennummern abgegolten und dürfen nicht gesondert berechnet werden. ²Fotos, die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken, nicht jedoch einer kieferorthopädischen Auswertung dienen, sind analog berechnungsfähig. ³Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ⁴Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die Nr. 6000 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte 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. ¹Die Wiedereingliederung (inklusive Säuberung, gegebenenfalls Wiederanpassung) andernorts angefertigter direkter oder laborgefertigter Provisorien ist analog zu berechnen. ²Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ³Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 2260 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

Knochenresektion

17. ¹Neben Extraktionen ist die Nr. 3230 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte 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. ²Die eigenständige Indikation ist auf der Rechnung zu erläutern.

Abschnittsübergreifende Berechnung

18. Die Auflistung einer Gebührennummer in einem bestimmten Abschnitt der Gebührenordnung für Zahnärzte 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. ¹Eine Periimplantitis-Behandlung im offenen Verfahren stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. ²Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ³Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr je nach Lokalisation die Nr. 4090 oder die Nr. 4100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

Protrusionsschiene

20. ¹Die Eingliederung einer Protrusionsschiene, zum Beispiel zur Behandlung einer Schlafapnoe, stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. ²Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ³Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 7010 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche) für angemessen.

Begründung bei Vereinbarungen

21. ¹Eine 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 gemäß § 5 Abs. 2 GOZ zugrunde liegen. ²Die Wirksamkeit der Vereinbarung bleibt hiervon unberührt.

Computergesteuerte Anästhesie

22. Die computergesteuerte Anästhesie (zum Beispiel WAND/STA) erfüllt trotz modifizierter Handhabung die Leistungsinhalte der Nr. 0090 oder Nr. 0100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte und ist je nach Lokalisation und Indikation originär nach den Nr. 0090 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für die Infiltrationsanästhesie (dazu zählen auch die intraligamentäre, intrakanaläre, intrapulpäre und intraossäre Anästhesie) oder Nr. 0100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für die Leitungsanästhesie zu berechnen.

Berechnung „je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“

23. ¹Im 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. ²Geht der Bereich über den Eckzahn hinaus, so wird nach Kieferhälften (Quadranten) berechnet. ³Eine Berechnungsweise je Frontzahnbereich und je Kieferhälfte ist nicht zulässig.

Berechnungsweise der Nr. 2030 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte

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 Gebührenordnung für Ärzte für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen

25. ¹Erbringen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach der jeweils geltenden Fassung der Gebührenordnung für Zahnärzte zu berechnen. ²Ein Wahlrecht zwischen Gebührenordnung für Ärzte und Gebührenordnung für Zahnärzte besteht insoweit nicht.

Nr. 5000 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte

26. ¹Von der Nr. 5000 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte ist die Aufnahme eines Zahns, Implantats oder zahnlosen Kieferabschnitts je Projektion umfasst. ²Die Abrechnungsbestimmung

nach der Nr. 5000 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte ist zu beachten.

Wurzelamputation

27. ¹Die 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. ²Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ³Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten – je nach Aufwand – die Nrn. 3110, 3120 oder 3130 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

Table Tops

28. ¹„Table Tops“ als langzeitprovisorische Maßnahme im indirekten Verfahren (laborgefertigt) stellen eine selbstständige Leistung dar und werden gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. ²Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ³Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 7080 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen. ⁴Im Falle einer adhäsiven Befestigung ist die Nr. 2197 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte zusätzlich berechnungsfähig.
29. ¹„Table Tops“ als definitive Maßnahme sind als Oberbegriff für die Versorgung von verlorengegangenen Funktionsflächen als Folge einer Fehlfunktion der Okklusion und Artikulation zu verstehen. ²Entsprechend des Defektes unterscheiden sich die Table Tops in ihrer Ausdehnung voneinander. ³Dementsprechend richtet sich die analoge Berechnung einer Gebühr nach

der konkreten Ausdehnung der verlorengegangenen Funktionsflächen. ⁴Vor der Versorgung mit Table Tops müssen alle notwendigen Schritte einer Funktionsdiagnostik oder -therapie durchgeführt worden sein (zum Beispiel Schienentherapie).

Teleskopbrücke

30. Im Falle einer sattelfreien, rein parodontal abgestützten teleskopierenden Brücke – im Gegensatz zu einer Teleskopprothese – ist die Nr. 5210 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht zusätzlich zu den Nrn. 5040 und 5070 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig.

Wiederherstellung/Wiederbefestigung einer definitiven Krone zum temporären Verbleib

31. ¹Das Umarbeiten einer definitiven Krone oder Brücke zu einem Provisorium oder einer Wiederbefestigung oder Beidem der definitiven Krone oder Brücke zum provisorischen Verbleib sind in der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht beschrieben. ²Die Leistung wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. ³Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ⁴Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr – je nach Aufwand – die Nr. 2260, 2270 oder 5120 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte je Zahn oder je Brückenpfeiler für angemessen. ⁵Das Wiedereingliedern dieses Provisoriums, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Berechnung der Analoggebühr abgegolten.

NICO (Behandlung einer chronischen Kieferostitis als Störfeld)

32. ¹Bei 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. ²Darüber hinaus ist das vermeintliche Krankheitsbild der NICO weder nach ICD10 Schlüssel noch in den Verzeichnissen der WHO als Erkrankung gelistet. ³Es besteht daher keine medizinische Notwendigkeit für die Durchführung der Diagnostik und der Behandlungen dieser Erkrankung, wie zum Beispiel Cavitat-Diagnostik, OroTox-Tests sowie die Entfernung eines chronischen NICO-Störfeldes. ⁴Vor diesem Hintergrund kommt nur eine Berechnung gemäß § 2 Abs. 3 GOZ – nach umfassender und qualifizierter Aufklärung – in Betracht.

Elektronische Funktionsdiagnostik durch Zahntechniklabore

33. ¹Nach § 1 des Zahnheilkundegesetzes (ZHG) ist die Ausübung der Zahnheilkunde approbierten Zahnärzten vorbehalten. ²Nach § 1 Abs. 3 ZHG ist Ausübung der Zahnheilkunde die „berufsmäßige, auf zahnärztlich-wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. ³Als 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.“ ⁴Die „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. ⁵Eine Übertragung zahnärztlicher Leistun-

gen, das heißt 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. ¹Teilleistungen bei der Anfertigung von Stiftaufbauten oder Einlagefüllungen (Kapitel C der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind gemäß den Leistungsinhalten und den Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 2230 oder 2240 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog berechnungsfähig. ²Die angefallenen Material- und Laborkosten sind ebenfalls berechnungsfähig. ³Voraussetzung 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. ¹Teilleistungen bei der Anfertigung von Schienen (Kapitel H der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind gemäß dem Leistungsinhalt und der Abrechnungsbestimmung der Nr. 5240 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog berechnungsfähig. ²Die angefallenen Material- und Laborkosten sind ebenfalls berechnungsfähig. ³Voraussetzung 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. ¹Die 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. ²Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ³Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 2270 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung) für angemessen.

Erneuerung einer Primärteleskopkrone

44. ¹Die Erneuerung eines Primärteleskops im Rahmen der Reparatur einer teleskopverankerten Versorgung stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte beschrieben ist. ²Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ³Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 5000 und ggf. zusätzlich die Nr. 5090 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen. ⁴Mit 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. ¹Eine subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation im Rahmen einer Periimplantitisbehandlung an einem Implantat stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte beschrieben ist. ²Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ³Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 4025 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

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

46. ¹Die 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 Gebührenordnung für Zahnärzte beschrieben ist. ²Die Berechnung der analogen Leistung gemäß Gebührenordnung für Zahnärzte ist neben der Leistung für die parodontalchirurgische Therapie am Implantat (Nr. 4070 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte) zulässig. ³Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ⁴Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 4110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

Teilleistungen nach den Nrn. 5210 und 5220 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte

48. Der PKV-Verband, die Beihilfeträger und die Bundeszahnärztekammer stimmen überein, dass die Regelungen der Nr. 5240 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht nur für die in der Leistungslegende genannten Nrn. 5200 und 5230 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte, sondern auch für die Nrn. 5210 und 5220 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechend Anwendung finden sollen.

Anwendung OP Mikroskop

50. ¹Die operationsmikroskopische Untersuchung zur Feststellung intrakoronaler oder intrakanalärer pathologischer Veränderungen eines Zahnes ist nur berechnungsfähig als alleinige endodontologische Leistung oder neben der Trepanation nach Nr. 2390 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte.

²Weitere endodontologische Leistungen sind sitzungsgleich nicht berechnungsfähig. ³Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ⁴Da eine analoge Berechnung von Zuschlägen nicht in Betracht kommt, halten der PKV-Verband und die Beihilfeträger unter Berücksichtigung der Bewertung der einschlägigen Zuschlagsposition nach der Nr. 0110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte die analoge Berechnung der Nr. 2290 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (höchstens zum 2,3fachen Faktor) für angemessen.

⁵In den Fällen, in denen trotz der oben genannten Veränderungen des Wurzelkanalsystems in gleicher Sitzung eine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt wird, ist die Anwendung des OP-Mikroskops in dieser Sitzung mit der Berechnung der Nr. 0110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (als

Zuschlagsleistung zu den Nrn. 2360, 2410 und 2440 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte) abgegolten und darf nicht zusätzlich analog berechnet werden.

Protokollnotiz 18. November 2022:

Beschluss Nr. 50 hebt Beschluss Nr. 1 für den in Beschluss Nr. 50 genannten Anwendungsfall auf.

Wiederherstellung der Funktion eines direkten Provisoriums

51. ¹Die Wiederherstellung der Funktion eines direkten Provisoriums mit Abformung ist in der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht beschrieben und ist daher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen. ²Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ³Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 2270 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen. ⁴Die Abformung ist mit der Analoggebühr abgegolten. ⁵Das Abformmaterial ist zusätzlich berechnungsfähig. ⁶Die Abrechnungsbestimmungen nach Nr. 2270 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind anzuwenden.

Nr. 0090 neben Nr. 0100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte

52. Die Infiltrationsanästhesie nach der Nr. 0090 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit zahn-/regionsgleich neben der Leitungsanästhesie nach der Nr. 0100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig.

Auswertung digitaler Situationsmodelle

53. ¹Die kieferorthopädische Analyse eines digitalen Situationsmodellpaares (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme), das nach optisch-elektronischer Abformung einschließlich einfacher Bissregistrierung zur Diagnose oder Planung vorliegt, stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. ²Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. ³Der PKV-Verband und die Beihilfetträger halten als Analoggebühr die Nr. 6010 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

Die PAR-Behandlungsstrecke in der Gebührenordnung für Zahnärzte basierend auf der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie

Die Erhebung eines Gingivalindex oder eines Parodontalindex oder beides (zum Beispiel des Parodontalen Screening-Index PSI) im Rahmen einer Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT)

54. ¹Die Erhebung mindestens eines Gingivalindex oder eines Parodontalindex oder beides (zum Beispiel des Parodontalen Screening-Index PSI) im Rahmen einer Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) – im Einklang mit der Empfehlung aus der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ zur Häufigkeit der Durchführung der Unterstützenden Parodontitistherapie – mehr als zweimal im Jahr ist in der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht beschrieben. ²Die Bundeszahnärztekammer, der PKV-Verband und die Beihilfetträger sehen die Nr. 4005 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte zusätzlich zur originären Leistung bis zu in der Regel zweimal analog innerhalb eines Jahres als berechnungsfähig an.

Die subgingivale Instrumentierung (AIT) in der zweiten Therapiestufe

55. ¹Die subgingivale Instrumentierung in der zweiten Therapiestufe gemäß der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e. V. (DG Paro) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. (DGZMK) ist aufgrund der darin nicht enthaltenen Weichgewebeskürettage nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte beschrieben. ²Die Bundeszahnärztekammer, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen als Analoggebühren für die subgingivale Instrumentierung am einwurzeligen Zahn die Nr. 3010a der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte und am mehrwurzeligen Zahn die Nr. 4138a der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte. ³Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: „GOZ-Nr. 3010a“ bzw. „4138a“ mit der Beschreibung „Subgingivale Instrumentierung – PAR (AIT)“. ⁴Die Nrn. 4070 bzw. 4075 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind daneben nicht berechnungsfähig. ⁵Die Entfernung der gingivalen/supragingivalen weichen und harten Beläge ist originär nach der Gebührenordnung für Zahnärzte zu berechnen.

Lokalisierte subgingivale Instrumentierung bei Resttaschen in der Unterstützenden Parodontistherapie (UPT)

56. ¹Die subgingivale Instrumentierung bei Resttaschen im Rahmen einer Unterstützenden Parodontistherapie (UPT) gemäß der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und DGZMK ist eine selbstständige, nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte beschriebene Leistung. ²Die Leistung ist gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen. ³Die

Bundeszahnärztekammer, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen als Analoggebühr die Nr. 0090a der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für den einwurzeligen Zahn und die Nr. 2197a der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für den mehrwurzeligen Zahn. ⁴Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „0090a“ bzw. „2197a“ mit der Beschreibung „Subgingivale Instrumentierung – UPT“. ⁵Die Nrn. 4070 bzw. 4075 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind daneben nicht berechnungsfähig. ⁶Die Entfernung der gingivalen/supragingivalen weichen und harten Beläge ist originär nach der Gebührenordnung für Zahnärzte zu berechnen.

Parodontale Diagnostik einschließlich Staging und Grading des Parodontitisfalles und Dokumentation auf Formblatt

57. ¹Die Parodontale Diagnostik einschließlich Staging und Grading gemäß der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und der DGZMK ist analog berechnungsfähig. ²Die Ergebnisse sind auf einem wissenschaftlich anerkannten Formblatt vollständig zu dokumentieren. ³Dieses Formblatt ist dem Zahlungspflichtigen auf dessen Verlangen zu überreichen. ⁴Die Bundeszahnärztekammer, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen für die parodontale Diagnostik einschließlich Staging und Grading und Dokumentation als Analoggebühr die Nr. 8000 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte. ⁵Die Leistung ist einmal je Parodontitis-Behandlungsstrecke berechnungsfähig. ⁶Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „8000a“ mit der Beschreibung „PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation“. ⁷Die Nr. 4000 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist daneben nicht berechnungsfähig. ⁸Die Ausfertigung des Formblattes für den Zah-

lungspflichtigen kann nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer, des PKV-Verbandes und der Beihilfeträger mit der Nr. 4030 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog berechnet werden. ⁹Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „4030a“ mit der Beschreibung „Ausfertigung PAR-Formblatt“.

Qualifiziertes parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) zum personalisierten Behandlungsplan

58. ¹Das qualifizierte parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch zum personalisierten Behandlungsplan in der ersten Therapiestufe gemäß der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und der DGZMK ist analog berechnungsfähig. ²Die Leistung umfasst die Aufklärung über:

- Diagnose,
- Gründe der Erkrankung,
- Risikofaktoren,
- Therapiealternativen,
- zu erwartende Vor- und Nachteile der Behandlung,
- die Option, die Behandlung nicht durchzuführen

sowie die Erläuterung des personalisierten Therapieplanes einschließlich notwendiger Verhaltensänderungen und allgemeinmedizinischer Wechselwirkungen. ³Die Bundeszahnärztekammer, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen als Analoggebühr die Nr. 2110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte. ⁴Die Leistung ist einmal je Parodontitis-Behandlungsstrecke berechnungsfähig. ⁵Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „2110a“ mit der Beschreibung „Parodontologisches

Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG)“.⁶Andere Gesprächs- und Beratungsleistungen sind daneben nicht berechnungsfähig.

Befundevaluation (BEV)

59. ¹Die parodontologische Reevaluation ist nach medizinischer Notwendigkeit je nach Schweregrad bis zu dreimal innerhalb eines Jahres berechnungsfähig. ²Sie umfasst die erneute Dokumentation des klinischen Befunds, einschließlich der Bestimmung der Sondierungstiefen und Sondierungsblutung, der Zahnlockerung, des Furkationsbefalls, des röntgenologischen Knochenabbaus sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (Prozent/Alter). ³Die individuelle Reaktion auf die zweite bzw. dritte Therapiestufe und die Unterstützende Parodontitistherapie (UPT) wird bestimmt, indem die erhobenen Befunddaten mit den Daten der Eingangsdiagnostik bzw. der vorangegangenen Befundevaluation (BEV) verglichen werden. ⁴Die Leistung enthält auch die Aufklärung des Patienten über die Maßnahmen der UPT und über die weiteren geplanten Interventionen. ⁵Die Bundeszahnärztekammer, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen als Analoggebühr die Nr. 5070 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte. ⁶Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „5070a“ mit der Beschreibung „Befundevaluation – PAR“. ⁷Die Nrn. 4000, 4005(a) der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte und weitere Gesprächs- und Beratungsleistungen sind daneben nicht berechnungsfähig.

Anhang 2
(Nr. 30.4.2 BayBhVBek)

Heilkurortverzeichnis Inland

1. Heilkurorte Inland

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung 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	Ostseeheilbad
Ahrenshoop	18347	Ostseebad Ahrenshoop	G	Seebad
Aibling	83043	Bad Aibling	G	Heilbad
Alexandersbad	95680	Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	38707	Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Andernach	56626	Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454	Bad Arolsen	K	Heilbad
Aue-Schlema	08301	Aue-Bad Schlema	Bad Schlema, Wildbach	Heilbad
Aulendorf	88326	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
B				
Baden-Baden	76530	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Baiersbronn	72270	Baiersbronn	Schönmünzach-Schwarzenberg Obertal	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Baltrum	26579	Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429	Bansin	G	Ostseeheilbad
Bayersoien	82435	Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
Bayreuth	95410	Bayreuth	B – Lohengrin Therme Bayreuth	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Bayrischzell	83735	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624	Bad Bederkesa	G	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Bellingen	79415	Bad Bellingen	Bad Bellingen	(Mineral-)Heilbad
Belzig	14806	Bad Belzig	Bad Belzig	(Thermalsole-)Heilbad
Bentheim	48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	(Mineral-)Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Bergzabern	76887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Berka	99438	Bad Berka	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Berleburg	57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460	Bad Berneck i.Fichtelgebirge	Bad Berneck i.Fichtelgebirge Frankenhammer, Kutschenrangen, Rödlasberg, Warmeileithen	Kneippheilbad
Bernkastel-Kues	54470	Bernkastel-Kues	Kueser Plateau	Heilklimatischer Kurort
Bertrich	56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Beuren	72660	Beuren	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bevensen	29549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	(Jod- u. Sole-) Heilbad
Biberach	88400	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Binz	18609	Ostseebad Binz auf Rügen	G	Seebad
Birnbach	84364	Bad Bimbach	Bad 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	Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708	Bad Bocklet	Bad Bocklet – ohne den Gemeindeteil Nickersfelden	Mineral- und Moorheilbad
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	Ostseeheilbad
Boppard	56154	Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	Kneippheilbad Heilbad
Borkum	26757	Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648	Bad Brambach	Bad Brambach	Mineralheilbad
Bramstedt	24576	Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	(Moor-)Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Breisig	53498	Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929	Brilon	Brilon	Kneippheilbad
Brückenaus	97769	Bad Brückenaus	G – sowie Gemeindeteil, Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad, Mineral- und Moorbad
Buchau	88422	Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor- u. Mineral-) Heilbad
Buckow	15377	Buckow	G – ausgenommen der Ortsteil Hasenholz	Kneippkurort
Bünde	32257	Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Büsum	25761	Büsum	Büsum	Nordseeheilbad
Burg	03096	Burg	Burg	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Burgbrohl	56659	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg auf Fehmarn	23769	Burg auf Fehmarn	Burg	Ostseeheilbad
C				
Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Colberg-Heldburg	98663	Bad Colberg - Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Cuxhaven	27478	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad
D				
Dahme	23747	Dahme	Dahme	Ostseeheilbad
Damp	24351	Damp	Damp 2000	Ostseeheilbad
Daun	54550	Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	32760	Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Ditzenbach	73342	Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Dobel	75335	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209	Bad Doberan	a) Bad Doberan b) Heiligendamm	(Moor-)Heilbad Seeheilbad
Driburg	33014	Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Düben	04849	Bad Düben	Bad Düben	Moorheilbad
Dürkheim	65098	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073	Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-)Heilbad, Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
E				
Ehlscheid	56581	Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707	Bad Eilsen	G	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
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	Heilbad, Kneippheilbad
Endorf	83093	Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham, Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597	Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422	Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
Essen	49152	Bad Essen	Bad Essen	Ort mit Sole- Kurbetrieb
Eutin	23701	Eutin	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
F				
Feilnbach	83075	Bad Feilnbach	G – ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Feldberger Seenlandschaft	17258	Feldberger Seenlandschaft	Feldberg	Kneippkurort
Finsterbergen	99898	Finsterbergen	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538	Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567	Bad Frankenhausen	G	Sole-Heilbad
Freiburg	79098	Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Freienwalde	16259	Bad Freienwalde	Bad Freienwalde	(Moor-)Heilbad
Freudenstadt	72250	Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Friedrichroda	99894	Friedrichroda	Friedrichroda, Finsterbergen	Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718	Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629	Füssen	a) Bad Faulenbach b) G	Heilbad Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Füssing	94072	Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Eggfing 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, Zwicklam	Heilbad
G				
Gaggenau	76571	Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Gandersheim	37581	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Soleheilbad
Garmisch-Partenkirchen	82467	Garmisch-Partenkirchen	G – ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gelting	24395	Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129	Gersfeld (Rhön)	K	Heilklimatischer Kurort
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Ostseeheilbad
Göhren	18586	Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Goslar	38644	Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Gottleuba-Berggießhübel	01816	Bad Gottleuba -	a) Bad Gottleuba	Moorheilbad
	01819	Berggießhübel	b) Berggießhübel	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Graal-Müritz	18181	Graal-Müritz	G	Ostseeheilbad
Grasellenbach	64689	Grasellenbach	K	Kneippheilbad
Griesbach i.Rottal	94086	Bad Griesbach i.Rottal	Bad Griesbach i.Rottal, Weghof	Heilbad
Grömitz	23743	Grömitz	Grömitz	Ostseeheilbad
Grönenbach	87728	Bad Grönenbach	Bad Grönenbach, Au, Brandholz, in der Tarrast, Egg, Gmeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhofen, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldeck b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippheilbad
			Ehwiesmühle, Falken, Jttelsburg, Schulerloch, Streifen, Thal, Vordergsäng, Hintergsäng, Grönenbach-Weiler	Kneippkurort
Großenbrode	23775	Großenbrode	G	Ostseeheilbad
Grund	37539	Bad Grund	Bad Grund	Heilklimatischer Kurort mit Heilstollenkurbetrieb
H				
Haffkrug-Scharbeutz	23683	Haffkrug-Scharbeutz	Haffkrug	Ostseeheilbad
Harzburg	38667	Bad Harzburg	K	(Sole-)Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
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	Ostseeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heilbad Heiligenstadt	G	(Sole-)Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Nordseeheilbad
Herbstein	36358	Herbstein	B	Heilbad
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	G	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79856	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Hitzacker (Elbe)	29456	Hitzacker (Elbe)	Hitzacker (Elbe)	Kneippkurort
Höchenschwand	79862	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Honnet	53604	Bad Honnet	G	Erholungsort mit Kurmittelgebiet
Hönningen	53557	Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Hohwacht	24321	Hohwacht	G	Ostseeheilbad
Homburg	61348	Bad Homburg v. d. Höhe	K	Heilbad
Horn	32805	Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
I				
Iburg	49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippkurort
Isny	88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J				
Jonsdorf	02796	Jonsdorf	G	Kneippkurort
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	Ostseeheilbad
Kissingen	97688	Bad Kissingen	G – ohne die Gemeindeteile Albertshausen und Poppenroth	Mineral- und Moorbad
Klosterlausnitz	07639	Bad Klosterlausnitz	G	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G – ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462	Königstein im Taunus	a) K b) Falkenstein	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzting	93444	Bad Kötzting	G	Kneippheilbad und Kneippkurort
Kohlgrub	82433	Bad Kohlgrub	G	Heilbad
Kreuth	83708	Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
Kreuznach	55543	Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad
Krozingen	79189	Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	86381	Krumbach (Schwaben)	B – Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
Kühlungsborn	18225	Ostseebad Kühlungsborn	G	Seebad
L				
Laasphe	57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196	Bad Laer	G	(Sole-)Heilbad
Langensalza	99947	Bad Langensalza	K	(Schwefel-Sole-) Heilbad
Langeoog	26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651	Bad Lausick	G	Heilbad
Lauterberg	37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lennestadt	57368	Lennestadt	Saalhausen	Kneippkurort
Lenzkirch	79853	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448	Bad Liebenstein	G	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
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	G	(Moor-)Heilbad
Ludwigsburg	71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
M				
Malente	23714	Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort 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 Bahntrasse Eberbach-Bad Marienberg)	Kneippheilbad
Marktschellenberg	83487	Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Masserberg	98666	Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97980	Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mölln	23879	Mölln	Mölln	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
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-Eberburg	Bad Münster am Stein	(Mineral-)Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Münstertal/Schwarzwald	79244	Münstertal	G	Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb
Muskau	02953	Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb
N				
Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad und Kneippkurort
Naumburg	343011	Naumburg	K	Kneippheilbad
Nenndorf	31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Moorheilbad, Mineralheilbad und Thermalheilbad
Neualbenreuth	95698	Bad Neualbenreuth	G, Kurmittelhaus Sibyllenbad und Badehaus Maiersreuth	Heilbad, Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb,
Neubulach	75386	Neubulach	Neubulach	Heilklimatischer Kurort, Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb
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

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Neustadt/Harz	99762	Neustadt/Harz	G	Heilklimatischer Kurort
Neustadt/S	97616	Bad Neustadt a.d.Saale	Bad Neustadt a.d.Saale	Heilbad
Nidda	63667	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nieheim	33039	Nieheim	Nieheim	Heilklimatischer Kurort
Nonnweiler	66620	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	25946	Norddorf auf Amrum	Norddorf	Nordseeheilbad
Norden	26506	Norddeich / Westermarsch II	Norden	Nordseeheilbad
Norderney	26548	Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845	Nordstrand	G	Nordseeheilbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
O				
Oberstaufen	87534	Oberstaufen	G – ausgenommen die Gemeindeteile Aach i.Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	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	Kneippheilbad
Orb	63619	Bad Orb	G	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Ottobeuren	87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldem	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P				
Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Nordseeheilbad
Petershagen	32469	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-Griesbach	77740	Bad Peterstal-Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
Prerow	18375	Ostseebad Prerow	G	Seebad
Preußisch Oldendorf	32361	Preußisch Oldendorf	Bad Holzhausen	Heilbad
Prien	83209	Prien a.Chiemsee	G – ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinde Wildenwart und den Gemeindeteil Vachendorf	Kneippkurort
Pyrmont	31812	Bad Pyrmont	K	(Moor- und Mineral-) Heilbad
R				
Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486	Ramsau b.Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenau	74906	Bad Rappenau	Bad Rappenau	(Sole-)Heilbad
Reichenhall	83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Gemeindeteil Kibling der Gemeinde Schneizlreuth	Mineral- und Moorbad
Reichshof	51580	Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Rippoldsau-Schapbach	77776	Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	(Moor- und Mineral-) Heilbad
Rodach	96476	Bad Rodach b.Coburg	Rodach b.Coburg	Heilbad
Rothenfelde	49214	Bad Rothenfelde	G	(Sole-)Heilbad
Rottach-Egern	83700	Rottach-Egem	G	Heilklimatischer Kurort
S				
Saalfeld/Saale	07318	Saalfeld/Saale	G, ausgenommen Ortsteil Arnsgereuth	Ort mit Heilstollenkurbetrieb
Saarow	15526	Bad Saarow	Bad Saarow	(Thermalsole- und Moor-) Heilbad
Sachsa	37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162	Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	(Moor- und Sole-) Heilbad
Salzgitter	38259	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364	Bad Salzschlirf	G	(Mineral- und Sole-) Heilbad
Salzuflen	32105	Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Heilbad und Kneippkurort
Salzungen	36433	Bad Salzungen	Bad Salzungen, Dorf Allendorf	(Sole-)Heilbad
Sasbachwalden	77887	Sasbachwalden	G	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Sassendorf	59505	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	(Sole-)Heilbad
Saulgau	88348	Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814	Bad Schandau	Bad Schandau, Krippen, Ostrau	Kneippkurort
Scharbeutz	23683	Scharbeutz	Scharbeutz	Ostseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
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
Schluchsee	79859	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenberg	a) Bad Fredeburg b) Grafschaft c) Nordenau	Kneippheilbad und Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb Heilklimatischer Kurort Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb
Schmiedeberg	06905	Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömburg	75328	Schömburg	Schömburg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	83471	Schönau a.Königsee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217	Schönberg	Holm	Heilbad und Kneippkurort
Schönborn	76669	Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Schönebeck-Salzelmen	39624	Schönebeck-Salzelmen	G	(Sole-)Heilbad
Schönwald	78141	Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427	Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-)Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Schwalbach	65307	Bad Schwalbach	K	Heilbad und Kneippkurort
Schwangau	87645	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611	Bad Schwartau	Bad Schwartau	(Jodsole- und Moor-) Heilbad
Segeberg	23795	Bad Segeberg	G	Heilbad
Sellin	18586	Ostseebad Sellin	G	Seebad
Siegsdorf	83313	Siegsdorf	B – Adelholzener Primusquelle Bad Adelholzen	Heilquellen-Kurbetrieb
Sobernheim	55566	Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Heilbad
Soden am Taunus	65812	Bad Soden am Taunus	K	Ort mit Heilmittelkurbetrieb
Soden-Salmünster	63628	Bad Soden-Salmünster	Bad Soden	(Mineral-)Heilbad
Soltau	29614	Soltau	Soltau	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Sooden-Allendorf	37242	Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	26474	Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Blasien	79837	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Nordseeheilbad und Schwefelbad
Staffelstein	96226	Bad Staffelstein	G Thermalsolbad Bad Staffelstein – Obermain Therme	Heilbad, Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Steben	95138	Bad Steben	Bad Steben, Obersteben	Mineral- und Moorbad
Stützerbach	98714	Stützerbach	Stützerbach	Heilkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Stuttgart	70173	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Mineralbad, Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Suderode	06507	Bad Suderode	G	(Calciumsole-) Heilbad
Sülze	18334	Bad Sülze	G	Peloid-Kurbetrieb
Sulza	99518	Bad Sulza	G	(Sole-)Heilbad
T				
Tabarz	99891	Tabarz	G	Kneippheilbad
Tecklenburg	49545	Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach- Zavelstein	75385	Bad Teinach- Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268	Templin	Templin	(Thermalsole-) Heilbad
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	G	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Thiessow	18586	Ostseebad Thiessow	G	Seebad
Thyrnau	94136	Thyrnau	B – Sanatorium Kellberg	Mineralquellen- Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Ostseeheilbad
Titisee-Neustadt	79822	Titisee-Neustadt	Titisee	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 Heilklimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Ostseeheilbad
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
V				
Vallendar	56179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Vilbel	61118	Bad Vilbel	K	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
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	Kurmittelbetrieb (Heilquelle)
Waren	17192	Waren / Müritz	Waren / Müritz	(Sole-)Heilbad
Warnemünde	18119	Hansestadt Rostock	G	Seebad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Weiskirchen	66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Weißensstadt	95163	Weißensstadt am See	B – Kurzentrum Weißensstadt am See	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Wenningstedt	25996	Wenningstedt (Sylt)	Wenningstedt	Nordseeheilbad
Westerland	25980	Westerland	Westerland	Nordseeheilbad
Wiesbaden	65189	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488	Thermalbad Wiesenbad	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildungen	34537	Bad Wildungen	K, Reinhardshausen	Heilbad
Willingen	34508	Willingen (Upland)	a) K b) Usseln	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
Wilsnack	19336	Bad Wilsnack	K	(Thermalsole- und Moor-)Heilbad
Wimpfen	74206	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-)Heilbad
Windsheim	91438	Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimer Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955	Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	25946	Wittdün auf Amrum	Wittdün	Nordseeheilbad
Wittmund	26409	Wittmund	Carolinensiel-Harlingersiel	Nordseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Wörishofen	86825	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wolkenstein	09429	Wolkenstein	Warmbad	Heilbad
Wünnenberg	33181	Bad Wünnenberg	Bad Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-)Heilbad
Wustrow	18347	Ostseebad Wustrow	G	Seebad
Wyk a. F.	25938	Wyk auf Föhr	Wyk	Nordseeheilbad
Z				
Zingst	18374	Ostseebad Zingst	G	Ostseeheilbad
Zwesten	34596	Zwesten	K	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Zwischenahn	26160	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Moorheilbad und Kneippkurort

*) Legende:

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
Angering	Füssing
Au	Abbach
Au	Grönenbach
Aunham	Birnbach
B	
Balg	Baden-Baden
Baumberg	Heilbrunn
Bayerisch Gmain	Reichenhall
Bensersiel	Esens
Bernwies	Heilbrunn
Berg	Stuttgart
Berggießhübel	Gottleuba-Berggießhübel
Birgsau	Oberstdorf
Bockswiese	Goslar

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Bodendorf	Sinzig
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing
Bregnitz	Königsfeld
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbronn
C	
Cannstadt	Stuttgart
Carolinensiel-Harlesiel	Wittmund
D	
Detfurth	Salzdetfurth
Dietersberg	Oberstdorf
Dobra	Liebenwerda
Dümöd	Füssing
E	
Ebene	Oberstdorf
Eckarts	Brückenau
Eckenhagen	Reichshof
Egg	Grönenbach
Eggfing a.Inn	Füssing
Einödsbach	Oberstdorf
Eisenbartling	Endorf
Eitlöd	Füssing
Eldern	Ottobeuren

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Elkeringhausen	Winterberg
Erbach	Wimpfen
F	
Faistenoy	Oberstdorf
Faulenbach	Füssen
Faulenfürst	Schluchsee
Feldberg	Feldberger Seenlandschaft
Fischbach	Schluchsee
Fleckinger Mühle	Wimpfen
Flickenöd	Füssing
Frankenhammer	Berneck
Fredeburg	Schmallenberg
G	
Gemünd	Schleiden
Germete	Warburg
Gerstruben	Oberstdorf
Glashütte	Schieder
Gmeinschwenden	Grönenbach
Gögging	Füssing
Gögging	Neustadt a.d.Donau
Gottenried	Oberstdorf
Gottleuba	Gottleuba-Berggießhübel
Graben	Heilbrunn
Grafschaft	Schmallenberg
Greit	Grönenbach

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Gremsmühlen	Malente
Grenier	Königsfeld
Griesbach	Peterstal-Griesbach
Gruben	Oberstdorf
Gundsbach	Oberstdorf
H	
Hahnenklee	Goslar
Hartenthal	Wörishofen
Harthausen	Aibling
Hausberge	Porta Westfalica
Heiligendamm	Doberan
Herbisried	Grönenbach
Hermannsborn	Driburg
Hiddesen	Detmold
Hinterstallau	Heilbrunn
Höhenhöfe	Wimpfen
Hofham	Endorf
Hoheneck	Ludwigsburg
Holm	Schönberg
Holzhäuser	Füssing
Holzhaus	Füssing
Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Hopfen am Berg	Petershagen
Horumersiel	Wangerland
Hub	Füssing
Hub	Heilbrunn

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Hueb	Grönenbach
I	
In der Tarrast	Grönenbach
Irching	Füssing
J	
Jauchen	Oberstdorf
Jordanbad	Biberach
K	
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kibling der Gemeinde Schneizlreuth	Reichenhall
Kiensee	Heilbrunn
Kleinwindsheimer Mühle	Windsheim
Klevers	Grönenbach
Kornofen	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf
Kosilenzien	Liebenwerda
Kreuzbühl	Grönenbach
Krippen	Schandau
Krummsee	Malente
Kurf	Endorf
Kutschenrangen	Berneck

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
L	
Langau	Heilbrunn
Langenbach	Marienberg
Langenbrücken	Schönborn
Lautzkirchen	Blieskastel
Lichtental	Baden-Baden
Linden	Heilbrunn
M	
Maasdorf	Liebenwerda
Manneberg	Grönenbach
Meinberg	Horn
Mettnau	Radolfzell
Mingolsheim	Schönberg
Mitterreuthen	Füssing
Monheimsallee	Aachen
Mürnsee	Heilbrunn
N	
Neutrauchburg	Isny
Niederholz	Grönenbach
Niendorf	Timmendorfer Strand
Nordenau	Schmallenberg
O	
Oberbuchen	Heilbrunn
Oberenzenau	Heilbrunn

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Oberes Hart	Wörishofen
Oberfischbach	Tölz
Obergammenried	Wörishofen
Obermühl	Heilbrunn
Oberreuthen	Füssing
Obersteinbach	Heilbrunn
Obertal	Baiersbronn
Ölmühle	Grönenbach
Oos	Baden-Baden
Ostfeld	Heilbrunn
Ostrau	Schandau
P	
Pichl	Füssing
Pimsöd	Füssing
Poinzaun	Füssing
R	
Rachental	Endorf
Ramsau	Heilbrunn
Randringhausen	Bünde
Raupolz	Grönenbach
Rechberg	Grönenbach
Reichenbach	Waldbronn
Reindlschmiede	Heilbrunn
Reute	Oberstdorf
Riedenburg	Füssing

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Ringang	Oberstdorf
Rödlasberg	Berneck
Röthardt	Aalen
Rotenfels	Gaggenau
Rothenstein	Grönenbach
Rothenuffeln	Hille
S	
Saalhausen	Lennestadt
Safferstetten	Füssing
Saig	Lenzkirch
Salzhausen	Nidda
Salzig	Boppard
Sand	Emstal
Schieferöd	Füssing
Schillig	Wangerland
Schöchlöd	Füssing
Schönau	Heilbrunn
Schöneschach	Wörishofen
Schwand	Oberstdorf
Schwarzenberg-Schönmünzach	Baiersbronn
Schwenden	Grönenbach
Sebastiansweiler	Mössingen
Seebruch	Vlotho
Seefeld	Grönenbach
Senkelteich	Vlotho
Sohl	Elster

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Spielmannsau	Oberstdorf
Steinach	Waldsee
Steinreuth	Füssing
Ströbing	Endorf
T	
Thalau	Füssing
Thalham	Füssing
Thierham	Füssing
Thürham	Aibling
Timmdorf	Malente
Tönisstein	Andemach
Tönisstein	Burgbrohl
U	
Unterbuchen	Heilbrunn
Unterenzenau	Heilbrunn
Unteres Hart	Wörishofen
Untergammenried	Wörishofen
Untersteinbach	Heilbrunn
Unterreuthen	Füssing
Usseln	Willingen
V	
Valdorf-West	Vlotho
Voglherd	Heilbrunn
Voglöd	Füssing

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
W	
Waldegg b.Grönenbach	Grönenbach
Waldliesborn	Lippstadt
Walkmühle	Windsheim
Waren/Müritz	Waren
Warmbad	Wolkenstein
Warmeleithen	Berneck
Weghof	Griesbach
Weichs	Abbach
Weidach	Füssing
Weiherweber	Heilbrunn
Westernkotten	Erwitte
Wies	Füssing
Wiesweber	Heilbrunn
Wildbach	Aue-Schlema
Wildstein	Traben-Trarbach
Wilhelmshöhe	Kassel
Wömern	Heilbrunn
Würding	Füssing
Z	
Zeitlofs	Brückenuau
Zeischa	Liebenwerda
Zell	Aibling
Ziegelberg	Grönenbach
Ziegelstadel	Grönenbach
Zieglöd	Füssing

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Zinnheim	Marienberg
Zwicklam	Füssing

Anhang 3
(Nr. 45.3 BayBhVBek)

Heilkurorteverzeichnis Ausland

1. Heilkurorte EU-Ausland

Land	Heilkurorte
Frankreich	Aix-les-Bains Amélie-les-Bains-Palada Cambo-les-Bains La Roche-Posay
Italien	Abano Terme Galzignano Terme Ischia Meran Montegrotto Terme Montepulciano
Kroatien	Cres
Österreich	Badgastein Bad Hall in Tirol Bad Hofgastein Bad Schönau Bad Traunstein Oberlaa
Polen	Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroy Kolberg / Kolobrzeg Swinemünde / Świnoujście Ustroń

Land	Heilkurorte
Rumänien	Bad Felix / Băile Felix
Slowakei	Dudince Piešťany Turčianske Teplice
Tschechien	Bad Belohrad / Lázně Bělohrad Bad Joachimsthal / Jáchymov Bad Luhatschowitz / Luhačovice Bad Teplitz / Lázně Teplice v Čechách Franzensbad / Františkovy Lázně Freiwaldau / Lázně Jeseník Johannisbad / Janské Lázně Karlsbad / Karlovy Vary Konstantinsbad / Konstantinovy Lázně Marienbad / Mariánské Lázně
Ungarn	Bad Hévíz Bad Zalakaros Bük Hajdúszoboszló Harkány Komárom Sárvár

2. Heilkurorte Nicht-EU-Ausland

Land	Heilkurorte
Israel	Ein Boqeq
Jordanien	Sweimeh

Pseudonymisierungscode:

Formblatt 1
(Nr. 9.2.6 BayBhVBek)

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie

Angaben durch die Person, die die Therapie durchführt:

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose:

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- für Erwachsene für Kinder und Jugendliche

- Analytische Psychotherapie (AP) Systemische Therapie (ST)
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) Verhaltenstherapie (VT)

- Langzeittherapie als
 - Erstantrag
 - Umwandlung
 - Fortführung

3. Welche Anwendungsform ist geplant und mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

Anwendungsform	Anzahl der Sitzungen
<input type="checkbox"/> ausschließlich Einzelbehandlung	_____
<input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppenbehandlung	_____
<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit	_____
<input type="checkbox"/> überwiegend Einzelbehandlung	_____
<input type="checkbox"/> überwiegend Gruppenbehandlung	_____
<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten (In diesen Fällen müssen beide Therapeuten das Formblatt 1 ausfüllen)	_____

Pseudonymisierungscode:

4. Werden Bezugspersonen in die Behandlung einbezogen?

- Nein
 Ja

Anzahl der Sitzungen

5. Gebührennummern und Gebührenhöhe

Gebührennummer:

Gebührenhöhe je Sitzung:

6. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

- Nein
 Ja von Anzahl der Sitzungen:
bis

7. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

7.1 Ärztinnen und Ärzte

- Fachärztin oder Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
 Fachärztin oder Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie
 Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“

verliehen: vor dem 1. April 1984

Nachweis: Schwerpunkt Verhaltenstherapie

- Weiterbildung Systemische Therapie

7.2 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Behandlung von Erwachsenen

mit Weiterbildung für Behandlung von Erwachsenen

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 analytische Psychotherapie
 Verhaltenstherapie
 Systemische Therapie

Pseudonymisierungscode:

Behandlung von Kindern und Jugendlichen

mit Weiterbildung für Behandlung von Kindern und Jugendlichen

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

7.3 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten

Behandlung von Erwachsenen

mit vertiefter Ausbildung

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

und Zusatzqualifikation entsprechend den Anforderungen nach § 6 Abs. 4 Psychotherapievereinbarung

- Systemische Therapie

Behandlung von Kindern und Jugendlichen

mit vertiefter Ausbildung und Zusatzqualifikation entsprechend den Anforderungen nach § 6 Abs. 4 Psychotherapievereinbarung

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

7.4 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

mit vertiefter Ausbildung

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel der Therapeutin oder des Therapeuten

Schweigepflichtentbindung der Patientin / des Patienten¹

Ich ermächtige Frau/Herrn/...

der von der Festsetzungsstelle beauftragten Gutachterin oder dem von der Festsetzungsstelle beauftragten Gutachter – ohne Bekanntgabe meines Namens – Auskunft zu geben und entbinde sie oder ihn von der Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes oder der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten. Ich bin damit einverstanden, dass die Gutachterin oder der Gutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Diese Erklärung gilt nur für den konkreten Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der zu behandelnden Person oder
der gesetzlichen Vertreterin oder des
gesetzlichen Vertreters

¹ Die Therapeutin oder der Therapeut wird gebeten, die Schweigepflichtentbindung der Patientin oder des Patienten abzutrennen und zu den Patientenunterlagen zu nehmen. Sollte diese zurückgesandt werden, verbleibt die Schweigepflichtentbindung in der Beihilfeakte.

Pseudonymisierungscode:

Formblatt 2
(Nr. 9.2.6 BayBhVBek)

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als VERTRAULICHE ARZTSACHE gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an die Gutachterin bzw. den Gutachter zu übersenden.
Absender Name und Anschrift der Ärztin oder des Arztes bzw. der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten

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

I. Angaben über die zu behandelnde Person

Pseudonymisierungscode (wird von der Festsetzungsstelle vergeben)		Familienstand	
Geburtsdatum	Geschlecht (m/w/d)	Beruf	

II. Angaben über die Behandlung

Art der vorgesehenen Therapie
Datum des Therapiebeginns
Angaben zur Behandlung (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl und Behandlungsfrequenz seit Therapiebeginn
Angaben zur voraussichtlich noch erforderlichen Behandlung (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), der Sitzungszahl und Behandlungsfrequenz

Pseudonymisierungscode:

Ergänzende Hinweise zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter¹:

Die Ärztin oder der Arzt bzw. die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut erstellt den Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter persönlich und in freier Form nach der in diesem Formblatt vorgegebenen Gliederung und versieht ihn mit Datum und Unterschrift. Der Bericht soll auf die für das Verständnis der psychischen Störung und deren Ursachen sowie auf die für die Behandlung relevanten Informationen begrenzt sein.

Die jeweiligen Unterpunkte der Gliederungspunkte des Informationsblattes sind als Hilfestellung zur Abfassung des Berichts gedacht und müssen nur bei Relevanz abgehandelt werden. Gliederungspunkte mit dem Zusatz „AP“, „ST“, „TP“ oder „VT“ sind nur bei einem Bericht für das entsprechende Psychotherapieverfahren zu berücksichtigen. Die Angaben können stichwortartig erfolgen.

Im Rahmen einer Psychotherapie können relevante Bezugspersonen zur Erreichung eines Behandlungserfolges einbezogen werden. Angaben zur Einbeziehung von Eltern und Bezugspersonen sind insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, bei Menschen mit geistiger Behinderung oder in der Systemischen Therapie relevant. Relevante biografische Faktoren sollen im Rahmen der Verhaltensanalyse (VT), der Psychodynamik (TP, AP) bzw. der System- und Res-sourcenanalyse (ST) dargestellt werden.

1. Relevante soziodemographische Daten

- Bei Erwachsenen: aktuell ausgeübter Beruf, Familienstand, Zahl der Kinder
- Bei Kindern und Jugendlichen: Angaben zur Lebenssituation, zu Kindergarten oder zu Schulart, gegebenenfalls Schulabschluss und Arbeitsstelle, Geschwisterzahl und Geschwisterposition, zum Alter und Beruf der Eltern und gegebenenfalls der primären Betreuungspersonen

2. Symptomatik und psychischer Befund

- Von der zu behandelnden Person geschilderte Symptomatik mit Angaben zu Schwere und Verlauf; ggf. diesbezüglich Angaben von Eltern und Bezugspersonen, bei Kindern und Jugendlichen Informationen aus der Schule
- Auffälligkeiten bei der Kontaktaufnahme, der Interaktion und bezüglich des Erscheinungsbildes
- Psychischer Befund
- Krankheitsverständnis der zu behandelnden Person; gegebenenfalls der relevanten Bezugspersonen
- Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

3. Somatischer Befund / Konsiliarbericht

- Somatische Befunde (gegebenenfalls einschließlich Suchtmittelkonsum)
- gegebenenfalls aktuelle psychopharmakologische Medikation
- Psychotherapeutische, psychosomatische sowie kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychiatrische Vorbehandlungen (falls vorhanden Berichte beifügen)

4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte (gegebenenfalls auch zur Lebensgeschichte der Bezugspersonen), zur Krankheitsanamnese, zur Verhaltensanalyse (VT) bzw. zur Psychodynamik (TP, AP) bzw. zum Systemischen Erklärungsmodell (ST)

- Psychodynamik (TP, AP): auslösende Situation, intrapsychische Konfliktebene und aktualisierte intrapsychische Konflikte, Abwehrmechanismen, strukturelle Ebene, dysfunktionale Beziehungsmuster

¹ Die Hinweise entsprechen denjenigen aus der gesetzlichen Krankenversicherung.

Pseudonymisierungscode:

- Systemisches Erklärungsmodell (ST): Systemanalyse (störungsrelevante interpersonelle und intrapsychische Interaktions- und Kommunikationsmuster, Beziehungsstrukturen, Bedeutungsgebungen), belastende Faktoren, problemfördernde Muster und Lösungsversuche, Ressourcenanalyse, gemeinsam entwickelte Problemdefinition und Anliegen.

5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung

- ICD-10-Diagnose(n) mit Angabe der Diagnosesicherheit
- Psychodynamische bzw. neurosenpsychologische Diagnose (TP, AP)
- Differenzialdiagnostische Angaben falls erforderlich

6. Behandlungsplan und Prognose

- Beschreibung der konkreten, mit der zu behandelnden Person reflektierten Therapieziele; gegebenenfalls auch Beschreibung der Ziele, die mit den Bezugspersonen vereinbart wurden
- Individueller krankheitsbezogener Behandlungsplan, auch unter Berücksichtigung eventueller vorausgegangener ambulanter und stationärer Behandlungen sowie Angaben zu den im individuellen Fall geplanten Behandlungstechniken und -methoden; gegebenenfalls Angaben zur geplanten Einbeziehung der Bezugspersonen
- Begründung des Settings (Einzel- oder Gruppentherapie oder Kombinationsbehandlung), auch des Mehrpersonensettings (ST), der Sitzungszahl sowie der Behandlungsfrequenz und gegebenenfalls auch kurze Darstellung des Gruppenkonzepts; bei Kombinationsbehandlung zusätzlich kurze Angaben zum abgestimmten Gesamtbehandlungsplan
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen
- Prognose unter Berücksichtigung von Motivation, Umstellungsfähigkeit, inneren und äußeren Veränderungs Hindernissen; gegebenenfalls auch bezüglich der Bezugspersonen

7. Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag

- Bisheriger Behandlungsverlauf, Veränderung der Symptomatik und Ergebnis in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; gegebenenfalls auch bezüglich der begleitenden Arbeit mit den Bezugspersonen
- Begründung der Notwendigkeit der Umwandlung der Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie
- Weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren

Hinweise zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter zum Fortführungsantrag

(bei mehreren Berichten zu Fortführungsanträgen sind die Berichte entsprechend fortlaufend zu nummerieren)

1. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs seit dem letzten Bericht, Veränderung der Symptomatik und Behandlungsergebnis in Bezug auf die Erreichung bzw. Nichterreichung der Therapieziele; gegebenenfalls auch bezüglich der Einbeziehung von Bezugspersonen
2. Aktuelle Diagnose(n) gemäß ICD-10 und aktueller psychischer Befund, weitere Ergebnisse psychodiagnostischer Testverfahren
3. Begründung der Notwendigkeit der Fortführung der Behandlung, weitere Therapieplanung, geänderte/erweiterte Behandlungsziele, geänderte Behandlungsmethoden und -techniken, Prognose, Planung des Therapieabschlusses, gegebenenfalls weiterführende Maßnahmen nach Ende der Therapie

Pseudonymisierungscode:

Hinweise zum Ergänzungsbericht (nur bei Zweitgutachten)

Wurde ein Antrag auf Langzeittherapie nach Einholen einer gutachterlichen Stellungnahme von der Festsetzungsstelle abgelehnt und legt die beihilfeberechtigte Person Widerspruch gegen diese Entscheidung ein, kann die Festsetzungsstelle ein Zweitgutachten einholen. Nach Aufforderung durch die Festsetzungsstelle erstellt die Ärztin oder der Arzt bzw. die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut der Festsetzungsstelle einen in freier Form erstellten Ergänzungsbericht. Für den Ergänzungsbericht gibt es keine vorgesehene Gliederung. Die Rückmeldung der Gutachterin oder des Gutachters und relevante Unterpunkte oder Gliederungspunkte dieses Informationsblattes können als Orientierung für die Erstellung des Ergänzungsberichts verwendet werden.

Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin oder des Arztes bzw. der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten

Pseudonymisierungscode:

Formblatt 3
(Nr. 9.2.6 BayBhVBek)

Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie

(Den Bericht bitte in einen verschlossenen als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.)

auf Veranlassung von (Name der Ärztin oder des Arztes bzw. der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten)
Person (Pseudonymisierungscode – wird von der Festsetzungsstelle vergeben)

- Aufgrund ärztlicher Befunde bestehen derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung.
- 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 anamnesischen Daten:
Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnose(n):
Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stationär/ambulant (zum Beispiel laufende Medikation):
Befunde, die eine ärztliche/ärztlich-veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen liegen vor:
Befunde, die eine psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung erforderlich machen, liegen vor:

- Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist
 - erfolgt.
 - veranlasst.

Folgende ärztliche/ärztlich veranlasste Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind notwendig:
Folgende ärztliche Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst:

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Pseudonymisierungscode:

Formblatt 4
(Nr. 9.2.6 BayBhVBek)

Anschrift der Festsetzungsstelle

(Name und Anschrift der Gutachterin/des Gutachters)

Bayerische Beihilfeverordnung

hier: Psychotherapie-Gutachten (Pseudonymisierungscode _____)

- Anlagen:
- 1 Antrag (Formblatt 1)
 - 1 Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten (Formblatt 2) in verschlossenem Umschlag
 - 1 Psychotherapie-Gutachten (Formblatt 4 – dreifach)
 - 1 Freiumschlag

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

ich bitte Sie um gutachterliche Stellungnahme zu einem Antrag auf Psychotherapie auf der beigefügten Formularvorlage Psychotherapie-Gutachten in Form eines

- Gutachtens
- Zweitgutachtens.

Neben dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist der Bericht der Therapeutin bzw. des Therapeuten und gegebenenfalls ein Konsiliarbericht der Ärztin oder des Arztes im verschlossenen Briefumschlag beigefügt.

Eine Schweigepflichtentbindung der zu behandelnden Person liegt vor. Mit dieser wird die Ärztin oder der Arzt bzw. die Therapeutin oder der Therapeut von der Schweigepflicht entbunden und ermächtigt, der oder dem von der Festsetzungsstelle beauftragten Gutachterin oder Gutachter Auskunft zu geben. Ferner erklärt sich die zu behandelnde Person damit einverstanden, dass die Gutachterin oder

der Gutachter der Festsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten:

Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt

Gutachten vom:

Anzahl der Sitzungen:

Name der Gutachterin oder des Gutachters:

Ihr Psychotherapie-Gutachten bitte ich mir in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblatts 5 einschließlich Ihrer Rechnung in Anlehnung an die Gutachterhonorar-Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband unter Verwendung des Freiumschlags zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen

Pseudonymisierungscode:

Formblatt 5
(Nr. 9.2.6 BayBhVBek)

Name und Anschrift der Gutachterin oder des Gutachters	Datum
---	--------------

Anschrift Festsetzungsstelle

Psychotherapie-Gutachten

<u>Pseudonymisierungscode</u>	
<u>Auftragsschreiben vom</u>	

Die Voraussetzungen für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie sind für die Behandlungsform

<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie (AP)	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie (ST)
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie (VT)

als

<input type="checkbox"/> erfüllt anzusehen	<input type="checkbox"/> nicht erfüllt anzusehen
--	--

	Anzahl der Sitzungen für die zu behandelnde Person	Anzahl der Sitzungen für den Einbezug von Bezugspersonen
<input type="checkbox"/> ausschließlich Einzelbehandlung		
<input type="checkbox"/> ausschließlich Gruppenbehandlung		
<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung mit		
<input type="checkbox"/> überwiegend Einzelbehandlung		
<input type="checkbox"/> überwiegend Gruppenbehandlung		
<input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten		

Pseudonymisierungscode:

Gegebenenfalls weitere Anmerkungen der Gutachterin oder des Gutachters

Kurzbegründung der Gutachterin oder des Gutachters bei Fehlen der medizinischen Notwendigkeit der vorgesehenen Psychotherapie oder fehlender Qualifikation der Therapeutin oder des Therapeuten oder beides:

- Es werden Störungen beschrieben, die nicht den in § 9 der Bayerischen Beihilfeverordnung (BayBhV) genannten Indikationen zuzuordnen sind.
- Das Störungsmodell bzw. die aktuell wirksame Psychodynamik der psychischen Erkrankung gemäß eines der in §§ 11 bis 12a BayBhV genannten Psychotherapieverfahren ist nicht hinreichend erkennbar.
- Das vorgesehene Psychotherapieverfahren bzw. der methodische Ansatz lässt einen Behandlungserfolg nicht oder nicht in ausreichendem Maß erwarten oder gehört zu den Verfahren, deren Aufwendungen nach § 13 BayBhV nicht beihilfefähig sind.
- Die Voraussetzungen bei der zu behandelnden Person oder deren Lebensumstände lassen für das beantragte Psychotherapieverfahren einen Behandlungserfolg nicht oder nicht ausreichend erwarten.
- Die in den § 11 Abs. 5 bis 7, § 12 Abs. 3 bis 5, § 12a Abs. 3 und 4 BayBhV genannten Anforderungen für die Durchführung der jeweiligen Behandlung werden von der Therapeutin oder dem Therapeuten nicht erfüllt.

gegebenenfalls Erläuterung:

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters

Formblatt 6
(Nr. 9.2.6 BayBhVBek)

Anschrift der Beihilfefestsetzungsstelle

(Anschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person)

Name

Telefon

Telefax

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Bitte bei Antwort angeben
Unser Zeichen, Unsere Nachricht vom

Zimmer-Nr.

Datum

Bayerische Beihilfeverordnung

hier: Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie

Ihr Antrag vom ...

Sehr geehrte(r) Frau/Herr/...

aufgrund des Psychotherapie-Gutachtens vom _____ werden die Aufwendungen einer

- tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
- analytischen Psychotherapie
- Verhaltenstherapie
- Systemischen Therapie

für _____
(Name der zu behandelnden Person)

durch _____
(Name der Therapeutin oder des Therapeuten)

für eine

- ausschließliche Einzelbehandlung mit bis zu – weiteren – _____ Sitzungen
- ausschließliche Gruppenbehandlung mit bis zu – weiteren – _____ Sitzungen
- Kombinationsbehandlung mit bis zu – weiteren – _____ Sitzungen mit
 - überwiegend Einzelbehandlung
 - überwiegend Gruppenbehandlung

- begleitende Behandlung der Bezugsperson mit 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 genannten 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 1. Juli 2004 grundsätzlich ein Gebührevorschuss zu entrichten.

Mit freundlichen Grüßen

Formblatt 7a
Nr. 48.1.2 BayBhVBek

Name: _____
Vorname: _____

Geschäftszeichen _____
Geburtsdatum: _____

Antrag auf Beihilfe

Anschrift der Beihilfestelle

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder auf **Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 bis 3, soweit zutreffend, zu beantworten (bitte ausfüllen oder ankreuzen). Gegebenenfalls bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben

1	Haben sich Änderungen bei den Fragen 4 bis 7 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben? <input type="checkbox"/> ja, bei Frage(n) _____ (bitte Fragen beantworten)	<input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> ja, bei: _____ <input type="checkbox"/> 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 20 000 €? Bei Berufstätigkeit der Ehegattin/des Ehegatten bzw. der Lebenspartnerin/des Lebenspartners bitte erstmalig Frage 5 beantworten! Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einnahmen nur die <u>Werbungskosten</u> abzusetzen. <input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr <input type="checkbox"/> nein	
3	Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht. <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Unfalldatum: _____ <input type="checkbox"/> nein Unfallart: <input type="checkbox"/> Dienstupfall (siehe Hinweis Nr. 8) <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall Unfallschilderung: _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">Belege kennzeichnen und für die Schilderung gegebenenfalls Beiblatt verwenden!</div>	
	Ich willige ein, dass bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen geeignete Stellen (zum Beispiel Gutachter) hinzugezogen und hierzu auch personenbezogene Daten übermittelt werden. Für Rückfragen bei Behandlern entbinde ich sie von der Schweigepflicht. Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. <input type="checkbox"/> 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 und berichtigte oder stornierte Rechnungen mit einem entsprechenden Hinweis vorzulegen sind.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren diesbezüglichen Rechten erhalten Sie unter [www.](#) oder alternativ unter unserer Datenschutz-Telefonnummer

Anzahl der eingereichten Belege:
Summe der Aufwendungen: € _____
Telefon (optional): _____

Datum _____ **Unterschrift** _____
 Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter Bevollmächtigte/Bevollmächtigter Nachweis liegt vor

Von Bezügeadresse abweichende **Beihilfeanschrift** (zum Beispiel bei Bevollmächtigten) bzw. **Dienststellenanschrift:** _____

Beachten Sie bitte die Hinweise auf der Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag.

Formblatt 7a
Nr. 48.1.2 BayBhVBek

Geschäftszeichen:

4	Antragstellerin/Antragsteller: Erhalten Sie weitere Bezüge						<input type="checkbox"/> ja, als	<input type="checkbox"/> Beamter /	<input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger von:	<input type="checkbox"/> nein	
Nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen											
<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt seit:			<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit:			Zeitanteil:					
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet?						<input type="checkbox"/> ja, vom			bis		<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?											
<input type="checkbox"/> ja, vom			bis			<input type="checkbox"/> Elternzeit		<input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)			<input type="checkbox"/> nein
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?											
<input type="checkbox"/> ja, vom			bis			als:		Zeitanteil:			<input type="checkbox"/> nein
bei:											
5	Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt?									<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, vom											
			bis			<input type="checkbox"/> Elternzeit		<input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)			
<input type="checkbox"/> Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig?											
<input type="checkbox"/> ja, als:			<input type="checkbox"/> Beamter			<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer			<input type="checkbox"/> Selbständiger		<input type="checkbox"/> nein
bei:						Zeitanteil:					
6	Kinder, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder die bei einer zweiten Berufsausbildung bzw. einem Zweitstudium wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigt werden.										
Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)		Geburtsdatum	Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium								
			Art der Ausbildung		Beginn	Voraussichtliches Ende		eigene Beihilfeberechtigung			
a								<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
b								<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
c								<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig?											
<input type="checkbox"/> ja, Kind			bei:								<input type="checkbox"/> nein
Hat ein über 18jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?											
<input type="checkbox"/> ja, Kind:			seit:								<input type="checkbox"/> nein
7	Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)										
ja	(bei Kind Vorname angeben)		privat	gesetzlich			Zusatzversicherung (Art?)				
				pflicht-	freiwillig	familien-					
				versichert							
<input type="checkbox"/>	Antragsteller		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/>	Ehegatte/Lebenspartner		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/>	Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/>	Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/>	Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> nein	
8	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (zum Beispiel nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)?									<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, für Person(en): (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)											
9	Ist mit den behandelnden Ärzten / der Klinikleitung eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) / gesondert berechenbare Unterkunftsleistungen geschlossen worden?									<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarungen beilegen!)											
10	Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).									<input type="checkbox"/> ja	

Formblatt 7a
Nr. 48.1.2 BayBhVBek

Geschäftszeichen:

Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag

von _____

vom _____

Beachten Sie bitte folgende Hinweise:

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

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

Nr.	A, E, L, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
Gesamt betrag :				

Hinweise:

1. Für die Beantragung der Beihilfe sind **Zweitschriften oder Kopien** ausreichend.
2. Als **Lebenspartner** gelten nach § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes nur eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner.
3. Bei **Beurlaubungen** ist die **Frage 4** oder **Frage 5** oder **beide Fragen 4 und 5** stets auszufüllen.
4. Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** (zum Beispiel Bundesversorgungsgesetz) bitte **Frage 8** beantworten.
5. Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenhausaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen – bitte **Frage 9** beantworten.
6. Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 10** beantworten.
7. Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **Bezügekonto**.
8. Dienstunfallbedingte Belege sind, falls noch nicht geschehen, mit einem Antrag auf Anerkennung eines Dienstunfalles bei der zuständigen Dienststelle einzureichen.

Formblatt 7b
Nr. 48.1.2 BayBhVBek

Name: _____
Vorname: _____

Geschäftszeichen _____
Geburtsdatum: _____

Antrag auf Beihilfe
Pflege und allgemeine Aufwendungen

Anschrift der Beihilfestelle

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder auf **Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 bis 3, soweit zutreffend, zu beantworten (bitte ausfüllen oder ankreuzen). Gegebenenfalls bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

Belege bitte nicht heften, klammern oder aufkleben

1	Haben sich Änderungen bei den Fragen 4 bis 7 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?	<input type="checkbox"/> ja, bei Frage(n) _____ (bitte Fragen beantworten) <input type="checkbox"/> 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 (gegebenenfalls abweichender Familienname): _____	
	Hat die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner eine eigene Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> ja, bei: _____	<input type="checkbox"/> nein
3	Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht.	
	<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> Unfalldatum: _____ <input type="checkbox"/> nein	
	Unfallart: <input type="checkbox"/> Dienstunfall (siehe Hinweis Nr. 8) <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall	
Unfallschilderung: _____ Belege kennzeichnen und für die Schilderung gegebenenfalls Beiblatt verwenden!		
<input type="checkbox"/> 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 willige ein, dass bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen geeignete Stellen (zum Beispiel Gutachter) hinzugezogen und hierzu auch personenbezogene Daten übermittelt werden. Für Rückfragen bei Behandlern entbinde ich sie von der Schweigepflicht. Die Einwilligung kann jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.		<input type="checkbox"/> 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 und berechnete oder stornierte Rechnungen mit einem entsprechenden Hinweis vorzulegen sind.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren diesbezüglichen Rechten erhalten Sie unter [www.](#) oder alternativ unter unserer Datenschutz-Telefonnummer

Anzahl der eingereichten Belege:	
Summe der Aufwendungen:	€

Telefon (optional): _____

Datum Beihilfeberechtigte/Beihilfeberechtigter **Unterschrift** Bevollmächtigte/Bevollmächtigter Nachweis liegt vor

Von Bezügeadresse abweichende **Beihilfeanschrift** (zum Beispiel bei Bevollmächtigten) bzw. **Dienststellenanschrift:** _____

Beachten Sie bitte die Hinweise auf der Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag.

Formblatt 7b
Nr. 48.1.2 BayBhVBek

Geschäftszeichen:

4	Antragstellerin/Antragsteller: Erhalten Sie weitere Bezüge <input type="checkbox"/> ja, als <input type="checkbox"/> Beamter / <input type="checkbox"/> Versorgungsempfänger von: <input type="checkbox"/> nein						
Nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen							
<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt seit:		<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit:			Zeitanteil:		
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____						<input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)						<input type="checkbox"/> nein	
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ als: _____ bei: _____ Zeitanteil: _____						<input type="checkbox"/> nein	
5	Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner ohne Bezüge beurlaubt? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben) <input type="checkbox"/> nein						
<input type="checkbox"/> Ist die Ehegattin/der Ehegatte bzw. die Lebenspartnerin/der Lebenspartner erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Selbständiger bei: _____ Zeitanteil: _____ <input type="checkbox"/> nein							
6	Kinder, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind oder die bei einer zweiten Berufsausbildung bzw. einem Zweitstudium wegen des Umfangs einer Erwerbstätigkeit nicht berücksichtigt werden.						
Vorname (gegebenenfalls abweichender Familienname)		Geburtsdatum	Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium				
			Art der Ausbildung	Beginn	Voraussichtliches Ende	eigene Beihilfeberechtigung	
a						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
b						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
c						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> ja, Kind _____ bei: _____						<input type="checkbox"/> nein	
Hat ein über 18jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen? <input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ seit: _____						<input type="checkbox"/> nein	
7	Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)						
ja	(bei Kind Vorname angeben)	privat	gesetzlich			Zusatzversicherung (Art?)	
			pflicht-	freiwillig	familien-		
			versichert				
<input type="checkbox"/>	Antragsteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Ehegatte/Lebenspartner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein
8	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (zum Beispiel nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz)? <input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ (bitte Nachweis vorlegen und Aufwendungen kennzeichnen) <input type="checkbox"/> nein						
9	Ist mit den behandelnden Ärzten / der Klinikleitung eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) / gesondert berechenbare Unterkunftsleistungen geschlossen worden? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarungen beilegen!) <input type="checkbox"/> nein						
10	Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen). <input type="checkbox"/> ja						

Formblatt 7b
Nr. 48.1.2 BayBhVBek

Geschäftszeichen:

Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag

von _____

vom _____

Beachten Sie bitte folgende Hinweise:

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

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

Nr.	A, E, L, K	Vorname des Kindes	Rechnungsdatum	Betrag in Euro
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
Gesamtbetrag:				

Hinweise:

1. Für die Beantragung der Beihilfe sind **Zweitschriften oder Kopien** ausreichend.
2. Als **Lebenspartner** gelten nach § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes nur eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner.
3. Bei **Beurlaubungen** ist die **Frage 4** oder **Frage 5** oder **beide Fragen 4 und 5** stets auszufüllen.
4. Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** (zum Beispiel Bundesversorgungsgesetz) bitte **Frage 8** beantworten.
5. Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenhausaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen – bitte **Frage 9** beantworten.
6. Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 10** beantworten.
7. Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **Bezügekonto**.
8. Dienstunfallbedingte Belege sind, falls noch nicht geschehen, mit einem Antrag auf Anerkennung eines Dienstunfalles bei der zuständigen Dienststelle einzureichen.

Formblatt 7c
(Nr. 48.1.3 BayBhVBek)

Beihilfefestsetzungsstelle

Geschäftszeichen

Frau / Herrn / ...

Festsetzung der Beihilfe

Anlagen: 1 Zusammenstellung
1 Antragsvordruck

Mit freundlichen Grüßen

Name

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

Berechnung der Beihilfe

Beihilfefähiger Betrag

1	Antragsteller	€	%		€	
2	Ehegatte	€	%	=	€	
3	Kinder	€	%	=	€	
4		€	%		€	
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					
9	Beihilfe somit ¹⁾ _____ €		./.		_____ €	
	(Zeile 5)		(Zeile 8)			
10						
11	Abzüglich Abschlags-/Überzahlung					
12	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 genannten 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 beigefügt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt 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 beigefügt werden. Der Klage und allen Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt 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 1. Juli 2004 grundsätzlich ein Gebührevorschuss zu entrichten.

Formblatt 8
(Nr. 29.5.3 BayBhVBek)

Anschrift der Beihilfefestsetzungsstelle

(Anschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person)

Name

Telefon

Telefax

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Bitte bei Antwort angeben
Unser Zeichen, Unsere Nachricht vom

Zimmer-Nr.

Datum

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

Name der Patientin bzw. des Patienten

Sehr geehrte(r) Frau/Herr/...,

aufgrund des amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens werden die Kosten für eine
Fortführung der stationären Rehabilitationsmaßnahme in_____ für die weitere Dauer von <mehr als 30> Tagen nach Maßgabe der Bayerischen
Beihilfeverordnung als beihilfefähig anerkannt.

Mit freundlichen Grüßen

Formblatt 9
(Nr. 30.6.7 BayBhVBek)

Anschrift der Beihilfefestsetzungsstelle

(Anschrift der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person)

Name

Telefon

Telefax

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom	Bitte bei Antwort angeben Unser Zeichen, Unsere Nachricht vom	Zimmer-Nr.	Datum
---------------------------------	--	------------	-------

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

Name der Patientin bzw. des Patienten

Sehr geehrte(r) Frau/Herr/...,

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

für die Dauer von höchstens 21 Tage nach Maßgabe der Bayerischen Beihilfeverordnung (BayBhV) als beihilfefähig anerkannt.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind bis zu einem Betrag von <aktueller Betrag nach § 30 Abs. 5 Satz 1 Nr. 7 BayBhV> 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

Geschäftszeichen bitte stets angeben:

Eingangsstempel

Anschrift der Beihilfestelle

<h2 style="margin: 0;">Antrag auf Abschlagszahlung</h2> <p style="margin: 10px 0 0 0;">für eine zu erwartende Beihilfe bei</p> <p><input type="checkbox"/> stationärer Krankenhausbehandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Anschlussrehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> sonstiger stationärer Rehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> Dialysebehandlung</p> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> oder ausfüllen.</p>
--

1. Antragsteller (Beihilfeberechtigter)/Antragstellerin (Beihilfeberechtigte)

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	

2. Erkrankte Person

<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Ehegatte / Lebenspartner (Vorname)	<input type="checkbox"/> Kind (Vorname)
---	---	---

3. Kosten

Name und Anschrift des Krankenhauses / der Rehabilitationseinrichtung / der Dialyse-Institution		
Behandlungstermin	Voraussichtliche Behandlungsdauer	
Aufnahmenummer	Allgemeiner Pflegesatz/Fallpauschale (€)	zu leistende Vorauszahlung (€)
Bei Dialysebehandlung: Voraussichtliche Kosten (€)		
Zuschlag für Zwei-Bett-Zimmer (€) <small>-nur angeben, wenn ein Zuschlag für Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer berechnet wird.</small>		

4. Zahlungsweise

Die Überweisung soll erfolgen	<input type="checkbox"/> auf das Bezügekonto	<input type="checkbox"/> an das Krankenhaus
	<input type="checkbox"/> an die Dialyse-Institution	<input type="checkbox"/> an die Rehabilitationseinrichtung
Name und Sitz des Geldinstituts	Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)	
IBAN	BIC	

Mir ist bekannt, dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, soweit er die später festzusetzende Beihilfe übersteigt oder die Leistung nicht in Anspruch genommen wird.

Ort, Datum	Unterschrift <input type="checkbox"/> Antragsteller/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r
------------	---

Erklärungen der behandelten volljährigen Person:

- Ich bin mit der Übermittlung meiner Daten zur Person, Diagnosen und Behandlungsdaten sowie der sonstigen in § 301 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Daten zwischen Krankenhaus und der Festsetzungsstelle einverstanden. Ich entbinde das Krankenhaus, den Rechnungssteller und die Festsetzungsstelle von der Schweigepflicht.
- Die Festsetzungsstelle kann Rückfragen direkt mit dem Krankenhaus oder dem Rechnungssteller klären.
- Für die Bezahlung nicht beihilfefähiger Leistungen bin ich selbst verantwortlich.

Datum, Unterschrift der volljährigen behandelten Person

4. Angaben des Krankenhauses (vom Krankenhaus auszufüllen)

Das Verfahren richtet sich nach der zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. und dem Bund abgeschlossenen Rahmenvereinbarung über eine Direktabrechnung von Krankenhausleistungen – Beihilfe – im schriftlichen Verfahren.

Bitte senden Sie diesen Antrag zusammen mit der Aufnahmeanzeige zeitnah nach Aufnahme der zu behandelnden Person in das Krankenhaus an die Festsetzungsstelle. Ist die Aufnahmeanzeige nicht beigefügt, kann eine Direktabrechnung nicht erfolgen. Für die Berücksichtigung von wahlärztlichen Leistungen oder Wahlleistungen bei der Direktabrechnung ist die entsprechende Wahlleistungsvereinbarung zwingend beizufügen. Die Festsetzungsstelle wird Ihnen zeitnah bestätigen, ob eine Direktabrechnung erfolgen kann und in welchem Umfang eine Leistungsverpflichtung besteht. Die Rechnung ist der Festsetzungsstelle mit der Entlassungsanzeige zuzuleiten (nicht bei Zwischenrechnungen).

Verzichtet die Festsetzungsstelle auf die vorherige Übermittlung dieses Antrages, ist dieser mit der Rechnung nebst Aufnahmeanzeige, Entlassungsanzeige und gegebenenfalls der Wahlleistungsvereinbarung zu übersenden.

Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, wenden Sie sich wegen der Begleichung der Rechnung bitte an die behandelte Person. Auch Kostenanteile, für die keine Beihilfe gewährt werden kann, sind der behandelten Person direkt in Rechnung zu stellen.

Aufnahmedatum:	Aufnahmenummer:
Einweisungsdiagnosen:	
Aufnahmediagnosen (ICD):	
Verweildauer: _____ Tage	(voraussichtliches) Entlassungsdatum:

Aufnahmeanzeige bitte beifügen.

Verlegung von einem anderen Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Handelt es sich um eine Wiederaufnahme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Behandlung durch einen Belegarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wurden wahlärztliche Leistungen oder Wahlleistungen vereinbart?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die Vereinbarung bitte gegebenenfalls beifügen.			
Hat eine vorstationäre Behandlung stattgefunden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Findet (voraussichtlich) eine nachstationäre Behandlung statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Werden die Kosten hierfür von diesem Antrag mit erfasst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ansprechperson und Rufnummer bei Rückfragen:

Datum, Unterschrift, Stempel

Impressum

Herausgeber:

Bayerische Staatskanzlei, Franz-Josef-Strauß-Ring 1, 80539 München

Postanschrift: Postfach 220011, 80535 München

Telefon: +49 (0)89 2165-0, E-Mail: direkt@bayern.de

Technische Umsetzung:

Bayerische Staatsbibliothek, Ludwigstraße 16, 80539 München

Druck:

Justizvollzugsanstalt Landsberg am Lech, Hindenburgring 12, 86899 Landsberg am Lech

Telefon: +49 (0)8191 126-725, Telefax: +49 (0)8191 126-855, E-Mail: druckerei.ll@jv.bayern.de

ISSN 2627-3411

Erscheinungshinweis / Bezugsbedingungen:

Das Bayerische Ministerialblatt (BayMBl.) erscheint nach Bedarf, regelmäßiger Tag der Veröffentlichung ist Mittwoch. Es wird im Internet auf der Verkündungsplattform Bayern www.verkuendung.bayern.de veröffentlicht. Das dort eingestellte elektronische PDF/A-Dokument ist die amtlich verkündete Fassung. Die Verkündungsplattform Bayern ist für jedermann kostenfrei verfügbar.

Ein Ausdruck der verkündeten Amtsblätter kann bei der Justizvollzugsanstalt Landsberg am Lech gegen Entgelt bestellt werden. Nähere Angaben zu den Bezugsbedingungen können der Verkündungsplattform Bayern entnommen werden.