

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

Bekanntmachung  
des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen  
vom 26. Juli 2007  
- GZ: 25 - P 1820-1075-26929/07

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

Inhaltsübersicht

Abschnitt I	Geltungsbereich
Abschnitt II	Verwaltungsvorschriften zur Bayerischen Beihilfeverordnung
VV zu § 1 BayBhV	Zweckbestimmung
VV zu § 2 BayBhV	Beihilfeberechtigter Personenkreis
VV zu § 3 BayBhV	Berücksichtigungsfähige Angehörige
VV zu § 4 BayBhV	Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten
VV zu § 5 BayBhV	Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen
VV zu § 6 BayBhV	Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen
VV zu § 7 BayBhV	Beihilfefähigkeit der Aufwendungen
VV zu § 8 BayBhV	Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen
VV zu § 9 BayBhV	Psychotherapie - Begutachtungsverfahren
VV zu § 12 BayBhV	Verhaltenstherapie
VV zu § 14 BayBhV	Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen
VV zu § 15 BayBhV	Kieferorthopädische Leistungen
VV zu § 16 BayBhV	Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
VV zu § 17 BayBhV	Implantologische Leistungen
VV zu § 18 BayBhV	Arznei- und Verbandmittel
VV zu § 19 BayBhV	Heilbehandlungen
VV zu § 20 BayBhV	Komplexleistungen
VV zu § 21 BayBhV	Hilfsmittel
VV zu § 22 BayBhV	Sehhilfen
VV zu § 24 BayBhV	Häusliche Krankenpflege
VV zu § 25 BayBhV	Familien- und Haushaltshilfe
VV zu § 26 BayBhV	Fahrtkosten

VV zu § 27 BayBhV	Auswärtige Übernachtungen
VV zu § 28 BayBhV	Krankenhausleistungen
VV zu § 29 BayBhV	Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen
VV zu § 30 BayBhV	Kuren
VV zu § 31 BayBhV	Dauernde Pflegebedürftigkeit
VV zu § 32 BayBhV	Häusliche und teilstationäre Pflege
VV zu § 33 BayBhV	Verhinderungspflege
VV zu § 36 BayBhV	Stationäre Pflege
VV zu § 37 BayBhV	Vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe
VV zu § 38 BayBhV	Zusätzliche Betreuungsleistungen
VV zu § 39 BayBhV	Hospize
VV zu § 40 BayBhV	Festsetzungsverfahren bei Pflege
VV zu § 41 BayBhV	Vorsorgemaßnahmen
VV zu § 42 BayBhV	Aufwendungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt
VV zu § 43 BayBhV	Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Kontrazeption
VV zu § 44 BayBhV	Sonstige Aufwendungen
VV zu § 45 BayBhV	Behandlungen im Ausland
VV zu § 46 BayBhV	Bemessung der Beihilfe
VV zu § 47 BayBhV	Begrenzung der Beihilfe
VV zu § 48 BayBhV	Verfahren

Abschnitt III	Anwendungsempfehlung für nichtstaatliche Dienstherren
---------------	---

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

## **Abschnitt I**

### Geltungsbereich

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

## **Abschnitt II**

### Verwaltungsvorschriften zur Bayerischen Beihilfeverordnung

#### **VV zu § 1 BayBhV            Zweckbestimmung**

<sup>1</sup>Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt.

<sup>2</sup>Durch 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.

## VV zu § 2 BayBhV

## Beihilfeberechtigter Personenkreis

### Zu Absatz 1

1. Die in § 2 Abs. 1 Nr. 3 genannten Personen sind, soweit sie Ansprüche nach § 2 Abs. 2 haben, bereits von dem Tage an selbst beihilfeberechtigt, an dem der Beihilfeberechtigte stirbt.
2. Empfänger von Unterhaltsbeitrag auf Grund disziplinarrechtlicher Regelungen und von Gnadenunterhaltsbeiträgen sind nicht beihilfeberechtigt.

### Zu Absatz 2

1. Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen in Betracht § 22 Abs. 1 Satz 2, §§ 53 bis 56 und § 61 Abs. 2 und 3 des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG) sowie § 9a des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG).
2. <sup>1</sup>Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Sonderurlaub ohne Bezüge nach § 18 Abs. 3 Urlaubsverordnung (UrlV) von längstens einem Monat unberührt. <sup>2</sup>Dauert der Sonderurlaub länger als einen Monat, entfällt der Beihilfeanspruch von Anbeginn der Beurlaubung.
3. <sup>1</sup>Bezüglich des Beihilfeanspruchs des überlebenden Ehegatten zählen Empfänger von Halbwaisengeld zum Kreis der berücksichtigungsfähigen Angehörigen. <sup>2</sup>§ 3 Abs. 2 Nr. 1 ist zu beachten.
4. Steht dem überlebenden Ehegatten aufgrund einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst als Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer noch ein Beihilfeanspruch zu (vgl. § 6 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung besoldungsrechtlicher Vorschriften), so sind die Aufwendungen der Halbwaisen abweichend von § 5 Abs. 2 nur aus dem beamtenrechtlichen Beihilfeanspruch des überlebenden Ehegatten zu gewähren.
5. <sup>1</sup>Wenn der überlebende Elternteil eines Kindes der verstorbenen Person nicht zum Bezug von Witwen- bzw. Witwergeld berechtigt ist und auch keinen Unterhaltsbeitrag in Höhe des Witwen- bzw. Witwergeldes erhält, erhält das Kind Waisengeld nach dem Satz für

Vollwaisen (vgl. § 24 Abs. 2 BeamtVG). <sup>2</sup>Das Kind hat in solchen Fällen einen eigenen Anspruch auf Beihilfe.

#### **Zu Absatz 4**

1. <sup>1</sup>Beihilfeberechtigte erhalten als Mitglied bzw. ehemaliges Mitglied des Deutschen Bundestages nach § 27 Abs. 1 Abgeordnetengesetz (AbgG) einen Zuschuss zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen in sinngemäßer Anwendung der Beihilfebestimmungen des Bundes (BhV). <sup>2</sup>Unter den in § 27 Abs. 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird stattdessen ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt. <sup>3</sup>Eine Beihilfegewährung nach den BayBhV ist ausgeschlossen (§ 2 Abs. 2).
2. <sup>1</sup>Werden Beamtinnen und Beamte sowie Richterinnen und Richter zu Mitgliedern des Bayerischen Landtags gewählt, ruht das Beamten- bzw. Richterverhältnis ohne Fortzahlung der Dienstbezüge (Art. 30 Bayerisches Abgeordnetengesetz - BayAbgG). <sup>2</sup>Sie haben deshalb gemäß § 2 Abs. 2 keinen Anspruch auf Beihilfeleistungen, sondern lediglich Ansprüche nach Art. 20 BayAbgG. <sup>3</sup>Ein Versorgungsempfänger bleibt als solcher beihilfeberechtigt nach § 2 Abs. 1 Nrn. 2, 3, da ein Anspruch nach Art. 20 BayAbgG nur besteht, soweit sich ein Beihilfeanspruch nicht aus anderen Vorschriften ergibt. <sup>4</sup>Da es sich bei Art. 20 BayAbgG nicht um eine vorrangige Regelung handelt, ist auch § 5 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 5 Abs. 2 BhV nicht einschlägig.

#### **VV zu § 3 BayBhV      Berücksichtigungsfähige Angehörige**

##### **Zu Absatz 1**

1. Bei dem Grunde nach berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, ist § 5 Abs. 3 zu beachten.
2. Die Vorschrift erfasst nicht nur beim Familienzuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder.

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

### **Zu Absatz 2**

1. <sup>1</sup>Solange der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gewährt wird, bleiben Kinder in der Beihilfe berücksichtigungsfähig. <sup>2</sup>Sofern ein eigenständiger Anspruch auf Beihilfe besteht, vgl. § 5 Abs. 3 BayBhV.
2. <sup>1</sup>Nr. 1 gilt entsprechend bei Arbeitnehmern, die nach § 6 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung besoldungsrechtlicher Vorschriften) noch Anspruch auf Beihilfe haben, bzgl. der kinderbezogenen Entgeltbestandteile nach § 11 TVÜ-Länder bzw. § 8 TVÜ-Ärzte für Kinder, die bis 31. Dezember 2006 geboren wurden (§ 11 Abs. 3 Buchst. a TVÜ-Länder bzw. § 8 Abs. 3 Buchst. a TVÜ-Ärzte). <sup>2</sup>Für Kinder, die nach dem 31. Dezember 2006 geboren wurden, gilt Satz 1 entsprechend, wenn bei einer Geburt vor dem 1. Januar 2007 ein Anspruch auf kinderbezogenen Entgeltbestandteile nach § 11 TVÜ-Länder bzw. § 8 Satz 2 TVÜ-Ärzte bestanden hätte.
3. Welchem Beihilfeberechtigten im Einzelfall die Beihilfe gewährt wird, ergibt sich aus § 5 Abs. 6.

### **Zu Absatz 3**

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

### **VV zu § 4 BayBhV      Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten**

1. Die Beihilfegewährung zu Aufwendungen des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bis zum Todestag entstanden sind, erfolgt nach den am Ta-

ge vor dem Tod jeweils maßgebenden personenbezogenen Bemessungssätzen des Art. 86a Abs. 3 BayBG.

2. Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis seines Todes noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.
3. Die Originalbelege sind vor der Rückgabe von der Festsetzungsstelle als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich zu machen.
4. § 48 Abs. 3 Satz 4 ist nicht anzuwenden.

#### **VV zu § 5 BayBhV**

#### **Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen**

##### **Zu Absatz 1**

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

##### **Zu Absatz 2**

1. <sup>1</sup>Die 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. <sup>2</sup>Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht.

Beispiel:

Eine als krankenversicherungspflichtige Angestellte im öffentlichen Dienst beschäftigte Witwengeldempfängerin hat bei einer Krankenhausbehandlung Wahlleistungen in Anspruch genommen. Aus dem Arbeitnehmerverhältnis, das vor dem 1. Januar 2001 begrün-

det wurde, steht ihr insoweit keine Beihilfe zu, da sie in diesem Fall infolge der Verweisung auf Sachleistungen dem Grunde nach keine Beihilfeberechtigung als Arbeitnehmerin hat (§ 3 Abs. 1 Satz 1 Bh-TV). Da somit keine vorgehende Beihilfeberechtigung vorliegt, steht ihr eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin zu.

2. <sup>1</sup>Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger ist ausgeschlossen. <sup>2</sup>Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen. <sup>3</sup> Soweit die vorgehende Beihilfeberechtigung aufgrund einer Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer besteht, gelten die Ausführungen zu Abs. 5 sinngemäß
  
3. <sup>1</sup>Soweit in der privaten Krankenversicherung versicherte Versorgungsempfänger im öffentlichen Dienst eine Teilzeitbeschäftigung als Arbeitnehmer ausüben, die vor dem 1. Januar 2001 begonnen wurde, und auf Grund ihres dienstrechtlichen Status keinen Beitragszuschuss nach § 257 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. keine Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung erlangen können, ist aus Fürsorgegründen § 5 Abs. 2 nicht anzuwenden. <sup>2</sup>In diesen Fällen geht die Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger vor und verdrängt die Beihilfeberechtigung aus dem Teilzeitarbeitnehmerverhältnis.

### **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Die VV zu Abs. 1 und 2 gelten entsprechend. <sup>2</sup>Die Ausschlussregelungen des Art. 86a Abs. 1 BayBG, § 7 Abs. 4 Nr. 2 sind zu beachten.

### **Zu Absatz 5**

<sup>1</sup>Wird einem teilzeitbeschäftigten, berücksichtigungsfähigen Angehörigen eines Beamten der auf Grund des § 6 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung besoldungsrechtlicher Vorschriften oder vergleichbarer tarifvertraglicher Regelungen zustehende Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Geburtsfällen entsprechend dem Umfang der Arbeitszeit gequotelt, besteht Anspruch auf Beihilfe über den beamteten Ehegatten, wenn die sonstigen beihilferechtlichen Voraussetzungen (z. B.



Art. 86a Abs. 1 BayBG, § 7 Abs. 4 Nr. 2) erfüllt sind.<sup>2</sup>Von den beihilfefähigen Aufwendungen ist die auf Grund des § 6 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung besoldungsrechtlicher Vorschriften oder vergleichbarer tarifvertraglicher Regelungen zustehende Beihilfe in Abzug zu bringen (Art. 86a Abs. 2 Satz 4 BayBG).<sup>3</sup>Eine Beihilfegewährung zu Pflegeleistungen erfolgt bei Vorliegen der Voraussetzungen der §§ 32 bis 39 ausschließlich aus dem Beihilfeanspruch des verbeamteten Ehegatten.

### **Zu Absatz 6**

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

## **VV zu § 6 BayBhV      Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen**

### **Zu Absatz 1**

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

werden, es sei denn, dass sie vom Einkommen oder Vermögen des Leistungsberechtigten oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.

2. <sup>1</sup>Festbeträge gelten als Sachleistung; darüber hinausgehende Aufwendungen sind nach Art. 86a Abs. 2 Satz 4 BayBG nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Festbeträge können gebildet werden für
- a) Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V),
  - b) Hilfsmittel (§ 36 SGB V).

<sup>3</sup>Als Festbeträge gelten auch

- a) die Vertragssätze nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V,
  - b) der Zuschuss nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V,
  - c) der Zuschuss nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V sowie
  - d) der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V.
3. <sup>1</sup>Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615a in Verbindung mit § 1610 Abs. 2, §§ 1615 ff. BGB). <sup>2</sup>Der 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. <sup>3</sup>Daher kann die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfen beansprucht.
4. <sup>1</sup>Eine 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. <sup>2</sup>Gleiches gilt gegenüber Leistungen aus dem Entschädigungsfond für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Abs. 1 des Pflichtversicherungsgesetzes (PflVG).
5. <sup>1</sup>Zu Aufwendungen von freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die vor dem 1. April 2007 entstanden sind, sind Beihilfeleistungen übergangsweise nach den bis 31. Dezember 2006 in Bayern maßgebenden Beihilfebestimmungen zu gewähren. <sup>2</sup>Eine Berücksichtigung von Aufwendungen, die nach dem 31. März 2007 entstanden sind bzw. entstehen, ist nur möglich, wenn der Beihilfeberechtigte nachweist, dass ihm ein Übergang vom Kostenerstattungsverfahren (§ 13 Abs. 2 SGB V) in das Sachleistungsverfahren erst zu

einem nach dem 31. März 2007 liegenden Zeitpunkt erstmals möglich ist.<sup>3</sup> Entsprechend ist bei bislang freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung zu verfahren, die von der dauernden Öffnungsaktion der privaten Krankenversicherungsunternehmen (Wechsel in die private Krankenversicherung zu besonderen Bedingungen) Gebrauch machen.

### **Zu Absatz 2**

1. <sup>1</sup>Die gemäß Art. 96 Satz 1 BayBG auf den Freistaat Bayern übergehenden oder von der Beamtin bzw. dem Beamten abgetretenen Schadensersatzansprüche werden durch das Landesamt für Finanzen - Dienststelle Regensburg - geltend gemacht (§ 3 Abs. 6 Vertretungsverordnung - VertrV). <sup>2</sup>Die Beihilfefestsetzungsstellen haben das Landesamt für Finanzen – Dienststelle Regensburg - über derartige Schadensfälle alsbald zu unterrichten.
2. Art. 96 BayBG erfasst sowohl Ansprüche der Beamtin bzw. des Beamten als auch Ansprüche von berücksichtigungsfähigen Angehörigen und Versorgungsempfängern.
3. <sup>1</sup>Auch bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern kann gegen Abtretung der Schadenersatzansprüche nach Nr. 1 Satz 1 verfahren werden. <sup>2</sup>Die Schadensersatzansprüche werden vom Landesamt für Finanzen – Dienststelle Ansbach - geltend gemacht (§ 3 Abs. 7 VertrV). <sup>3</sup>Im Übrigen gilt Nr. 1 entsprechend.

### **VV zu § 7 BayBhV      Beihilfefähigkeit der Aufwendungen**

#### **Zu Absatz 1**

1. <sup>1</sup>Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen sind nur nach Maßgabe des § 41 beihilfefähig. <sup>2</sup>Aufwendungen für andere vorbeugende Maßnahmen (z. B. ungezielte umfassende Untersuchungen - sog. Check-up) sind nicht beihilfefähig.
2. <sup>1</sup>Bei Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen in Diagnosekliniken sind Fahrt- und Unterkunftskosten (§§ 26, 27) notwendig, wenn es sich um einen Problemfall handelt. <sup>2</sup>Ein Problemfall liegt nur dann vor, wenn dies durch einen Arzt ausdrücklich bestätigt wird.

3. <sup>1</sup>Die 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 zu Grunde zu legen sind. <sup>2</sup>Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einzelsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. <sup>3</sup>Der in der GOÄ und der GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, grundsätzlich ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu vergüten. <sup>4</sup>Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 7 Abs. 1 Satz 2) sind die Gebühren nach der GOÄ bzw. der GOZ auch dann, wenn die Leistung von einer Ärztin/Zahnärztin bzw. einem Arzt/Zahnarzt oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet. <sup>5</sup>Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten z. B. die landesrechtlichen Gesetze über den Rettungsdienst. <sup>6</sup>Darin 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. <sup>7</sup>Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Gesetze vereinbart wurden und einheitlich berechnet werden.
4. <sup>1</sup>Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung richtet sich nach der GOÄ mit der Maßgabe, dass Vergütungen nur für Leistungen berechnungsfähig sind, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt sind, vgl. § 1 Abs. 2 Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). <sup>2</sup>Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Gebührennummern:
- a) Nrn. 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- bzw. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95 aus Abschnitt B des Gebührenverzeichnisses der GOÄ,

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

<sup>3</sup>Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach Nrn. 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren durch vertrauensärztliche Gutachter, sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsnummern nach Abschnitt G der GOÄ beihilfefähig.

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

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

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 3 GOZ; vgl. z. B. Nr. 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, Nr. 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).

6. <sup>1</sup>Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. <sup>2</sup>Bestehen bei der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch die Ärztin/Zahnärztin bzw. den Arzt/Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten veranlasst worden ist. <sup>3</sup>Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist entsprechend § 48 Abs. 8 zu verfahren.

7. <sup>1</sup>Nach § 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). <sup>2</sup>Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig; eine Abdingung der GOZ ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ zulässig (vgl. VV zu Abs. 4 Nr. 4). <sup>3</sup>Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen im Sinn der BayBhV angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1, 3 GOÄ, § 5 Abs. 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend Nrn. 5 und 6 gerechtfertigt. <sup>4</sup>Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der obersten Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen zugelassen werden.
8. Bei Versicherten im beihilfekonformen Standardtarif (§ 257 Abs. 2a SGB V) beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen, die zum Leistungsumfang des Standardtarifs zählen, nach § 5b GOÄ, § 5a GOZ und § 1 Abs. 1 GOP in Verbindung mit § 5b GOÄ.
9. Abrechnungen auf der Basis eines DKG-NT (Nebenkostentarif der Deutschen Krankenhausesellschaft) sind in voller Höhe beihilfefähig.
10. Zu den besonderen gebührenrechtlichen Fragen wird auf die als **Anhang 1** beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht verwiesen.

### **Zu Absatz 3**

1. Die beihilferechtliche Berücksichtigung von Pauschalabrechnungen, die auf der Basis eines zwischen privaten Krankenversicherungsunternehmen und Leistungserbringern geschlossenen Vertrages verrechnet werden, setzt voraus, dass in den Abrechnungsunterlagen in geeigneter Weise auf das private Krankenversicherungsunternehmen und den Vertragsschluss Bezug genommen wird.

2. <sup>1</sup>Nach dem Transplantationsgesetz (TPG) vom 5. November 1997 (BGBl I S. 2631) stellt die Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung eine gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der anderen Krankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit (§ 11 Abs. 1 Satz 1 TPG) dar. <sup>2</sup>Mit der Organisation dieser Aufgabe wurde durch Vertrag die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) als „Koordinierungsstelle“ im Sinne des § 11 Abs. 1 Satz 2 TPG beauftragt. <sup>3</sup>Vertragspartner ist u. a. der Verband der privaten Krankenversicherung. <sup>4</sup>Die Finanzierung der Organbeschaffung bei postmortalen Organspende durch die DSO als Koordinierungsstelle erfolgt in Form einer Organisations- sowie einer Flugtransportkostenpauschale. <sup>5</sup>Das Staatsministerium der Finanzen gibt die jeweiligen Beträge bekannt.

#### **Zu Absatz 4 Nr. 2**

1. <sup>1</sup>Die Einkünfte nach dieser Vorschrift umfassen folgende Einkunftsarten:
- a) Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
  - b) Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
  - c) Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
  - d) Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,
  - e) Einkünfte aus Kapitalvermögen,
  - f) Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
  - g) sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 Einkommensteuergesetz (EStG).
- <sup>2</sup>Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. <sup>3</sup>Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuss der Einnahmen über die Werbungskosten.
2. Bei einem individuellen Ausschluss oder einer Aussteuerung von Versicherungsleistungen sind nur die Aufwendungen für die entsprechenden Leiden oder Krankheiten beihilfefähig.
3. <sup>1</sup>Für die Beihilfefähigkeit ist nicht das Entstehen der Aufwendungen, sondern jeweils der Eingang des Beihilfeantrags bei der Beihilfestelle maßgebend. <sup>2</sup>Dies bedeutet, dass es nicht

auf das Entstehen der Aufwendungen, sondern auf die Geltendmachung des Beihilfeanspruchs ankommt, wobei die Jahresfrist nach § 48 Abs. 7 zu beachten ist.

4. Für Beamtinnen und Beamte, die während einer kurzzeitigen Inanspruchnahme von Elternzeit in zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen werden, jedoch die Vorgaben des § 7 Abs. 4 Nr. 2 Satz 3 nicht erfüllen, gilt die Ausnahme im Sinn des § 7 Abs. 4 Nr. 2 Satz 4 als allgemein erteilt.

#### **Zu Absatz 4 Nr. 4**

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

#### **Zu Absatz 5**

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

#### **VV zu § 8 BayBhV      Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen**

1. <sup>1</sup>Legasthenie ist keine Erkrankung im Sinn des § 8. <sup>2</sup>Aufwendungen für eine derartige Behandlung sind daher nicht beihilfefähig.
2. <sup>1</sup>Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. <sup>2</sup>Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose erforderlich bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen



Leistungen. <sup>3</sup>Bei implantologischen Leistungen ist die Angabe der Diagnose nur bei den in § 17 Satz 1 BayBhV genannten Fällen erforderlich; ist keine Diagnose angegeben, ist davon auszugehen, dass die genannten besonderen Voraussetzungen nicht vorliegen.

3. Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig.
4. Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne sowie der Nr. 002 des Gebührenverzeichnisses der GOZ beihilfefähig.

## **VV zu § 9 BayBhV                      Psychotherapie - Begutachtungsverfahren**

### **Zu Absatz 2**

1. <sup>1</sup>Die Festsetzungsstelle beauftragt einen der in Anhang 2 aufgeführten vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung sowie mit der Bewertung der Angaben des Arztes oder Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeuten genannt) mit den Formblättern 1 und 2 (siehe Nr. 7, **Anhang 5**).
- 1.1 <sup>1</sup>Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle das Formblatt 1 („Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“) ausgefüllt vorzulegen. <sup>2</sup>Außerdem hat er (oder die Patientin bzw. der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf Formblatt 2 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.
- 1.2 <sup>1</sup>Therapeuten im Sinn der Nr. 1 sollen zusätzlich mit Formblatt 2a (siehe Nr. 7, **Anhang 5**) den erforderlichen ärztlichen Konsiliarbericht zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG) einholen.

- 1.3 <sup>1</sup>Der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und ggf. das Formblatt 2a in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln unter gleichzeitigem Verweis auf den Auftrag/das Ersuchen des Beihilfeberechtigten oder der Patientin bzw. des Patienten.
- 1.4 <sup>1</sup>Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Festsetzungsstelle mit Formblatt 3 (siehe Nr. 7, **Anhang 5**) einen vertrauensärztlichen Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach Formblatt 4 (siehe Nr. 7, **Anhang 5**) und leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten ungeöffneten Umschlag des Therapeuten,
  - b) das ausgefüllte Formblatt 1 (in Kopie),
  - c) Formblatt 4 in dreifacher Ausfertigung,
  - d) einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.
- 1.5 <sup>1</sup>Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach Formblatt 4 („Psychotherapie-Gutachten“) - in zweifacher Ausfertigung - in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle. <sup>2</sup>Diese leitet eine Ausfertigung des "Psychotherapie-Gutachtens" an den Therapeuten weiter.
- 1.6 <sup>1</sup>Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme erteilt die Festsetzungsstelle dem Beihilfeberechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach Formblatt 5 (siehe Nr. 7, **Anhang 5**).
2. <sup>1</sup>Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Festsetzungsstelle Widerspruch ein, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen.
- 2.1 <sup>1</sup>Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte (oder die Patientin bzw. der Patient) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, seinen „Erstbericht“ an den Gutachter auf Formblatt 2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet

und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle/des Gutachters eingegangen werden sollte.

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

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

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

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

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

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

3. <sup>1</sup>Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (§ 11 Abs. 2 und § 12 Abs. 3) leitet die Festsetzungsstelle den vom Therapeuten begründeten Verlängerungsbe-

richt (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2) mit einem Freiumschlag dem Gutachter zu, welcher das Erstgutachten erstellt hat. <sup>2</sup>Dabei ist das Formblatt 4 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen. <sup>3</sup>Im Übrigen gelten Nrn. 1.5 bis 2.5 entsprechend.

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

#### **VV zu § 12 BayBhV            Verhaltenstherapie**

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

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

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

**VV zu § 15 BayBhV            Kieferorthopädische Leistungen**

1. Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn vor Behandlungsbeginn zum Nachweis der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird und die geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf Dauer zur Heilung und/oder Linderung geeignet sind.
2. Bezüglich der Beihilfefähigkeit von Heil- und Kostenplänen bei kieferorthopädischer Behandlung vgl. Nr. 4 zu § 8.
3. <sup>1</sup>Sofern eine aktive kieferorthopädische Weiterbehandlung (Maßnahmen nach Nrn. 603 bis 605 GOZ bzw. Nrn. 606 bis 609 GOZ) über den bis zu vierjährigen Zeitraum hinaus medizinisch erforderlich wird, ist die Vorlage eines neuen Heil- und Kostenplans erforderlich. <sup>2</sup>Dieser ist im letzten Quartal vor Ablauf der vierjährigen Behandlung, d. h. im 16. Behandlungsquartal, vorzulegen. <sup>3</sup>Kieferorthopädische Leistungen, die nach dem 16. Behandlungsquartal durchgeführt werden, sind nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit, gegebenenfalls nach fachzahnärztlicher Begutachtung, vorher anerkannt hat. <sup>4</sup>Entsprechendes gilt für erforderliche Zweitbehandlungen.
4. Erfolgt die aktiven Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Regelbehandlungszeit von bis zu vier Jahren und sind anschließend ausschließlich Retentionsmaßnahmen nach Nr. 621 GOZ bzw. Begleitleistungen nach Nrn. 618 bis 623 GOZ medizinisch notwendig, ist kein neuer Heil- und Kostenplan erforderlich.

### **VV zu § 16 BayBhV Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**

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

### **VV zu § 17 BayBhV Implantologische Leistungen**

1. Bezüglich der Frage, ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, vgl. Nr. 2 Satz 3 zu § 8.
2. Vom Begriff der implantologischen Leistungen werden neben den Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der GOZ auch Aufwendungen für ggf. erforderliche vorbereitende operative Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau) nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ erfasst.
3. Die Beihilfegewährung zu Aufwendungen für den Austausch von Sekundärteilen erfolgt sinngemäß nach § 17 Sätze 1 bis 3, 5.

### **VV zu § 18 BayBhV Arznei- und Verbandmittel**

1. <sup>1</sup>Von § 18 erfasst werden nur Medizinprodukte im Sinn des § 3 Nr. 1 Buchst. d Nrn. 2, 3, 5, des Medizinproduktegesetzes (MPG). <sup>2</sup>Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel, Medizinprodukte i.S.d. Nr. 1 und dergleichen, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk des Arztes, Zahnarztes oder Heilpraktikers erneut beschafft worden sind, sind

nicht beihilfefähig. <sup>3</sup>Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.

2. <sup>1</sup>Aufwendungen für Geriatrika und Stärkungsmittel sind nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Beihilfefähig sind die Aufwendungen für verordnete Arzneimittel zur Vorbeugung gegen Rachitis und Karies (z. B. D-Fluoretten, Vigantolekten) bei Säuglingen und Kleinkindern.

#### **Zu Satz 4 Nr. 2**

1. <sup>1</sup>Zu den Mitteln, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, gehören z. B. Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwässer, medizinische Körperpflegemittel, Nahrungsergänzungsmittel und dergleichen. <sup>2</sup>In Ausnahmefällen sind Aufwendungen für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung beihilfefähig, wenn diese auf Grund einer ärztlichen Verordnung notwendig sind bei
  - a) Ahornsirupkrankheit,
  - b) AIDS-assoziierten Diarrhöen,
  - c) angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel,
  - d) angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
  - e) Colitis ulcerosa,
  - f) Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
  - g) erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z. B. Mundboden- und Zungenkarzinom),
  - h) Kurzdarmsyndrom,
  - i) Morbus Crohn,
  - j) Mukoviszidose,

- k) Multiplen Nahrungsmittelallergien,
  - l) Niereninsuffizienz,
  - m) Phenylketonurie,
  - n) postoperativer Nachsorge,
  - o) Tumortherapien (auch nach der Behandlung).
2. Aufwendungen für Elementardiäten sind für Säuglinge (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr) mit Kuhmilch- und Eiweißallergie beihilfefähig; dies gilt ferner für einen Zeitraum von einem halben Jahr bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis, sofern Elementardiäten für diagnostische Zwecke eingesetzt werden.

### **Zu Satz 4 Nr. 3**

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

## **VV zu § 19 BayBhV            Heilbehandlungen**

### **Zu Absatz 1**

1. <sup>1</sup>Die in § 19 Abs. 1 genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, bei denen eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht. <sup>2</sup>Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Behandler in ihrem Beruf erbringen. <sup>3</sup>Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -thera-



peuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.

2. <sup>1</sup>Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für die in Anlage 2 genannten Heilbehandlungen. <sup>2</sup>Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Heilbehandlungen, die weder in Anlage 2 aufgeführt noch den dort aufgeführten Leistungen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen.
3. <sup>1</sup>Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.
4. Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie können nach folgenden Maßgaben als beihilfefähig anerkannt werden:
  - a) Werden neuropsychologische Behandlungen von einer Psychologin bzw. einem Psychologen erbracht, muss eine entsprechende Weiterbildung im Bereich der Neuropsychologie (z. B. durch die Gesellschaft für Neuropsychologie - GNP e.V.) nachgewiesen werden.
  - b) Pro Sitzung (mindestens 60 Min.) kann ein Betrag von bis zu 61,36 € als beihilfefähig anerkannt werden.
  - c) Maximal 25 Sitzungen sind beihilfefähig.

## **Zu Absatz 2**

1. <sup>1</sup>Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. <sup>2</sup>Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärztinnen bzw. Ärzte reicht nicht aus. <sup>3</sup>Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
- 2.1 Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

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

und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:

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

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

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

## **VV zu § 20 BayBhV            Komplexleistungen**

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

<sup>3</sup>Zu den Komplextherapien gehören u. a. Asthmaschulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitustherapien (Pauschalabrechnung), ambulante Chemotherapie nach dem Braunschweiger Modell, ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen.

2. Nicht zu den Komplextherapien zählen u. a. die Soziotherapie und die psychiatrische Krankenpflege.

3. Stationäre Komplextherapie bedeutet die Einheit zwischen klinisch stationärer Behandlung und Rehabilitationsmaßnahme.

## **VV zu § 21 BayBhV            Hilfsmittel**

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

## **VV zu § 22 BayBhV            Sehhilfen**

### **Zu Absatz 1**

1. <sup>1</sup>Sehhilfen für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind unter Beachtung der Höchstsätze nach § 22 Abs. 2 bis 6 beihilfefähig, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlenen Klassifizierung des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. <sup>2</sup>Eine schwere Sehbehinderung, die zur Versorgung zu Lasten der Beihilfe führen kann, liegt somit nur vor, wenn die Sehschärfe (Visus) auf jedem Auge maximal 0,3 beträgt. <sup>3</sup>0,3 bedeutet, dass der Patient aus drei Meter Entfernung das sehen kann, was ein Normalsichtiger aus zehn Meter Entfernung sehen kann. <sup>4</sup>Besteht bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brillen- oder möglichen Kontaktlinsenversorgung auf einem Auge eine Sehleistung von  $\leq 0,3$  (kleiner oder gleich 30 %), auf dem anderen bei bestmöglicher Korrektur eine Sehbehinderung von  $>0,3$  (größer als 30 %), besteht kein Leistungsanspruch für Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige. <sup>5</sup>Eine eingeschränkte Sehfähigkeit von bis zu 0,3 auf einem Auge allein reicht somit für einen Leis-

tungsanspruch nicht aus. <sup>6</sup>Die Indikation (Indikationsschlüssel) ist auf der Verordnung anzugeben. <sup>7</sup>Die Angabe in Dioptrien ist allein nicht ausreichend.

2. Gegenüberstellung der maßgeblichen Indikationen-Codierungsschlüssel gemäß ICD-10-Klassifikation (ICD-10-GM-Version 2004, Kapitel VII, Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde) und der Stufen der Sehbeeinträchtigung gemäß WHO:

Bezeichnung gemäß ICD 10	Stufen der Sehbeeinträchtigung gemäß WHO	Sehschärfe mit bestmöglicher Korrektur	
		Maximum als:	weniger Minimum bei oder höher als:
Sehschwäche	1	6/18 3/10 <b>(0,3)</b> 20/70	6/60 1/10 <b>(0,1)</b> 20/200
Sehschwäche	2	6/60 1/10 <b>(0,1)</b> 20/200	3/60 1/20 <b>(0,05)</b> 20/400
Blindheit	3	3/60  1/20 <b>(0,05)</b> 20/400	1/60 (Fingerzählen bei 1 m) 1/50 <b>(0,02)</b> 5/300 (20/1200)
Blindheit	4	1/60 (Fingerzählen bei 1 m) 1/50 <b>(0,02)</b> 5/300	<b>Lichtwahrnehmung</b>
Blindheit	5	<b>keine Lichtwahrnehmung</b>	

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

a) **H 54.0 Blindheit beider Augen**

Stufen 3, 4 und 5 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.

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

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

c) **H 54.2 Sehschwäche beider Augen**

Stufen 1 oder 2 der Sehbeeinträchtigung beider Augen.

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

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

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

als beihilfefähig anerkannt werden.

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

**Zu Absatz 7**

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

## VV zu § 24 BayBhV      Häusliche Krankenpflege

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

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

2. <sup>1</sup>Bei einer häuslichen Krankenpflege durch eine Berufspflegekraft sind die Aufwendungen bis zur Höhe der örtlichen Sätze der hierfür in Betracht kommenden öffentlichen oder freigeinnützigen Träger beihilfefähig. <sup>2</sup>Bis zu dieser Höhe sind auch die Aufwendungen für eine von einer Ärztin bzw. einem Arzt für geeignet erklärte Ersatzpflegekraft beihilfefähig.
3. <sup>1</sup>Durchschnittliche Kosten einer Krankenpflegekraft sind die monatliche feste Arbeitnehmervergütung nach Entgeltgruppe 7a des TV-L (Grundvergütung der Stufe 4, Pflegezulage nach § 17 TV-Ü in Verbindung mit PN Nr. 1 Abs. 1 der Anlage 1b Abschnitt A zum BAT), anteilige Sonderzuwendung zuzüglich der Arbeitgeberanteile zu Sozial- und Zusatzversicherung; das Staatsministerium der Finanzen gibt den jeweiligen Betrag bekannt. <sup>2</sup>Bis zu dieser Höhe können auch die Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte berücksichtigt

werden. <sup>3</sup>Erfolgt die Krankenpflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist der Höchstsatz entsprechend zu mindern.

4. <sup>1</sup>Bei einer vorübergehenden Krankenpflege einer in einem Alten-/Seniorenwohnheim nicht wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist der zu den allgemeinen Unterbringungskosten berechnete Pflegezuschlag bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft beihilfefähig. <sup>2</sup>Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.
5. Als Aufgabe einer Beschäftigung gilt auch die vorübergehende Beurlaubung ohne Entgelt.

#### **VV zu § 25 BayBhV Familien- und Haushaltshilfe**

1. <sup>1</sup>Der Umfang der Tätigkeit einer Familien- und Haushaltshilfe wird durch ärztliche Verordnung festgelegt. <sup>2</sup>Beihilfefähig sind Aufwendungen bis zu den von der AOK Bayern mit den Leistungserbringern vereinbarten Vergütungen. <sup>3</sup>Fahrtkosten der Ersatzkraft sind nur von der nächstgelegenen Einrichtung beihilfefähig.
2. <sup>1</sup>Nur geringfügig ist eine Erwerbstätigkeit dann, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von Vollbeschäftigten beträgt. <sup>2</sup>Die Voraussetzungen des Satzes 2 sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt alleine führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. <sup>3</sup>Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die den Haushalt alleine führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung des wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. <sup>4</sup>Dies gilt auch in den in Nr. 4.1 Satz 2 und Nr. 4.2 Satz 2 zu § 28 Abs. 2 geregelten Fällen.

3. Ein besonderer Fall im Sinn von § 25 Satz 3 Nr. 1 liegt nur dann vor, wenn der Erkrankte nach stationärer Unterbringung die Führung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung noch nicht - auch nicht teilweise - wieder übernehmen kann.
4. Als Alleinerziehende gelten Mütter oder Väter, die mit ihrem berücksichtigungsfähigen Kind ohne den anderen Elternteil in einem Haushalt leben.

#### **VV zu § 26 BayBhV            Fahrkosten**

1. <sup>1</sup>Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung oder nach ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. <sup>3</sup> § 26 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
2. <sup>1</sup>Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung sind in besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig. <sup>2</sup>Diese Fahrten bedürfen dem Grunde nach der vorherigen Genehmigung der Festsetzungsstelle. <sup>3</sup>Die Genehmigung der Beihilfefähigkeit der Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen von Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen gilt als erteilt bei
  - a) Schwerbehinderten, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung); „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegen,
  - b) Nachweis der Pflegestufe 2 oder 3,
  - c) Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie.



3. Fahrtkosten zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung können grundsätzlich nur zwischen dem Aufenthaltsort des Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen und der nächst gelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden; dies gilt entsprechend für die Rückfahrt.
4. Bei Fahrten anlässlich Untersuchungen in Diagnosekliniken ist Nr. 2 zu § 7 Abs. 1 zu beachten.
5. Transportkosten, die im Rahmen einer Eigenblutspende anfallen, sind bis zur nächstgelegenen objektiv geeigneten Behandlungseinrichtung und nur bis zur Höhe des in § 26 Satz 3 bestimmten Betrages beihilfefähig.

#### **VV zu § 27 BayBhV            Auswärtige Übernachtungen**

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

#### **VV zu § 28 BayBhV            Krankenhausleistungen**

##### **Zu Absatz 2**

1. Bei Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind bezüglich des Beihilfeanspruches und des Bemessungssatzes die Verhältnisse am ersten Tag des Aufenthaltes maßgebend.
2. <sup>1</sup>Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen; dies gilt sinngemäß für Krankenhäuser, die die Bundespflegesatzverordnung (BPflV) nicht anwenden. <sup>2</sup>Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbett-

zimmer angeboten, sind 50 v. H. dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich der Eigenbeteiligung nach Art. 86a Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 BayBG beihilfefähig.

3. Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, das aufgrund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.
4. Bei der Bewertung der Unterbringungskosten von Begleitpersonen ist wie folgt zu differenzieren:
  - 4.1 <sup>1</sup>Erfolgt die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung noch nach den Vorgaben der BpflV, ist die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, durch den Pflegesatz nach der BpflV abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Abweichend hiervon können Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 26 € täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach amts- oder vertrauensärztlicher Feststellung die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.
  - 4.2 <sup>1</sup>Werden Krankenhausbehandlungen nach den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) abgerechnet, kann für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG), auf der Basis des § 17b Abs. 1 Satz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ein Zuschlag für die Aufnahme von Begleitpersonen verrechnet werden; dies gilt nicht für Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind. <sup>2</sup>Entsprechende Kosten sind bis zu der vereinbarten Höhe für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts beihilfefähig. <sup>3</sup>Die Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG wird im Internet veröffentlicht (z. B. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/abrechnung/zuschlaege/2007/>). <sup>4</sup>Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. <sup>5</sup>Nr. 4.1 Satz 2 gilt entsprechend.

5. <sup>1</sup>Nach § 8 Abs. 2 KHEntgG dürfen zusätzlich zu einer Fallpauschale Zusatzentgelte, Zu- und Abschläge sowie sonstige festgelegte Entgelte berechnet werden. <sup>2</sup>Entsprechende Aufwendungen sind beihilfefähig. <sup>3</sup>Dies gilt auch für den Investitionszuschlag nach § 8 Abs. 3 KHEntgG, den Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet für jeden Berechnungstag eines tagesgleichen Pflegesatzes sowie jeden Belegungstag bei Fallpauschalen bis zum 31. Dezember 2014 berechnen. <sup>4</sup>Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für die nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 BPfIV berechneten Zuschläge. <sup>5</sup>Beihilfefähig ist auch der Zuschlag (DRG-Systemzuschlag), der von Krankenhäusern nach dem Gesetz zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung (DRG-Systemzuschlags-Gesetz) vom 27. April 2001 (BGBl I S. 772) berechnet wird.
6. Aufwendungen für eine in Rechnung gestellte Wahlleistung „Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ (§ 17 KHEntgG bzw. § 22 BPfIV) für den Entlassungstag sind nicht beihilfefähig.
7. Besonders in Rechnung gestellte belegärztliche Leistungen (§ 18 KHEntgG, § 23 BPfIV) sind neben den wahlärztlichen Leistungen (§ 17 KHEntgG bzw. § 22 BPfIV) beihilfefähig.
8. <sup>1</sup>Der Abzug der Eigenbeteiligung nach Art. 86a 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. <sup>2</sup>Hierzu sind der Beihilfefestsetzungsstelle die schriftlich geschlossenen Wahlleistungsvereinbarungen vorzulegen. <sup>3</sup>Für den Abzug der Eigenbeteiligungen nach Art. 86a Abs. 2 Satz 7 BayBG zählen Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag.
9. <sup>1</sup>Vor-, nach- sowie teilstationär erbrachte wahlärztliche Leistungen unterliegen nicht der Eigenbeteiligung nach Art. 86a Abs. 2 Satz 7 Nr. 1 BayBG. <sup>2</sup>Dies gilt auch für belegärztliche Leistungen (§ 18 KHEntgG, § 23 BPfIV).
10. <sup>1</sup>Die Eigenbeteiligung für wahlärztliche Leistungen pro Aufenthaltstag im Krankenhaus kann bei allen stationären Aufwendungen - auch bei der Krankenhausabrechnung - berücksichtigt werden. <sup>2</sup>Werden wahlärztliche Leistungen von externen Dritten erbracht und vor Beendigung des stationären Krankenhausaufenthaltes in Rechnung gestellt, kann die Beihilfeabrechnung hierzu ohne Abzug einer Eigenbeteiligung durchgeführt werden.

11. Eine ggf. erforderliche Begrenzung nach § 47 Abs. 1 und 2 erfolgt vor Abzug der Eigenbeteiligungen gemäß Art. 86a Abs. 2 Satz 7 BayBG.

### **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Für die Vergleichsberechnung bei Behandlung in Privatkliniken sind grundsätzlich die Kosten für die dem Wohnort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (i. d. R. Universitätsklinik) ggf. einschließlich der Kosten für die Wahlleistung Unterbringung nach § 28 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 unter Berücksichtigung der Eigenbeteiligung nach Art. 86a Abs. 2 Satz 7 Nr. 2 BayBG heranzuziehen. <sup>2</sup>Bei dem Kostenvergleich sind jeweils die Bruttobeträge (einschließlich Umsatzsteuer) gegenüberzustellen.

## **VV zu § 29 BayBhV            Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen**

### **Zu Absatz 1**

Rehabilitationsleistungen, die stationär erbracht werden, unterliegen nicht der Eigenbeteiligung nach Art. 86a Abs. 2 Satz 7 BayBG.

### **Zu Absatz 2**

<sup>1</sup>Von einem zeitlichen Zusammenhang kann grundsätzlich immer dann ausgegangen werden, wenn die Unterbrechung nicht länger als drei Wochen andauert. <sup>2</sup>Bei einer längeren Unterbrechung kann dennoch von einem zeitlichen Zusammenhang ausgegangen werden, wenn die Anschlussheilbehandlung aus gesundheitlichen Gründen oder aus Platzmangel nicht innerhalb der Frist angetreten werden kann.

### **Zu Absatz 5**

1. <sup>1</sup>Die ärztliche Bescheinigung (§ 29 Abs. 5 Satz 1) bzw. das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten (§ 29 Abs. 5 Satz 2) muss vor dem Beginn der Maßnahme erstellt worden sein. <sup>2</sup>Darin sollen Angaben zur Einrichtung und zur Dauer der Maßnahme enthalten sein.
2. <sup>1</sup>Liegen die Voraussetzungen des § 29 Abs. 5 Satz 2 nicht vor, ist die Möglichkeit einer Abrechnung nach § 30 Abs. 2 zu prüfen. <sup>2</sup>Liegen auch die hierfür erforderlichen Voraussetzungen (§ 30 Abs. 6) nicht vor, sind nur die Aufwendungen nach §§ 8, 18 und 19 beihilfefähig.
3. Für den Anerkennungsbescheid nach § 29 Abs. 5 Satz 3 kann das Formblatt 8 (vgl. Nr. 3 zu § 48, Anhang 5) verwendet werden.

### **Zu Absatz 6**

1. <sup>1</sup>Die Anwesenheit einer Begleitperson kann notwendig sein, wenn z. B.
  - a) aus schwerwiegenden psychologischen Gründen eine Trennung eines minderjährigen Kindes von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der stationären Rehabilitation gefährden würde oder
  - b) wenn der Betroffene wegen einer schweren Behinderung (z. B. Blindheit) einer ständigen Hilfe bedarf, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann oder
  - c) während der stationären Rehabilitation eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.
2. <sup>1</sup>Nach § 29 Abs. 6 Nr. 4 sind die Kosten eines ärztlichen Schlussberichts beihilfefähig. <sup>2</sup>Der Schlussbericht soll bestätigen, dass eine stationäre Rehabilitation ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. <sup>3</sup>Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.

3. <sup>1</sup>Die Abrechnung von Fahrtkosten nach § 29 Abs. 6 Satz 1 Nr. 5 ist unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel. <sup>2</sup>Führen Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur gleichen Zeit und in derselben Einrichtung gemeinsam eine stationäre Rehabilitationsbehandlung durch, gelten gemeinsame Fahrten dorthin als eine Fahrt; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. <sup>3</sup>Ist der Patient gehunfähig oder ähnlich in der Bewegung eingeschränkt, können bei der Anreise zu Maßnahmen nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 abweichend von § 29 Abs. 6 Satz 1 Nr. 5 Fahrtkosten in sinngemäßer Anwendung von § 26 Satz 1 Nr. 3, Satz 4 als beihilfefähig anerkannt werden.

## **VV zu § 30 BayBhV            Kuren**

### **Zu Absatz 3**

1. Die Bewilligung dieser Maßnahme, die grundsätzlich stationär durchgeführt wird, setzt voraus, dass in der Bescheinigung nach § 30 Abs. 6 Satz 1 Nr. 4 bzw. § 30 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1 die Kurbedürftigkeit der Mutter/des Vaters bestätigt wird.
2. <sup>1</sup>Für Kinder, die bei Mutter-/ Vater-Kind-Kuren in die Einrichtung mit aufgenommen werden, obwohl sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind, sind die Aufwendungen neben den Aufwendungen für die Mutter/den Vater beihilfefähig, wenn deren Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme Voraussetzung ist (z. B. Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter/Vater und Kind wegen besonderer familiärer Verhältnisse oder des Alters des Kindes, wenn das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). <sup>2</sup>Aufwendungen für das Kind sind der Mutter bzw. dem Vater zuzurechnen.
3. <sup>1</sup>Ist alleine das Kind behandlungsbedürftig, so handelt es sich nicht um eine Mutter-/ Vater-Kind-Kur. <sup>2</sup>In diesem Falle ist eine stationäre Rehabilitation (§ 29 Abs. 4, 5 Sätze 2 und 3) für das Kind zu beantragen.
4. <sup>1</sup>Um eine anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenkasse besteht. <sup>2</sup>So-

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

#### **Zu Absatz 4**

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

#### **Zu Absatz 5**

1. <sup>1</sup>Nrn. 1 und 2 zu § 29 Abs. 6 gelten entsprechend. <sup>2</sup>Liegen die erforderlichen Voraussetzungen (§ 30 Abs. 6) nicht vor, sind nur die Aufwendungen nach §§ 8, 18 und 19 beihilfefähig.
2. <sup>1</sup>Reisetage werden bei der Feststellung der Dauer der Kur nach § 30 Abs. 5 Nr. 7 nicht berücksichtigt. <sup>2</sup>Eine Verlängerung einer Kur nach § 30 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 ist nicht beihilfefähig.
3. Bei der Mutter/Vater-Kind-Kur handelt es sich um eine einheitliche Maßnahme mit der Folge, dass auch nur einmal die Fahrkosten (für die Hauptperson – Mutter oder Vater) nach § 30 Abs. 5 Nr. 3 als beihilfefähig anerkannt werden können; dies gilt nicht bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.

#### **Zu Absatz 6**

1. Bei der Berechnung der Wartezeit nach § 30 Abs. 6 Satz 1 Nr. 2 bleiben solche Kuren außer Betracht, für die keine Beihilfe nach § 30 Abs. 5 Satz 1 Nrn. 2 bis 7 gewährt wurde oder die aus zwingenden Gründen (z. B. stationäre Behandlung des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger, Todesfall eines Angehörigen) abgebrochen wurden.

2. <sup>1</sup>In der ärztlichen Bescheinigung (§ 30 Abs. 6 Satz 1 Nr. 4) bzw. dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten (§ 30 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1) soll die Einrichtung im Sinn des § 29 Abs. 1 bzw. der Kurort angegeben werden. <sup>2</sup>Sie darf grundsätzlich nicht älter als vier Monate sein.
3. <sup>1</sup>Bei aktiven Bediensteten ist bei allen Formen von Kuren im Sinn des § 30 Abs. 1 eine amtsärztliche Begutachtung erforderlich. <sup>2</sup>Bei 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.  
<sup>3</sup>Dies gilt auch während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge im Sinn der Art. 80b und 88 BayBG.
4. § 30 Abs. 6 Satz 3 gilt entsprechend bei der erstmaligen Durchführung von Kuren bei Kindern im Vorschulalter.
5. Der Zeitraum nach § 30 Abs. 6 Satz 2 Nr. 3 beträgt vier Monate nach Bekanntgabe des Bescheides, soweit amtsärztlich nicht anderes bestimmt ist.
6. Aus der amtsärztlichen Bescheinigung muss hervorgehen, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen bereits ausgeschöpft bzw. wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind.
7. Für den Anerkennungsbescheid nach § 30 Abs. 6 Satz 2 kann das Formblatt 9 (vgl. Nr. 3 zu § 48, Anhang 5) verwendet werden.



## **VV zu § 31 BayBhV            Dauernde Pflegebedürftigkeit**

### **Zu Absatz 1**

1. <sup>1</sup>Die Beihilfefähigkeit umfasst die bei einer häuslichen, teilstationären und stationären Pflege entstehenden Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Nrn. 2 und 3 zu Absatz 2). <sup>2</sup>Aufwendungen für eine notwendige Behandlungspflege sind daneben nach § 24 beihilfefähig.
  
2. Aufwendungen für Inkontinenzartikel sind im Rahmen des § 21 beihilfefähig.

### **Zu Absatz 2**

1. Krankheiten oder Behinderungen sind
  - a) Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
  - b) Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
  - c) Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
  
2. Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder der Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
  
3. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen sind
  - a) im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
  - b) im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
  - c) im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

- d) im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
4. Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
5. Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und zum Verfahren siehe § 40 sowie die VV hierzu.
6. <sup>1</sup>Die Beschäftigung und Betreuung z. B. in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinn des § 31 (vgl. Art. 86a Abs. 2 Satz 6 BayBG). <sup>2</sup>Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind deshalb nicht beihilfefähig (vgl. § 7 Abs. 4 Nr. 3). <sup>3</sup>Ebenfalls nicht beihilfefähig sind mittelbare Folgekosten, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z. B. Fahrtkosten).

## **VV zu § 32 BayBhV            Häusliche und teilstationäre Pflege**

### **Zu Absatz 1**

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

3. Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die
  - a) bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegekraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (§ 71 Abs. 1, § 72 SGB XI) oder
  - b) bei der Pflegekasse angestellt sind (§ 77 Abs. 2 SGB XI) oder
  - c) von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind oder
  - d) mit der Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI geschlossen haben.
4. Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen.
  - 4.1 Erheblich Pflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Pflegestufe I).
  - 4.2 Schwerpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Pflegestufe II).
  - 4.3 Schwerstpflegebedürftige sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Pflegestufe III).
5. Zur Höhe der Durchschnittskosten einer Krankenpflegekraft vgl. Nr. 3 zu § 24.
6. <sup>1</sup>Bis zu den festgelegten Obergrenzen der beihilfefähigen Aufwendungen sind die Kosten einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung beihilfefähig.  
<sup>2</sup>Hierbei gelten die jeweiligen Pflegeeinsätze als erbracht, soweit im Einzelfall nicht eine

geringere Inanspruchnahme nachgewiesen wird. <sup>3</sup>Stellt die teilstationäre Pflegeeinrichtung einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 v. H. des Pauschalsatzes als Pflegekosten anzusetzen.

### **Zu Absatz 2**

1. Andere geeignete Personen sind Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen mindestens 10,5 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen.
2. Die Höhe der Pauschalbeihilfe ist abhängig von den drei Pflegestufen des SGB XI (vgl. hierzu Nr. 4 zu Absatz 1).
3. <sup>1</sup>Zeiten, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 28, einer stationären Rehabilitation nach § 29 oder einer stationären Pflege nach §§ 36 und 37 für den Pflegebedürftigen geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Dauerpflege. <sup>2</sup>Für diese Zeiten wird die Pauschalbeihilfe anteilig nicht gewährt. <sup>3</sup>Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 28) oder stationären Rehabilitation (§ 29). <sup>4</sup>Die zeitweise Abwesenheit des Pflegebedürftigen wegen des Besuchs eines Sonderkindergartens, einer Sonderschule, einer Werkstatt für Behinderte oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung unterbrechen die häusliche Dauerpflege nicht.
4. <sup>1</sup>Entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften im Sinne von § 32 Abs. 2 Satz 3 sind z. B. solche nach § 35 Abs. 1 BVG, § 34 BeamtVG. <sup>2</sup>Dies gilt nicht für Leistungen nach § 64 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII).
5. <sup>1</sup>Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu mindern; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. <sup>2</sup>Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.
6. <sup>1</sup>Für die in Nr. 1 genannten Personen sind nach Maßgabe des § 19 Satz 2 SGB XI in Verbindung mit § 44 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen. <sup>2</sup>Die

Beiträge sind nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) von den Festsetzungsstellen anteilig zu tragen.<sup>3</sup>Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen.<sup>4</sup>Die Festsetzungsstellen haben insoweit keine Meldepflicht.<sup>5</sup>Es werden keine Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt; dies ist Sache der privaten und sozialen Pflegeversicherung.<sup>6</sup>Zu Einzelheiten der Zahlungsabwicklung kann das Staatsministerium der Finanzen weitere nähere Erläuterungen geben.

7. <sup>1</sup>In Fällen, in denen wegen einer notwendigen häuslichen Pflege bis zum 31. März 1995 eine Pauschalbeihilfe nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 3 der Beihilfavorschriften des Bundes a. F. gezahlt worden ist, besteht nach Artikel 2 Nr. 2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Beihilfavorschriften des Bundes vom 29. Dezember 1994 beihilferechtlich ein Anspruch auf Zahlung der Pauschalbeihilfe gemäß § 32 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2.<sup>2</sup>Auch in diesen Fällen hat der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle zur Ermittlung der abzuführenden Rentenversicherungsbeiträge die von seiner privaten Pflegeversicherung getroffene Entscheidung zum Grad der Pflegebedürftigkeit umgehend mitzuteilen.
8. Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung auf die Pauschalbeihilfe siehe Nr. 2 zu § 48 Abs. 5.

### **Zu Absatz 3**

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

#### Beispiele:

- 1.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte

(460,50 € von 921,00 €) und das Pflegegeld (205,00€ von 410,00 €) in Anspruch. Die hälftige Höchstgrenze wird nicht überschritten.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 % von 460,50 € = 138,15 €
- zum Pflegegeld 30 % von 205,00 € = 61,50 €

Gesamt = 199,65 €

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 % von 460,50 € = 322,35 €
- Pauschalbeihilfe  
205,00 € abzüglich 61,50 € der privaten Pflegeversicherung = 143,50 €

Gesamt = 465,85 €

1.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger der Stufe II zu jeweils 50 % die Pflege durch Berufspflegekräfte (460,50 € von 921,00 €) und das Pflegegeld (205,00€ von 410,00 €) in Anspruch; die hälftige Höchstgrenze für Pflegekräfte wird nicht überschritten. Als Person nach § 28 Abs. 2 SGB XI erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall von der Hälfte 50 %.

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 % von 460,50 € = 230,25 €
- zum Pflegegeld 50 % von 205,00 € = 102,50 €

Gesamt = 332,75 €

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft in gleichem Wert der Leistung der sozialen Pflegeversicherung (§ 31 Abs. 3) = 230,25 €

– Pauschalbeihilfe	
50 % von 410,00 € = 205,00 € abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 102,50 €	= 102,50 €
	<hr/>
Gesamt	= 332,75 €

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

#### **Zu Absatz 4**

<sup>1</sup>Beihilfen werden zu Aufwendungen für Beratungsbesuche gewährt, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse zahlt. <sup>2</sup>Die Durchführung der Beratungen ist nach § 37 Abs. 4 SGB XI auch gegenüber der Festsetzungsstelle zu belegen. <sup>3</sup>Der Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmt sich nach § 37 Abs. 3 und 6 SGB XI.

#### **VV zu § 33 BayBhV           Verhinderungspflege**

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

#### **VV zu § 36 BayBhV           Stationäre Pflege**

1. <sup>1</sup>Werden 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.<sup>2</sup>Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 SGB XI).

2. Zusatzleistungen im Sinn des § 88 Abs. 1 SGB XI sind nicht beihilfefähig.
3. Investitionskosten sind die in § 82 Abs. 3 SGB XI genannten Aufwendungen.
4. <sup>1</sup>Betten- und Platzfreihaltegebühren, die durch die Unterbrechung wegen Krankheit des Pflegebedürftigen erhoben werden, gehören zu den pflegebedingten Aufwendungen und sind daher im Rahmen der Höchstsätze des § 36 Satz 2 beihilfefähig. <sup>2</sup>Dies gilt auch für eine Abwesenheit aus einem sonstigen, in der Person des Pflegebedürftigen liegenden Grund bis zu 30 Kalendertagen jährlich.
5. Die nach Abzug der pauschalierten Leistungen nach § 36 Satz 2 sowie der Zusatzleistungen nach Nr. 2 verbleibenden Differenzbeträge gelten als Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten nach § 36 Satz 4.
6. Als Endgehalt der Besoldungsgruppe A 9 wird das Endgrundgehalt der Besoldungsgruppe A 9 zuzüglich des Familienzuschlags Stufe 1 und der allgemeinen Stellenzulage nach Vorbemerkung Nr. 27 Abs. 1 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb zu den Besoldungsordnungen A und B zugrunde gelegt; das Staatsministerium der Finanzen gibt den jeweiligen Betrag bekannt.
7. Das Einkommen ist vom Beihilfeberechtigten durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachzuweisen.
- 7.1 <sup>1</sup>Dienstbezüge im Sinne dieser Vorschrift sind die in § 1 Abs. 2 BBesG genannten Brutto-bezüge (Grundgehalt, allgemeine Stellenzulage nach Vorbemerkung Nr. 27 zu den Besoldungsordnungen A und B sowie Familienzuschlag ohne kinderbezogene Anteile); Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 BeamtVG genannten Brutto-bezüge (mit Ausnahme des in der dortigen Nr. 8 genannten Unterschiedsbetrages), soweit nicht nach § 57 BeamtVG (Versorgungsausgleich) geringere Versorgungsbezüge zustehen. <sup>2</sup>Unfallausgleich nach § 35



BeamtVG, Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI bleiben unberücksichtigt. <sup>3</sup>Beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Verwendungseinkommen, Versorgung aus zwischenstaatlicher oder überstaatlicher Verwendung, mehrerer Versorgungsbezüge oder den in § 36 Satz 5 bezeichneten Renten ist die Summe aller nach Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften gezahlten Dienst- oder Versorgungsbezüge zugrunde zu legen.

- 7.2 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.
- 7.3 <sup>1</sup>Einkommen von Kindern bleiben unberücksichtigt. <sup>2</sup>Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 Viertes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IV) bleiben außer Ansatz.
- 7.4 Bei Halbweisen, die sich am 31. Dezember 2006 bereits in stationärer Pflege befanden und Beihilfeleistungen nach § 9 Abs. 7 in der bis zum 31. Dezember 2006 maßgebenden Fassung der Beihilfenvorschriften des Bundes erhielten, ist anstelle des Eigenanteils nach § 36 Satz 6 BayBhV weiterhin nach den Vorgaben des § 9 Abs. 7 Satz 3 Nr. 3 der Beihilfenvorschriften des Bundes in der bis zum 31. Dezember 2006 maßgebenden Fassung zu verfahren, solange die Notwendigkeit für eine dauernde Unterbringung fortbesteht.
- 7.5 <sup>1</sup>Ist der Ehegatte berufstätig, kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass die Einkommensgrenze überschritten wird. <sup>2</sup>Soweit der Beihilfeberechtigte nachweist, dass beide Einkommen geringer sind, sind als Erwerbseinkommen des Ehegatten insbesondere das Bruttoeinkommen aus einer selbstständigen oder nichtselbstständigen Tätigkeit sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen. <sup>3</sup>Bei monatlich schwankenden Einkommen ist ein Durchschnitt der letzten zwölf Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen.
8. Berücksichtigungsfähige Angehörige im Sinn von § 36 Satz 6 Nrn. 1 bis 3 sind Personen, die nach § 3 Abs. 1 und 2 zu berücksichtigen oder nach § 5 Abs. 3 nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind.

9. Die Beihilfe ist in voller Höhe des nach Anrechnung des Eigenanteils verbleibenden Betrages zu zahlen; Art. 86a Abs. 3 Sätze 2 und 3 BayBG sowie § 46 Abs. 3 und 5 finden keine Anwendung.
10. Hinsichtlich einer laufenden Abschlagszahlung siehe Nr. 2 zu § 48 Abs. 5.

#### **VV zu § 37 BayBhV            Vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe**

Beihilfefähig sind zehn v. H. des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts, höchstens 256,00 € monatlich.

#### **VV zu § 38 BayBhV            Zusätzliche Betreuungsleistungen**

<sup>1</sup>Wird der nach § 45b SGB XI vorgesehene Höchstbetrag von 460 € in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. <sup>2</sup>Werden die Voraussetzungen nach § 45a SGB XI erst im Laufe eines Kalenderjahres erfüllt, ist der Höchstbetrag von 460 € nur anteilig anzuerkennen.

#### **VV zu § 39 BayBhV            Hospize**

1. <sup>1</sup>Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, d. h. leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden. <sup>2</sup>Das Hospiz muss einen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen haben.
2. In Ausnahmefällen können die Kosten bis zur Höhe der Kosten einer Hospizbehandlung auch in anderen Häusern, die palliativ-medizinische Versorgung erbringen, übernommen

werden, wenn auf Grund der Besonderheit der Erkrankung oder eines Mangels an Hospizplätzen eine Unterbringung in einem wohnortnahen Hospiz nicht möglich ist.

## **VV zu § 40 BayBhV            Festsetzungsverfahren bei Pflege**

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

**VV zu § 41 BayBhV      Vorsorgemaßnahmen**

**Zu Absatz 1**

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

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

2.	Genanalysen		
2.1	Genanalyse für einen Indexfall		5.900 €
2.2	Genanalyse für eine gesunde Ratsuchende		360 €
3.	Früherkennungsmaßnahmen	Pauschale für das strukturierte Früherkennungsprogramm. Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen.	580 €, einmal pro Jahr

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

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

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

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

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

<sup>2</sup>Mit der Genanalyse nach Nr. 2.2 des Verzeichnisses wird bei der ratsuchenden, nicht erkrankten Frau nur eine Analyse hinsichtlich der mutierten Gensequenz durchgeführt. <sup>3</sup>Die Kosten werden der ratsuchenden Person zugeordnet.

#### 2.4 Zugelassene Zentren

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

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

### **Zu Absatz 3**

1. <sup>1</sup>Sowohl die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch Institut Berlin (STIKO) als auch die gem. § 20 Abs. 3 IfSG (Infektionsschutzgesetz) ausgesprochenen Empfehlungen der obersten Landesgesundheitsbehörden stellen amtliche Empfehlungen dar. <sup>2</sup>Bei der Prüfung der Grundsätze des § 7 Abs. 1 BayBhV sind die Empfehlungen der STIKO zu beachten.
2. Zur Frage des Ansatzes von Eigenbehalten, vgl. VV zu § 47 Abs. 3.

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

1. <sup>1</sup>Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zugrunde gelegt. <sup>2</sup>Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
2. Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger (z. B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) nach der Hebammengebührenordnung bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht in der Hebammengebührenordnung etwas anderes bestimmt ist.

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

## **VV zu § 43 BayBhV            Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Kontrazeption**

### **Zu Absatz 1**

1. Die nach § 27a SGB V durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 SGB V bestimmten medizinischen Einzelheiten zu Voraussetzung, Art und Umfang der ärztlichen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung in der Richtlinie für künstliche Befruchtung sind auch für den Bereich der Beihilfe bindend.
2. Vorausgehende Untersuchungen zur Diagnosefindung und Abklärung, ob und ggf. welche Methode der künstlichen Befruchtung zum Einsatz kommt, fallen nicht unter die hälftige Beihilfefähigkeit.
3. <sup>1</sup>Die maßgebliche Altersgrenze für beide Partner muss in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus bzw. des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. <sup>2</sup>Liegt nur bei einem die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig.
4. <sup>1</sup>Nach Geburt eines Kindes besteht, sofern alle weiteren Voraussetzungen gegeben sind, erneut ein Anspruch auf Herbeiführung einer Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung. <sup>2</sup>Dies gilt auch, wenn eine sog. „klinische Schwangerschaft“ (z. B. Nachweis durch Ultraschall, Eileiterschwangerschaft) vorlag, die zu einer Fehlgeburt führte.
5. <sup>1</sup>Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für heterologe Insemination und heterologe In-vitro-Fertilisation. <sup>2</sup>Außerdem sind Aufwendungen, die über die künstliche Befruchtung hi-



nausgehen, wie Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig. <sup>3</sup>Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach einer vorangegangenen Sterilisation, die nicht medizinisch notwendig war, sind ebenfalls nicht beihilfefähig.

#### **Zu Absatz 2**

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

#### **Zu Absatz 3**

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

#### **Zu Absatz 4**

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

### **VV zu § 44 BayBhV            Sonstige Aufwendungen**

#### **Zu Nr. 1**

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

**VV zu § 45 BayBhV            Behandlungen im Ausland**

**Zu Absatz 1**

1. Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.
2. Den Belegen über Aufwendungen von mehr als 550,00 € ist eine Übersetzung beizufügen.
3. <sup>1</sup>Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb von Deutschland gilt als Wohnort
  - a) bei Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,
  - b) bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienstort.

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

4. <sup>1</sup>Aufwendungen 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. <sup>2</sup>Der Umfang der Beihilfefähigkeit richtet sich nach § 29 Abs. 4 bis 6, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 28 medizinisch indiziert ist.
5. Befindet sich ein 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.
6. <sup>1</sup>§ 45 Abs. 1 Satz 4 ist bei ausbildungsbedingten, vorübergehenden Auslandsaufenthalten nicht anzuwenden; dies gilt auch in den Fällen, in denen z. B. das Hauptstudium im Ausland durchgeführt wird. <sup>2</sup>Die Beihilfeabrechnung erfolgt auf Grundlage des § 45 Abs. 1

Sätze 1 bis 3. <sup>3</sup>Entsprechendes gilt für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige mit Hauptwohnsitz im Ausland.

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

### **Zu Absatz 3**

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

## **VV zu § 46 BayBhV            Bemessung der Beihilfe**

### **Zu Absatz 1**

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

### **Zu Absatz 2**

1. <sup>1</sup>Die Verwaltungsvorschriften zu § 46 Abs. 1 gelten entsprechend. <sup>2</sup>Der nach Art. 86a Abs. 3 Satz 3 Halbsatz 2 BayBG erhöhte Bemessungssatz ist für alle Aufwendungen zugrunde zu legen, die während des Zeitraums der Zahlung des erhöhten Familienzuschlages entstanden sind bzw. entstanden wären, wenn ein Familienzuschlag zustünde (§ 3 Abs. 1 Nr. 2).
2. <sup>1</sup>Entfällt die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nur aufgrund der Höhe ihrer Einkünfte und Bezüge (vgl. § 3 Abs. 2 Nr. 1), wird der erhöhte Bemessungssatz bis zur Aufnahme der vermittelten Beschäftigung bzw. zum Abschluss der Ausbildung, längstens jedoch bis zum Ablauf des Monats, in dem das entsprechende Kind das 21. bzw. 25. Lebensjahr voll-

endet, weitergewährt. <sup>2</sup>In den Fällen des § 3 Abs. 2 Nr. 2 gilt anstelle des 25. Lebensjahres das 27. Lebensjahr.

3. Nr. 2 zu § 3 Abs. 2 gilt entsprechend.

4. Nr. 2 zu § 5 Abs. 6 gilt entsprechend.

### **Zu Absatz 3**

<sup>1</sup>Nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören Selbstbehalte nach speziellen Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Tarife mit Selbsthalten). <sup>2</sup>Diese Selbstbehalte sind neben den gewährten Zuschüssen anzurechnen. Die Regelungen des § 46 Abs. 3 gelten nur für die in Art. 86a Abs. 2 Satz 5 BayBG genannten Leistungen.

### **Zu Absatz 5**

1. <sup>1</sup>Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt, d. h. zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen weitgehend deckt. <sup>2</sup>Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. <sup>3</sup>Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. <sup>4</sup>Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

2. <sup>1</sup>Der 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. <sup>2</sup>Ein Leistungsausschluss liegt u. a. dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren

Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z. B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. <sup>3</sup>Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.

3. <sup>1</sup>Eine 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. <sup>2</sup>Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z. B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.
4. § 46 Abs. 5 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach §§ 31 bis 39.

#### **Zu Absatz 6**

1. Bei der Bewertung, ob bei einem Empfänger von Versorgungsbezügen (§ 2 Abs. 1 Nrn. 2 und 3, Abs. 2) mit geringem Gesamteinkommen eine hohe Beitragsbelastung vorliegt, ist folgender Maßstab zu Grunde zu legen:
  - 1.1 <sup>1</sup>Der Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung im beihilfekonformen Standardtarif (§ 257 Abs. 2a Nr. 2b SGB V) muss 15 v. H. des Gesamteinkommens übersteigen. <sup>2</sup>Ist der Beihilfeberechtigte nicht im Standardtarif versichert, ist eine fiktive Kostenbelastung der Bewertung zugrunde zu legen.
  - 1.2 Maßgebendes Gesamteinkommen sind die Versorgungsbezüge einschließlich Sonderzuwendung, Renten, Kapitalerträge und sonstige laufende Einnahmen des Versorgungsempfängers und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten, nicht jedoch Grundrenten nach dem BVG, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI.

- 1.3 <sup>1</sup>Die Belastung errechnet sich aus einer Gegenüberstellung der monatlichen Beiträge zum Zeitpunkt der Antragstellung und des durchschnittlichen Monatseinkommens der zurückliegenden zwölf Monate, beginnend mit dem Monat der Antragstellung. <sup>2</sup>Im Regelfall erhöht sich der Bemessungssatz um zehn v. H. <sup>3</sup>Die Erhöhung gilt für den Versorgungsempfänger und den berücksichtigungsfähigen Ehegatten.
- 1.4 <sup>1</sup>Der Krankenversicherungsbeitrag und das Gesamteinkommen sind zu belegen. <sup>2</sup>Die Erhöhung gilt für künftige Aufwendungen, im Hinblick auf § 47 Abs. 1 jedoch frühestens im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung des Versicherungsschutzes. <sup>3</sup>Der Zeitpunkt der Anpassung des Versicherungsschutzes ist der Festsetzungsstelle nachzuweisen.
2. Ein besonderer Ausnahmefall im Sinn des § 46 Abs. 6 Nr. 2 kann auch vorliegen, wenn sich aus der Anwendung des § 6 Abs. 2 Nr. 1 Härten ergeben könnten.

## **VV zu § 47 BayBhV            Begrenzung der Beihilfe**

### **Zu Absatz 1**

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

### **Zu Absatz 2**

1. <sup>1</sup>Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag - etwa für die einzelnen Positionen - die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. <sup>2</sup>Vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen, ausgenommen solche nach §§ 29 bis 39, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. <sup>3</sup>Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlass einer Krankheit.
  
2. <sup>1</sup>Der 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. <sup>2</sup>Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. <sup>3</sup>Abweichende geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.
  
3. Übersteigt der Betrag der nach Art. 86a Abs. 3 Satz 2 BayBG sowie § 46 errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

### **Zu Absatz 3**

1. Art. 86a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 BayBG findet keine Anwendung auf Harn- und Bluttteststreifen sowie auf bei ärztlichen/zahnärztlichen Behandlung verbrauchte Arznei- und Verbandmittel, die als Auslagen abgerechnet werden (vgl. § 10 GOÄ).
  
2. <sup>1</sup>Maßgebend für den Abzugsbetrag nach Art. 86a Abs. 3 Satz 5 Nr. 2 BayBG ist der Apothekenabgabepreis der jeweiligen Packung (Einheit) des verordneten Arznei- und Verbandmittels bzw. der Abgabepreis von Medizinprodukten im Sinn der Nr. 1 zu § 18. <sup>2</sup>Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen bzw. bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. <sup>3</sup>Die Abzugsbetragsregelung gilt - unabhängig vom Bezugsweg - auch für Arznei- und Verbandmittel aus Versandapotheken.

3. <sup>1</sup>Nach Art. 86a Abs. 3 Satz 6 Nr. 4 BayBG freigestellt sind Leistungen von Laborärzten, Pathologen und Radiologen. <sup>2</sup>Ebenfalls freigestellt sind die Leistungen von Anästhesisten im Rahmen von ambulant erbrachten Operationen.
  
4. Bei anerkannten Vorsorgeleistungen unterbleibt der Abzug der Eigenbeteiligung nach Art. 86a Abs. 3 Satz 5 Nr. 1 BayBG (Art. 86a Abs. 3 Satz 6 Nr. 5 BayBG); folgende Leistungen sind vom Abzug freigestellt:
  - 4.1 <sup>1</sup>Aufwendungen für ambulante ärztliche Vorsorgeleistungen (vgl. Gebührenverzeichnis der GOÄ) sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach § 41 Abs. 1. <sup>2</sup>Die im Vorfeld einer nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien ab dem 55. Lebensjahr durchgeführten Vorsorge-Koloskopie durchgeführten Beratungen und Untersuchungen gelten ebenfalls als Vorsorgeleistungen.
  
  - 4.2 <sup>1</sup>Prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach § 41 Abs. 2 sowie folgende diagnostische und präventive Leistungen (vgl. Gebührenverzeichnisse der GOÄ bzw. der GOZ), die im Rahmen einer Kontrolluntersuchung durchgeführt werden (zahnärztliche Vorsorgeleistungen):  
Nr. 1 GOÄ; Nrn. 001, 007, 400, 405, 406 GOZ.  
<sup>2</sup>Es können maximal zwei solcher Kontrolluntersuchungen jährlich abzugsfrei durchgeführt werden.
  
  - 4.3 <sup>1</sup>Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung.  
<sup>2</sup>Zur Befreiung von der Eigenbeteiligung benötigt die Festsetzungsstelle entweder eine Kennzeichnung des Arzneimittels durch die verschreibende Ärztin bzw. den verschreibenden Arzt oder eine entsprechende Erklärung der Schwangeren mit Angabe der Dauer der Schwangerschaft.
  
5. Die Freistellung entfällt, wenn mit der gleichen Liquidation weitere diagnostische oder therapeutische Leistungen abgerechnet werden, auch wenn sie an anderen Behandlungsterminen angefallen sind.



6. Bei der Prüfung, ob die Belastungsgrenze von 2 v. H. bzw. 1 v. H. überschritten ist, sind die tatsächlich bei der Beihilfefestsetzung berücksichtigten Eigenbeteiligungen des Beihilfeberechtigten und seines berücksichtigungsfähigen Ehegatten zusammen zu zählen, sofern keine Freistellung nach Art. 86a Abs. 3 Satz 6 Nr. 2 BayBG vorliegt.
7. <sup>1</sup>Maßgebend für die Feststellung des Einkommens nach § 47 Abs. 3 Satz 4 sind die in Art. 86a Abs. 3 Satz 7 BayBG genannten Dienst- oder Versorgungsbezüge sowie die genannten Renten des Beihilfeberechtigten. <sup>2</sup>Entsprechende bzw. sonstige Einkommen des Ehegatten bleiben bei der Feststellung des individuellen Belastungsgrenzbetrages unberücksichtigt; dies gilt bei Witwen und Witwern auch für Renten, die auf eigenständigen, unmittelbaren Ansprüchen der Witwe bzw. des Witwers beruhen.
- 7.1 <sup>1</sup>Auf der Basis der Januarbezüge und -renten (vgl. Nr. 7) eines Kalenderjahres ist nach § 47 Abs. 3 Satz 4 ein fiktives Jahresgehalt (Multiplikationsfaktor 12) zu ermitteln; sofern nur ein Anspruch auf Bezüge für einen Teilmonat besteht (§ 3 Abs. 1 BBesG), ist dennoch von den fiktiven vollen Monatsbezügen auszugehen. <sup>2</sup>Die Vorgaben des § 6 BBesG sind zu beachten. <sup>3</sup>Veränderungen der Höhe der Bezüge, die während des laufenden Kalenderjahres eintreten, bleiben unberücksichtigt; dies gilt auch bezüglich einer ehedem- und kinderbezogenen Minderung der individuellen Höchstgrenze nach § 47 Abs. 3 Satz 4. <sup>4</sup>Erst nach Durchführung einer ggf. möglichen Minderung um die jeweiligen Jahresbeträge für familienbezogenen Komponenten (§ 47 Abs. 6 Satz 6) ist die individuelle Belastungsgrenze in Höhe von 2 v. H. bzw. 1 v. H. festzustellen.
- 7.2 Beginnt das Beamtenverhältnis erst im Lauf eines Kalenderjahres, ist nach § 47 Abs. 3 Satz 5 anhand des Bezügeanspruchs im Monat der Ernennung die individuelle Höchstgrenze zu ermitteln; Nr. 7.1 gilt entsprechend.
- 7.3 Die Nrn. 7.1 und 7.2 gelten sinngemäß auch im Fall der Rückkehr aus einer Beurlaubung (§ 47 Abs. 3 Satz 8) bzw. wenn wegen disziplinarischer Maßnahmen keine Bezüge zustehen.

- 7.4 <sup>1</sup>Die Nrn. 7.1 und 7.2 gelten sinngemäß für eigenständige Beihilfeansprüche von Hinterbliebenen (§ 47 Abs. 3 Satz 5). <sup>2</sup>Auf Grund des § 17 BeamtVG ist der Monat der erstmaligen Gewährung von Hinterbliebenenbezügen maßgebend. <sup>3</sup>Wird im Rahmen der Zuordnung bereits einbehaltener Eigenbeteiligungen nach § 47 Abs. 3 Satz 7 eine Überschreitung der individuellen Belastungsbergrenze des verwitweten Ehegatten festgestellt, erfolgt eine Freistellung für das verbleibende Kalenderjahr; eine Erstattung des die individuellen Belastungsbergrenze von Hinterbliebenen übersteigenden Differenzbetrages erfolgt nicht, da aus dem Beihilfeanspruch der Hinterbliebenen tatsächlich keine Eigenbeteiligungen einbehalten wurden. <sup>4</sup>Eine Zuordnung nach § 47 Abs. 3 Satz 7 bei eigenständig beihilfeberechtigten Waisen (§ 2 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2) ist nicht erforderlich, da Waisen vom Abzug von Eigenbeteiligungen freigestellt sind (Art. 86a Abs. 3 Satz 5 Nr. 1 BayBG).
8. <sup>1</sup>Personen, für die nach Art. 86a Abs. 3 Satz 6 Nr. 2 BayBG keine Eigenbeteiligungen anfallen, werden bei der Prüfung, ob die Belastungsgrenze von 1 v. H. maßgebend ist, nicht berücksichtigt. <sup>2</sup>Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige Kinder.
9. <sup>1</sup>Nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 22. Januar 2004, der auch im Rahmen der Beihilfefestsetzung anzuwenden ist, gilt als „schwerwiegend chronisch krank“, wer ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal einer ärztlichen Behandlung bedarf und gleichzeitig eines der folgenden Merkmale erfüllt:
- 9.1 Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.
- 9.2 Es liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 v. H. nach § 56 Abs. 2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) bzw. § 30 BVG vor, wobei die MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Nr. 9 Satz 1 begründet sein muss.
- 9.3 Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (z. B. ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beein-

trächtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Nr. 9 Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

9.4 <sup>1</sup>Werden diese Voraussetzungen nicht erfüllt, liegt keine nach der BayBhV berücksichtigungsfähige „chronische Krankheit“ vor. <sup>2</sup>Die Feststellung erfolgt durch die Festsetzungsstelle. <sup>3</sup>Der Beihilfeberechtigte muss durch geeignete Nachweise darlegen (z. B. ärztliche Bescheinigung, mehrere Liquidationen mit entsprechenden Diagnosen, mehrere Verordnungen), dass eine Dauerbehandlung vorliegt. <sup>4</sup>Das weitere Vorliegen einer chronischen Erkrankung ist in geeigneter Weise zu überwachen. <sup>5</sup>Dies ist nicht erforderlich, soweit aufgrund der Art der Erkrankung ein Wegfall des chronischen Krankheitszustands nicht zu erwarten ist.

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

## **VV zu § 48 BayBhV            Verfahren**

### **Zu Absatz 1**

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

2. <sup>1</sup>Beihilfen im staatlichen Bereich sind mit Formblatt 6a bis 6c zu beantragen; dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 93 SGB XII. <sup>2</sup>Anstelle der amtlichen Vordrucke können auch hiervon abweichend gestaltete Vordrucke der Beihilfefestsetzungsstellen verwendet werden, soweit die Bestimmungen des Datenschutzes beachtet werden.

3. Eine Zusammenstellung der Formblätter 1 bis 11 wird im Anhang 5 herausgegeben.
4. <sup>1</sup>Antragsberechtigt ist nur der Beihilfeberechtigte selbst. <sup>2</sup>Bei getrennt lebenden Ehegatten kann ausnahmsweise der berücksichtigungsfähige Ehegatte – nach Absprache unter den Beteiligten und im Benehmen mit der Festsetzungsstelle des Beihilfeberechtigten – die ihn betreffenden Belege ggf. mit der ausgefüllten Zusammenstellung der Aufwendungen unmittelbar der Festsetzungsstelle zuleiten. <sup>3</sup>Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige, volljährige Kinder, die nicht im Haushalt des Beihilfeberechtigten wohnen. <sup>4</sup>In diesen Fällen hat der Beihilfeberechtigte bei der Stellung seines Beihilfeantrages hierauf in geeigneter Weise Bezug zu nehmen.

#### **Zu Absatz 2**

1. Die Antragsgrenze von 200,00 € gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.
2. Bei der Geltendmachung von stationären Krankenhausleistungen ist die Entlassungsanzeige des Krankenhauses vorzulegen.

#### **Zu Absatz 3**

1. Belege, die Aufwendungen enthalten, die nicht in vollem Umfang als beihilfefähig berücksichtigt werden konnten, sind auch im Fall des § 48 Abs. 3 Satz 3 zurückzugeben; dies gilt nicht bei Minderungen aufgrund der nach Art. 86a Abs. 2 Satz 7 und Abs. 3 Satz 5 BayBG vorgesehenen Eigenbeteiligungen sowie bei Minderungen nach § 14.
2. Für Portomehraufwendungen im Sinn des § 48 Abs. 3 Satz 4 ist ein Betrag von der festgesetzten Beihilfe einzubehalten, der vom Staatsministerium der Finanzen gesondert bekanntgegeben wird.

### **Zu Absatz 5**

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

### **Zu Absatz 7**

1. Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des Art. 32 BayVwVfG vorliegen.
  
2. <sup>1</sup>Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, kann er aufgrund einer schriftlichen Überleitungsanzeige nach § 93 SGB XII einen Beihilfeanspruch geltend machen. <sup>2</sup>Der Beihilfeanspruch geht damit in der Höhe und in dem Umfang, wie er dem Beihilfeberechtigten zusteht, auf den Sozialhilfeträger über. <sup>3</sup>Eine Überleitung nach § 93 SGB XII ist rechtlich nur zulässig, wenn Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten selbst oder bei Hilfe in besonderen Lebenslagen für seinen nicht getrennt lebenden Ehegatten oder für seine berücksichtigungsfähigen Kinder (nicht Pflegekinder und Stiefkinder) entstanden sind. <sup>4</sup>In allen übrigen Fällen ist eine Überleitung nicht zulässig; gegen eine derartige Überleitungsanzeige ist durch die Festsetzungsstelle Widerspruch einzulegen und ggf. Anfechtungsklage zu erheben.
  
3. <sup>1</sup>Leitet der Sozialhilfeträger nicht über, sondern nimmt den Beihilfeberechtigten nach § 19 Abs. 5 SGB XII im Wege des Aufwendungsersatzes in Anspruch, kann nur der Beihilfeberechtigte den Beihilfeanspruch geltend machen; die Zahlung an den Sozialhilfeträger ist zulässig. <sup>2</sup>Die Abtretung des Beihilfeanspruchs an den Sozialhilfeträger ist ausgeschlossen (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 2).

4. <sup>1</sup>Hat ein Sozialhilfeträger Aufwendungen vorgeleistet, liegt ein Beleg im Sinne von Abs. 3 Satz 1 vor, wenn die Rechnung
- a) den Erbringer der Leistungen (z. B. Heim, Anstalt),
  - b) den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
  - c) die Art (z. B. Pflege, Heilbehandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen und
  - d) die Leistungshöhe

enthält. <sup>2</sup>Die Rechnung muss vom Erbringer der Leistung erstellt werden. <sup>3</sup>Ausnahmsweise kann auch ein Beleg des Sozialhilfeträgers anerkannt werden, der die entsprechenden Angaben enthält. <sup>4</sup>In diesem Fall ist zusätzlich die Angabe des Datums der Vorleistung (vgl. § 48 Abs. 7 Satz 3) und ggf. der schriftlichen Überleitungsanzeige erforderlich.

5. <sup>1</sup>Die Überweisung des festgesetzten Beihilfezahlbetrages erfolgt grundsätzlich nur auf das Bezügekonto des Beihilfeberechtigten. <sup>2</sup>Lediglich in besonders zu begründenden Ausnahmesituationen, die nur unter Anlegung eines strengen Maßstabes anzunehmen sind, kann eine Überweisung auf ein Drittkonto erfolgen. <sup>3</sup>Das Vorliegen einer besonderen Ausnahmesituation ist vom Beihilfeberechtigten gegenüber der Beihilfefestsetzungsstelle unter Angabe des Zahlungsempfängers sowie dessen Bankverbindung darzulegen. <sup>4</sup>Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit, bei stationären Behandlungen und Dialysebehandlung Abschlagszahlungen zu beantragen, deren Auszahlung auch unmittelbar an die Leistungserbringer erfolgen kann.

### **Zu Absatz 8**

1. <sup>1</sup>Amts- oder Vertrauensärztinnen und -ärzte gelten ebenfalls als Gutachterinnen bzw. Gutachter. <sup>2</sup>Gutachten sind mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden. <sup>3</sup>Wird das Einverständnis verweigert und kann die Berechtigung des Anspruchs nicht anderweitig nachgewiesen werden, wird eine Beihilfe nicht gewährt.

2. Die Auswahl von vertrauensärztlichen Gutachtern obliegt der Beihilfefestsetzungsstelle.

### **Abschnitt III**

#### **Anwendungsempfehlung für nichtstaatliche Dienstherrn**

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.

## **Hinweise zum Gebührenrecht**

### **1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**

#### **1.1 Bemessung der Gebühren**

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

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

Eine einfache Wiederholung der Bemessungskriterien reicht folglich nicht aus.

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 17.02.1994 - 2 C 10.92 - (NJW 1994 S. 3023) hat die Überschreitung des Schwellenwertes „den Charakter einer Ausnahme“; Gebühren bis zum Schwellenwert sind danach nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwändige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt und decken in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle ab. In Fortführung dieser Rechtsprechung hat das BVerwG mit Urteil vom 30.05.1996 - 2 C 10.95 - (NJW 1996 S. 3094) darauf hingewiesen, dass die Beihilfefestsetzungsstellen zur Überprüfung der ärztlichen Gebührenrechnungen befugt und eventuelle Zweifel anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu beurteilen sind. Eine vorherige Bekanntgabe der Auffassung des Dienstherrn sei nicht generell, sondern nur in den Ausnahmefällen erforderlich, in denen bei objektiven Unklarheiten der GOÄ ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen.

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

Besonderheiten der patientenbezogenen Bemessungskriterien rechtfertigen die Überschreitung des Schwellenwertes jeweils nur bei den Leistungen, mit denen sie im Zusammenhang stehen (leistungsbezogene Begründungen). Verwachsungen im Operationsbereich können z. B. Anlass für das Überschreiten des Schwellenwertes bei der Operationsgebühr geben, stellen aber in der Regel keine gebührenrechtliche Besonderheit bezüglich anderer ärztlicher Leistungen wie Visiten, Infusionen, Injektionen usw. dar. Als leistungsbezogene Begründung kann u. U. auch die Schwierigkeit



des Krankheitsfalles angesehen werden (§ 5 Abs. 2 Satz 2 GOÄ), z. B. bei Leistungen in den ersten Tagen nach einem Unfall mit vielfältigen Verletzungen.

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

#### 1.2 Leistungen bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen

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

#### 1.3 Minderung der ärztlichen Honorare bei stationärer Behandlung

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

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

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

Nach den Urteilen des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 14.01.1998 – IV ZR 61/97 (NJW 1998 S. 1790), vom 17.09.1998 – III ZR 222/97 (NJW 1999 S. 868) und vom 13.06.2002 – III ZR 186/01 (NJW 2002 S. 2948) sind die Gebühren nach § 6a Abs. 1 GOÄ für sämtliche wahlärztliche, belegärztliche, konsiliarärztliche und sonstige privatärztliche Leistungen zu mindern, die untrennbar mit einer vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung verbunden sind. Dies gilt unabhängig vom Ort der Leistungserbringung - auch wenn die Ärztin bzw. der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien eingesetzt hat (externe Leistungserbringung). Der Vorschrift liegt zur Harmonisierung von Bundespflegesatzverordnung und GOÄ eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die Leistungen im Einzelfall entstehen, denn § 6a GOÄ soll nicht das Kosteninteresse des Leistungserbringers, sondern die Patientin bzw. den Patienten vor finanziellen Benachteiligungen schützen.

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

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

„Nach ihrem Sinn und Zweck soll die Gebührenposition nach Nr. 4 des GOÄ-Gebührenverzeichnisses die Abrechnung einer Anamneseerhebung und/oder Beratung auch dann ermöglichen, wenn diese nach den besonderen Umständen des Behandlungsfalles die Einbeziehung einer Bezugs- oder Begleitperson erfordert, weil eine unmittelbare Vornahme gegenüber dem behandelten Patienten nicht möglich oder nicht sinnvoll ist.

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

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

#### 1.5 Wegegeld und Besuchsgebühren

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

„Wegegeld nach § 8 GOÄ und Besuchsgebühren nach den Nrn. 48 bis 51 sowie Zuschläge nach Abschnitt B V, Buchstaben E bis H und K 2 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ werden nur für Besuche gezahlt. Ein Besuch im gebührenrechtlichen Sinne 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 Ziffer 6 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

Soweit niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser vom Krankenhaus oder vom behandelnden Krankenhausarzt zum Konsilium oder zur Mitbehandlung gerufen werden, kommt die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nur in Betracht, wenn der Arzt nicht vereinbarungsgemäß oder regelmäßig beigezogen, sondern für einen bestimmten Patienten im konkreten Fall angefordert wird.“

#### 1.6 Ambulantes Operieren

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

#### 1.7 Sonstige Auslegungsfragen zur GOÄ und analoge Bewertungen

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

Nach § 6 Abs. 2 GOÄ kann der Arzt selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnen (analoge Bewertung). Das nachfolgende von der Bundesärztekammer herausgegebene Verzeichnis analoger Bewertungen ist bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen. Darin sind die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zu Analogbewertungen enthalten.

1.7.1 Verzeichnis der Analogbewertungen

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr €
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 Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z.B. AChE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z.B. Unterkühlung)	832	158	9,21
A 496	Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock	476	380	22,15
A 618*	H2-Atemtest (z.B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	617*	341	19,88
A 619*	Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen	615*	227	13,23
A 658	Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotentiale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotential-EKG)	652	445	25,94
A 704	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
A 796*	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad/- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	650*	152	8,86

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr €
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>  <i>Voraussetzung für das Einbringen der Leistungen nach Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 ist der Nachweis der Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde oder der fakultativen Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder einer gleichwertigen Qualifikation.</i>	649	650	37,89
A 1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschallsicht	1158	739	43,07
A 1387	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschließlich Glaskörper-Tamponade, ggf. einschließlich Membran-Peeling. <i>Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut und Glaskörper berechnungsfähig.</i>	2551	7500	437,15
A 1387.1	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen und/oder therapierefraktärem Glaukom und/oder submakulärer Chirurgie, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie, Buckelchirurgie, Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling,	2551 plus 2531	7500 plus 7500	437,15 plus 437,15

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr €
	<p>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).</p> <p><i>Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.</i></p> <p><b><i>Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und</i></b></p> <p><b><i>1387.1:</i></b></p> <p><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></p>			
A 1387.2	Macula Rotation	1375	3500	204,01
A 1716	Spaltung einer Harnröhrenstriktur unter Sicht (z.B. nach Sachse)	1802	739	43,07
A 1833a	Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfistelkatheters, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband	1833	237	13,81
A 3289	Operation eines großen Leisten- oder Schenkelbruchs oder Rezidivoperation eines Leisten- oder Schenkelbruches, jeweils einschließlich Implantation eines Netzes	3286	2000	116,57
A 3732*	Troponin-T-Schnelltest	3741*	200	11,66
A 3733*	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	3736*	120	6,99
A 3734*	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	3736*	120	6,99
A 3757*	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z.B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat)	3760*	70	4,08
A 4463*	Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	4462*	230	13,41
A 5830*	<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

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr €
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: Akustikusneurinom, Hypophysenadenom, Meningeom, Arteriovenöse Malformation, medikamentös oder operativ therapierefraktäre Trigeminalneuralgie, 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	<p>Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren oder von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske -, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners.</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>			
		3,5 x 5855*	3,5 x 6900	3,5 x 402,18
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	825	83	4,84

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr €
	Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6			
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 Videokeratioskopie, 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  Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyzer (ONHA)	423	500	29,14
A 7012	Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie	1229	182	10,61
A 7013	Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation	1227	248	14,46
A 7014	Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung	413	280	16,32
A 7015	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges	410	200	11,66
	für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung	420	80	4,66
A 7016	Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge	1212	132	7,69
A 7017	Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits	424	700	40,80
		plus 406	plus 200	plus 11,66
A 7018	Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge	1298	132	7,69
A 7019	Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung	1215	121	7,05
A 7020*	Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression	1257*	242	14,11
A 7021	Operative Reposition einer intraokularen Linse	1353	832	48,50
A 7022	Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings	1326	1110	64,70
A 7023	Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laser-scanning Ophthalmoskopie	1217	242	14,11
A 7024	Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyklodeviation an Tangentenskalen in neun Blickrichtungen, einschließlich Kopfneige-Test	1217	242	14,11
A 7025	Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (sog. Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel	1376	1480	86,27

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr €
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 der gleichen Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (z. B. der subluxierten Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.</i>	1326	1110	64,70
A 7027	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation	1368	3030	176,61
A 7028	Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfzwangshaltung, 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

### 1.7.2 Medizinisches Aufbautraining/Medizinische Trainingstherapie

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

- Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie / zum Medizinischem Aufbautraining einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nr. 842 GOÄ.  
Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nr. 842 GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.
- Medizinische Trainingstherapie / Medizinisches Aufbautraining mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen (z. B. MedX-CE-/und/oder LE-Therapiemaschinen) analog Nr. 846 GOÄ, zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nr. 558 GOÄ (je Sitzung), zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nr. 506 GOÄ. Die Nrn. 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

### 1.7.3 Extrakorporale Stoßwellentherapie

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

## 2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

### 2.1 Praxiskosten

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



Leistung ausmachen würde. Zu den Praxiskosten gehören nicht Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ). Diese sind neben den Gebühren gesondert berechnungsfähig. Implantatbohrsätze gehören ebenfalls nicht zu den Praxisgebühren und können gesondert berechnet werden (BGH, Urteil vom 27.05.2004 – III ZR 264/03). Nicht berechnungsfähig sind dagegen die Kosten, die der Zahnärztin bzw. dem Zahnarzt für die Bevorratung von Implantaten entstehen. Sie sind als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten.

Eine gesonderte Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ darf nur bei den in § 6 Abs. 1 GOZ ausdrücklich genannten Leistungen erfolgen. Eine entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ auch auf andere zahnärztliche Leistungen ist gemäß § 1 Abs. 1 GOZ ausgeschlossen (vgl. Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Beschluss vom 19.04.1999 – 4 S 3178/98).

## 2.2 Bemessung der Gebühren

Für die Bemessung der Gebühren gemäß § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gelten die Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht unter Nr. 1.1 entsprechend. Der Leistungsumfang der Nrn. 205, 207, 209, 211 und 218 GOZ erfasst plastische (Aufbau)Füllungen. Gemäß § 87a SGB V in der Fassung des GKV-Reformgesetzes 2000 vom 22.12.1999 (BGBl I S. 2626) sind Mehrkosten für lichthärtende Kompositfüllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich bis zum 3,5fachen des Gebührensatzes berechnungsfähig. Entsprechendes gilt für die Angemessenheit der Aufwendungen nach § 7 Abs. 1 BayBhV. Alternativ hierzu kann für Kompositfüllungen als definitive Füllungen auch eine analoge Bewertung nach den Nrn. 215 bis 217 GOZ und für plastische Aufbauten nach der Nr. 219 GOZ (vgl. Nr. 2.4) als beihilfefähig anerkannt werden. Dabei wird ein Steigerungsfaktor von höchstens 1,5 als angemessen angesehen (vgl. Bayerischer Verwaltungsgerichtshof (BayVGH), Urteile vom 30. Mai 2006 — 14 BV 02.3276 und 14 BV 02.2643).

## 2.3 Gebühren für andere Leistungen

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

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

„Die Verweisung betrifft nur solche Abschnitte der GOÄ, in denen Leistungen enthalten sind, die für Zahnärzte nach dem Berufsrecht in Frage kommen können. Die Verweisung auf ganze Abschnitte des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist aus pragmatischen, regelungstechnischen Gründen erfolgt. Aus diesen Abschnitten kann der Zahnarzt nicht alle Leistungen erbringen und berechnen, sondern nur solche Leistungen, die zu seinen beruflichen Leistungen gehören (§ 1 Abs. 1 GOZ) und den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechen (§ 1 Abs. 2 GOZ).“

## 2.4 Analoge Bewertungen

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

## 2.5 Einzelfragen zum Gebührenverzeichnis der GOZ

2.5.1 Mit Nr. 203 GOZ sollen besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich abgegolten werden. Es handelt sich um Maßnahmen (z. B. Separieren oder Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillen einer übermäßigen Papillenblutung), die das Füllen oder Präparieren von Kavitäten erleichtern oder sogar erst ermöglichen. Bei Durchfüh-

rung mehrerer Einzelmaßnahmen an einem Behandlungstag kann die Gebühr nach Nr. 203 GOZ nur einmal in Ansatz gebracht und damit als beihilfefähig anerkannt werden (vgl. Verwaltungsgericht (VG) Augsburg, Urteil vom 21.09.2000 - Au 2 K 99.1110 – BayVGH, Beschluss vom 19.12.2000 -3 ZB 00.3216 – sowie BayVGH, Urteil vom 07.10.1993 - 3 B 92.2652). Ein mehrfacher Ansatz der Nr. 203 GOZ für Besonderheiten sowohl beim Präparieren als auch beim Füllen von Kavitäten ist ebenfalls nicht möglich. Nr. 203 GOZ kann nur in Verbindung mit Füllungen und Kronen berechnet werden.

- 2.5.2 Vom Leistungsinhalt der Nrn. 205, 207, 209 und 211 GOZ werden auch die Kompositfüllungen erfasst. Zur Bemessung der Gebühren vgl. Hinweise unter Nr. 2.2.
- 2.5.3 Bei Inlays ist die temporäre Versorgung der Kavität zwischen Präparieren der Kavität und Eingliedern der endgültigen Einlagefüllung Bestandteil der Leistungen nach Nrn. 215 bis 217 GOZ. Daneben können Gebühren nach Nrn. 227, 228 oder 202 GOZ nicht berechnet werden (vgl. BGH, Urteil vom 13.05.1992 - IV ZR 213/91).
- 2.5.4 Bei der „professionellen Zahnreinigung“ handelt es sich um Leistungen zur Befreiung der Zahnoberflächen und Zahnwurzeloberflächen von Zahnbelägen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen. Der Leistungsinhalt entspricht unabhängig vom angewandten Verfahren (z. B. Entfernung mit Handgeräten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten, Pulverstrahlgeräten, Scaling-Gels) den Leistungsbeschreibungen der Nrn. 405, 406 und 407 GOZ.
- 2.5.5 Für das Einbringen und Entfernen der Membran im Rahmen der gesteuerten Geweberegenerationsbehandlung (Guided Tissue Regeneration, GTR) kann Nr. 413 GOZ analog als Komplexgebühr oder Nrn. 412 und 411 GOZ analog jeweils als gesonderte Gebühr für das Einbringen und Entfernen der Membran berechnet werden. Die Kosten für die Membranen (Manschetten) können gesondert berechnet werden.
- 2.5.6 Neben Nr. 504 GOZ ist Nr. 508 GOZ nicht berechenbar. Der Sekundärteil einer Teleskopkrone ist kein Verbindungselement im Sinn der Nr. 508 GOZ (vgl. u. a. BVerwG, Urteil vom 30.05.1996 – 2 C 10.95).
- 2.5.7 Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums für kieferorthopädische Behandlungen nach Nrn. 603 bis 608 GOZ können quartalsmäßige Abschlagszahlungen als beihilfefähig anerkannt werden. Die Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung.
- Die Leistungen nach Nrn. 603 bis 608 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Für einen Verlängerungszeitraum der ursprünglichen Kieferumformung kann regelmäßig pro Jahr der Weiterbehandlung ein Viertel der jeweils vollen Gebühr unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ als angemessen angesehen werden (vgl. BayVGH, Beschluss vom 24.03.1997 – 3 B 95.1895).
- 2.5.8 Die Berechnung der Nr. 619 GOZ kommt grundsätzlich nur bei einer kieferorthopädischen Behandlung in Betracht. Für notwendige Beratungen und Gespräche im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung stehen der Zahnärztin bzw. dem Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 1 GOZ die entsprechenden Gebühren nach der GOÄ zur Verfügung.
- 2.5.9 Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nrn. 215 bis 217 GOZ), Kronen (Nrn. 220 bis 222 GOZ), Brücken (Nrn. 500 bis 504 GOZ) und Prothesen (Nrn. 520 bis 523 GOZ) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 222, 504 und 523 GOZ auch die Relationsbestimmung bzw. die Bestimmung der Kieferrelation. Deshalb dürfen in zeitlichem Zusammenhang mit diesen Leistungen keine Gebühren aus dem Abschnitt J des Gebührenverzeichnis der GOZ (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) berechnet werden. Bei umfangreichen bzw. aufwändigen Maßnahmen ist eine beihilferechtliche Anerkennung nach den Vorgaben des § 16 BayBhV möglich.
- 2.5.10 Nr. 3 GOÄ ist neben Nr. 001 GOZ berechnungsfähig, da es sich einerseits um eine (reine) Beratungs-, andererseits um eine Untersuchungsgebühr handelt; andere Leistungspositionen der GOÄ und GOZ sind daneben nicht beihilfefähig.
- 2.5.11 Nr. 5 GOÄ ist berechnungsfähig, da eine vergleichbare Leistung nicht in der GOZ enthalten ist.

## 2.6 Besondere Auslegungsfragen zur GOZ

Die einvernehmlichen Beschlüsse des bei der Bundeszahnärztekammer eingerichteten „Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen“ sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

### **Beschluss Nr. 1** vom 07.05.2001:

Bei der Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leistung, d. h. zeitlich getrennt als vorbereitende Maßnahme zur Implantation, kann neben den Nrn. 409, 410 GOZ die Nr. 413 GOZ analog berechnet werden. Bei einzeitigem (= in der gleichen Sitzung) Vorgehen können neben Nr. 413 GOZ die Nrn. 409, 410 GOZ nicht berechnet werden.

Es besteht Konsens, dass GTR/GBR in der Parodontologie seinen Ursprung hat und heute häufig auch in der Implantologie angewendet wird. In der Parodontologie ist anerkannt, dass die Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leistung nach Nrn. 409, 410 GOZ oder neben Nr. 413 GOZ analog berechnet werden kann. Es besteht Einigkeit, dass, wenn über eine solche Aussage in der Parodontologie Konsens besteht, sie auch in der Implantologie gelten soll.

### **Beschluss Nr. 2** vom 07.05.2001:

Nr. 900 GOZ – Implantate, Analyse/Vermessung

Nr. 900 GOZ ist einmal pro Kiefer berechenbar, auch bei mehreren Implantatsystemen. Wird die klinische Situation durch präimplantologische chirurgische Eingriffe verändert und ergibt sich dadurch die Notwendigkeit einer erneuten Analyse, so ist Nr. 900 GOZ erneut berechenbar.

### **Beschluss Nr. 3** vom 07.05.2001:

Nr. 902 GOZ - Messschablone

Die Leistung nach Nr. 902 GOZ ist je nach Notwendigkeit, ggf. auch mehrmals pro Implantat berechenbar.

### **Beschluss Nr. 4** vom 07.05.2001:

Nr. 904 GOZ – Implantate freilegen

Die Leistung nach Nr. 904 GOZ ist pro Implantatpfosten einmal berechnungsfähig. In Ausnahmefällen bei begründeter medizinischer Indikation kann Nr. 904 GOZ wieder berechnet werden.

### **Beschluss Nr. 5** vom 07.05.2001:

Nr. 905 GOZ - Implantate, Berechenbarkeit von Nrn. 229, 231 und 511 GOZ

Nrn. 229, 231 und 511 GOZ sind für die Abnahme und Wiederbefestigung bedingt abnehmbarer Suprakonstruktionen berechnungsfähig. Müssen zusätzlich am Implantatkörper Sekundärteile ausgewechselt werden, so ist Nr. 905 GOZ zusätzlich berechenbar.

### **Beschluss Nr. 6** vom 07.05.2001:

Nr. 905 GOZ - Implantate, Sekundärteil auswechseln bei bestehender prothetischer Versorgung

Die Leistung nach Nr. 905 GOZ ist pro Implantatpfeiler und je Sitzung bei einem Wechselvorgang oder Austausch einmal berechenbar.

Nr. 905 GOZ ist eine Implantatposition, nicht Hilfsposition bei Suprakonstruktionen.

### **Beschluss Nr. 7** vom 07.05.2001:

Nr. 2730 GOÄ - Alveolarfortsatz, Lagerbildung für Aufbau

Die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbetts löst keine eigene Gebührenposition aus.

**Beschluss Nr. 8** vom 07.05.2001:

Implantate, Verschraubungen

Bei verschraubten Kronen ist Nr. 508 GOZ in Verbindung mit Nr. 220/500 GOZ nicht berechnungsfähig, da die Befestigung einer Krone im Zusammenhang mit deren Eingliederung mit der Gebühr für die Krone abgegolten ist (§ 4 Abs. 2 GOZ).

### 3. Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)

Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern bestimmt sich nach § 7 Abs. 1 Satz 5 BayBhV. Danach sind derartige Aufwendungen angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des GebüH (herausgegeben 1985, Neuauflage in Euro zum 01. Januar 2002). Eine Leistungsübersicht des GebüH und die beihilfefähigen Höchstbeträge sind in Nr. 3.2 aufgeführt und z. T. mit Anmerkungen versehen, die z. B. auf die wissenschaftlich nicht allgemeine Anerkennung nach § 7 Abs. 5 BayBhV hinweisen.

- 3.1 Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) wurde von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland 1985 herausgegeben (Neuauflage in Euro zum 01. Januar 2002) und ist im Folgenden aufgeführt:

## Einführung

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker üben ihren Beruf eigenverantwortlich aus und zählen zu den freien Berufen im Sinne des § 18 EStG.

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

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

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

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

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

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

In einer unter den in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassenen Heilpraktikern durchgeführten Umfrage wurde die Höhe des durchschnittlich festgestellten Honorarrahmens ermittelt.

Die Auswertung der ermittelten Honorare fand ihren Niederschlag im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH).

Das GebüH ist also keine Gebührentaxe, sondern ein Verzeichnis der durchschnittlich üblichen Vergütungen, welches als Berechnungshilfe bei der Rechnungserstellung dient.

Sofern die Höhe des Honorars vor der Behandlung nicht ausdrücklich vereinbart wurde, kann die Patientin bzw. der Patient davon ausgehen, dass sie sich im Rahmen der im GebüH enthaltenen Beträge bewegt.

## Allgemeine Grundsätze

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

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

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

Für die Anwendung von Injektions- und Infusionspräparaten bei erstattungsberechtigten Patienten ist die folgende Anmerkung zu beachten:

Nach § 4 Abs. 3 der Musterversicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherungen werden Arzneimittel grundsätzlich nur dann erstattet, wenn sie vom Behandler verordnet und vom Patienten aus der Apotheke bezogen werden. Ohne Rechtspflicht erstatten einige Kostenträger Arzneimittelkosten auch dann, wenn nicht der Patient das Arzneimittel (ggf. Ampullen) aus der Apotheke bezieht, sondern lediglich einzelne Ampullen aus Praxisvorräten verwendet werden und diese mit Namen und Preis auf der Rechnung erscheinen. Die Arzneimittel sollten aus rechtlichen Gründen, auf der Rechnung von den persönlichen Leistungen gesondert als AUSLAGEN ausgewiesen werden. Ampullen, die ohne gesonderte Berechnung zur Anwendung kommen, sind ebenfalls namentlich zu benennen.

Fremdleistungen, wie Kosten eines Fremdlabors, soweit der Heilpraktiker Laboruntersuchungen nicht im eigenen Labor oder als Gesellschafter einer Laborgemeinschaft erbringt, sind nur mit dem Gestehungspreis berechenbar. Verauslagte Arzneimittel, wie Ampullen, Infusionsflaschen oder sonstige Materialien, können ebenso nur mit dem Gestehungspreis zur Berechnung kommen. Alle Fremdleistungen sind auf der Rechnung grundsätzlich vom übrigen Honorar getrennt als AUSLAGEN auszuweisen.

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen sind nicht gesondert berechnungsfähig:

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

- Einmalartikel, wie: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalkatheter, Einmaldarmrohre.

Leistungen, die nicht im GebüH enthalten sind, können entsprechend einer ähnlichen Leistung im GebüH berechnet werden. Eine verständliche Beschreibung dieser Leistung kann erforderlich sein. Die Kennzeichnung der analogen Leistung mit einem „A“ zur entsprechenden Nummer ist möglich. Sofern keine analoge Leistungsnummer gegeben ist, kann die Leistung ohne GebüH-Nummer mit einer Leistungsbeschreibung dargelegt werden. Das Zitieren aus anderen Leistungsverzeichnissen ist möglich.

## *Inhaltsverzeichnis*

<b>A</b>		Diätplan	11.3
Aderlass	26.2	<b>E</b>	
Aerosolanwendung	23	Eigenblutinjektion	24.1
Akupunktur	21	Eigenharninjektion	24.2
Aknepusteln, Entfernung von	31.2	Einreibungen zur Therapie	20.8
Atemtherapie	20.1	EKG	14.6 - 7
Attest	11	Elektroneuraldiagnostik	16.1
Augenhintergrundspiegelung	14.2	Elektrophysikalische Methoden	39
Augenvordergrunduntersuchung	14.1	Elektrobäder	37.4 - 5
Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes	3	Enzymdiagnostik	12.14
<b>B</b>		Erstuntersuchung	1
Bäder, medizinische	36	Erythrozytenzählung	12.11
Baunscheidt-Behandlung	27.11	<b>F</b>	
Begasung von Extremitäten	30.2	Fangopackungen	38.1
Beratung	5	Fontanellen, Setzen von	27.7
Beratung außerhalb der Sprechstunde	6	<b>G</b>	
Beratung an Sonn- und Feiertagen	8	Gefäßdoppler-Untersuchung	14.10
Beratung bei Nacht	7	Grundumsatzbestimmung nach Read	14.3
Bestrahlungen	39.1 - 2	Grundumsatzbestimmung mittels Atmungsuntersuchung	14.4
Biersche Stauung	27.12	<b>H</b>	
Bindegewebsmassage	20.3	Hämoglobinbestimmung	12.9
Bioelektronische Diagnostik	16.3	Harnuntersuchung	12.1 - 4
Blutausstrichdifferenzierung	12.10	Hausbesuch	9
Blutegelbehandlung	27.1	Hausbesuch als Eilbesuch	9.2
Blutentnahme	26.1	Hausbesuch bei Tag	9.1
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	12.12	Hausbesuch nachts und sonntags	9.3
Blutstatus	12.7	Hausbesuch, Nebengebühren	10
Blutuntersuchungen, sonstige	13	Hautwiderstandsmessung	16.4
Blutwäsche	25.11	Heilmagnetische Behandlungen	18.1 - 2
Blutzuckerbestimmung	12.8	Heißluftbäder	37.1 - 3
<b>C</b>		Herz-Kreislaufuntersuchungen	14.9
Cantharidenpflasterbehandlung	27.8	Homöopathie, klassische, Reper- torisation	2
Carcinochrom-Reaktion	12.5	HOT-Behandlung	25.11
Chemische Untersuchung	12.13	Hydrotherapeutische Anwendungen	36
Chemische Untersuchung, aufwändig	12.14	<b>I</b>	
Chemogramm	12.13	Infiltration, paravertebrale	28
Chiropraktik	34.1 - 2		
<b>D</b>			

Infusion	25.7 - 8
Inhalation	22
Injektion	25

**K**

Kirlian-Fotografie	15.1
Kneipp'sche Anwendungen	36.4
Krankheitsbescheinigung	11.1 - 2
Kristallographie	12.15
Kurplan/Diätplan	11.3

**L**

Leukozytenzählung	12.11
Lichtbäder	39.1 - 2
Lungenkapazität, Prüfung der	14.5
Lymphdrainage	20.6

**M**

Magnetfeldtherapie	39.10
Massagen	20
Medico-mechanische Apparate, Beh.	20.7
Mikroskopische Untersuchungen	12.13

**N**

Nervenpunktmassage	20.2
Neuraltherapie	25.6
Neurologische Untersuchungen	17

**O**

Ohrspülung	30.1
Osteopathie	35.1 - 6
Oszillogramm-Methoden	14.8
Ozoninjektion	25.9 - 10

**P**

Paravertebrale Infiltration	28
Paraffin-Packungen	38.2 - 3
Pflasterverbände	33.2
Photoaufnahmen zur Diagnose	15.1 - 2
Photometrie	12.15
Prießnitzpackungen	38.4
Psychotherapeutische Behandlungen	19.1 - 8
Pustulieren	27.10

**Q**

Qaddelbehandlung	25.4
------------------	------

**R**

Reizstromtherapie	39.12
Reiztherapie, Intrakutane	25.4
Repertorisation, klass.Homöopathie	2
Roedersche Behandlung	29

**S**

Sauerstoffinhalation	23
Saugapparate, Behandlung mit	27.6
Segmentdiagnostik	16.2
Skarifikation der Haut	27.2
Sondermassagen	20.6
Spirometrische Untersuchungen	14.5
Sprachstörungen, Behandlung von	19.7

**Sch**

Schlenzbäder und -packungen	36.1/38.4
Schrägbettbehandlung	20.6
Schriftliche Auslassungen	11
Schröpfen	27.3 - 4

**T**

Teilmassage	20.4
-------------	------

**U**

Ultraschallbehandlungen	39.13
Untersuchung, eingehende	1
Unterwassermassage	20.6
Urinuntersuchung	12.1 - 4

**V, W**

Verbände	33
Wiederholungsverordnung	3
Wundversorgung	32

3.2 Leistungsübersicht des GebüH und beihilfefähige Höchstbeträge nach § 7 Abs. 1 Satz 5 BayBhV

GebüH			BayBhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
<b>1 - 10</b>	<b>Allgemeine Leistungen</b>			
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende <b>Untersuchung</b>	12,30 bis 20,50	12,30	
2	Durchführung des vollständigen <b>Krankenexamens mit Repertorisation</b> nach den Regeln der klassischen Homöopathie	15,40 bis 41,00	15,40	
3	<b>Kurze Information</b> , auch mittels Fernsprecher, oder <b>Ausstellung einer Wiederholungsverordnung</b> , als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Heilpraktikers	bis 4,50	bis 4,50	
4	<b>Eingehende Beratung</b> , die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 4 wird nur als alleinige Leistung von der privaten Krankenversicherung oder Beihilfe erstattet.</i>	16,40 bis 22,00	16,40	
5	<b>Beratung</b> , auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 5 wird nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.</i>	8,20 bis 20,50	8,20	
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	17,00 bis 24,50	17,00	
7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	19,50 bis 28,50	19,50	
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Nrn. 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeit stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	15,40 bis 27,00	15,40	
<b>9</b>	<b>Hausbesuch einschließlich Beratung</b>			
9.1	bei Tag	21,50 bis 29,50	21,50	



Gebüh			BayBhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	24,00 bis 32,00	24,00	
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	27,50 bis 36,50	27,50	
<b>10</b>	<b>Nebengebühren für Hausbesuche</b>			
	Wenn der Heilpraktiker außerhalb seiner Praxis tätig sein muss, so hat er Anspruch auf Entschädigung für den Zeitaufwand während seiner Abwesenheit oder für den zurückgelegten Weg. Liegt der Ort der Behandlung <b>bis zu zwei Kilometer</b> von der Praxis entfernt, dann beträgt das <b>Wegegeld</b> :			
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag	bis 5,50	bis 5,50	
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht	bis 10,50	bis 10,50	
	Das <b>Wegegeld</b> wird ersetzt bei einer Entfernung von <b>zwei bis 25 Kilometern</b> :			
10.3	durch Erstattung der Auslagen für öffentliche Verkehrsmittel			
10.4	durch besondere Vereinbarung mit dem Patienten, wie Gestellung eines Transportmittels. Hierbei besteht nur Anspruch auf Vergütung der Zeitversäumnis			
	Bei <b>Benutzung des eigenen Fahrzeuges</b> für den zurückgelegten Kilometer:			
10.5	bei Tag	bis 1,25	bis 1,25	
10.6	bei Nacht	bis 2,50	bis 2,50	
10.7	Handelt es sich um einen <b>Fernbesuch von über 25 km Entfernung</b> zwischen Praxis und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden <i>Anmerkung: Die Wegekilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet.</i>	bis 0,25	bis 0,25	
	Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.			
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine <b>Reise, welche länger als 6 Stunden</b> dauert, so kann der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Anrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Der Patient ist hiervon in Kenntnis zu setzen.	10,50 bis 20,50	10,50	
<b>11</b>	<b>Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen</b>			

Gebüh			BayBhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse des Patienten	3,60 bis 15,50	3,60	Bescheinigung
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A4 engzeilig maschinengeschrieben)	10,30 bis 20,50	10,30	
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen <i>Anmerkung: Die Vervollständigung vorgefertigter Diätpläne ist nicht berechnungsfähig.</i>	10,50 bis 26,00	10,50	
<b>12</b>	<b>Chemisch-physikalische Untersuchungen</b>			
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes ist nicht berechnungsfähig.</i>	bis 3,10	bis 3,10	
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z.B. Zucker usw.)	bis 4,60	4,60	
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	bis 4,60	4,60	
12.5	Carzinochrom-Reaktion (CCR)	bis 17,90	17,90	soweit nicht nach Anlage 1 zu § 7 Abs. 5 BayBhV ausgeschlossen
12.7	Blutstatus (nicht neben Nrn. 12.9, 12.10, 12.11)	bis 18,00	bis 18,00	
12.8	Blutzuckerbestimmung	bis 8,00	bis 8,00	
12.9	Hämoglobinbestimmung	bis 5,50	bis 5,50	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	bis 7,70	bis 7,70	
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozythen	bis 5,50	bis 5,50	
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	bis 6,00	bis 6,00	
12.13 <sup>1)</sup>	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkel-feld, pro Untersuchung	bis 9,50	bis 9,50	
12.14 <sup>1)</sup>	Aufwändige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang (z.B. Enzymdiagnostik, Nierenchemie, Blutserumchemie, Stuhlchemie, Elektrolyse, Elektrophorese, Fermentchemie, pro Einzeluntersuchung)	bis 10,50	bis 10,50	gilt abschließend auch für sonstige Laborleistungen; eine analoge Heranziehung des Abschnitts M der GOÄ ist nicht zulässig.

Gebüh			BayBhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
12.15 <sup>*)</sup>	Kristallographie, Photometrie, pro Einzeluntersuchung  <i>*)Anmerkung: Die Art der Untersuchung bei Nrn. 12.13, 12.14 oder 12.15 ist anzugeben.</i>	bis 10,50		Kristallographie nicht beihilfefähig; vgl. Anlage 1 zu § 7 Abs. 5 BayBhV.
<b>13</b>	<b>Sonstige Untersuchungen</b>			
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z.B. pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Brehmer, Enderlein usw. <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	10,50 bis 31,00	10,50	
<b>14</b>	<b>Spezielle Untersuchungen</b>			
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes	5,20 bis 10,50	5,20	
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nr. 1 oder Nr. 4 berechnet werden. Leistungen nach Nrn. 14.1 und 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>	5,20 bis 10,50	5,20	
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,20 bis 8,00	5,20	nicht neben einer Leistung nach Nr. 1 oder Nr. 4 erstattungsfähig.
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	10,30 bis 26,00	10,30	
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	10,50 bis 20,50	10,50	
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	26,00 bis 51,50	26,00	
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	20,50 bis 31,00	20,50	
14.8	Oszillogramm-Methoden	5,20 bis 25,-50	5,20	
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung zu Nr. 14.9: Nicht neben Nrn. 1 oder 4 berechenbar.</i>	10,50 bis 25,50	10.50	
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zur peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessung	bis 11,30	bis 11,30	
<b>15</b>	<b>Photoaufnahmen</b>			nicht beihilfefähig;

Gebüh			BayBhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
15.1	Photoaufnahmen zu diagnostischen Zwecken, Aufnahmen schwarz/weiß (pro Augenpaar)	5,50 bis 15,50		
15.2	Vergrößerungen sowie Farbaufnahmen werden zum handelsüblichen Preis berechnet <i>Anmerkung: Photographische Aufnahmen der Iris oder andere photographische Aufnahmen, die zu diagnostischen Zwecken notwendig sind, sind zuvor mit dem Patienten zu vereinbaren. Photoaufnahmen, die zu Studienzwecken des Heilpraktikers dienen, kommen nicht zur Berechnung.</i>			
<b>16</b>	<b>Bioenergetische Verfahren</b>			
16.1	Elektroneural-Diagnostik	10,50 bis 26,00		nicht beihilfefähig; Anlage 1 zu § 7 Abs. 5 BayBhV.
16.2	Segmentdiagnostik, Maximaldiagnostik u.a.	5,20 bis 20,50	5,20	nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird. Nicht neben Nrn. 1 und 4 berechenbar
16.3	Bioelektrische Funktionsdiagnostik	15,50 bis 41,00		nicht beihilfefähig; Anlage 1 zu § 7 Abs. 5 BayBhV.
16.4	Hautwiderstandsmessungen <i>Anmerkung: Art und Ziel der Untersuchung sind anzugeben.</i>	5,20 bis 26,00	5,20	nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird. Nicht neben Nrn. 1 und 4 berechenbar
<b>17</b>	<b>Neurologische Untersuchungen</b>			
17.1	Neurologische Untersuchung <i>Anmerkung: Die neurologische Untersuchung wird grundsätzlich nur durchgeführt, wenn sie für den Heilzweck oder für die Sicherung der Diagnose oder die Beobachtung des Heilungsverlaufes erforderlich erscheint.</i>	5,20 bis 26,00	5,20	nicht neben Nrn. 1 und 4 erstattungsfähig
<b>18 - 23</b>	<b>Spezielle Behandlungen</b>			
<b>18</b>	<b>Heilmagnetische Behandlungen</b>			nicht beihilfefähig; vgl. Anlage 1 zu § 7 Abs. 5 BayBhV

Gebüh			BayBhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
18.1	Einfache heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie nicht das gewöhnliche Maß einer Behandlung in zeitlicher Hinsicht überschreiten	5,50 bis 10,50		
18.2	Heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie in zeitlicher Hinsicht das gewöhnliche Maß überschreiten	8,00 bis 26,00		
<b>19</b>	<b>Psychotherapie</b>			nicht beihilfefähig, vgl. § 9 Abs. 1 BayBhV
19.1	Psychotherapie von halbstündiger Dauer	15,50 bis 26,00		
19.2	Psychotherapie von 50 - 90 Minuten Dauer	26,00 bis 46,00		
19.3	Ausstellung eines psychodiagnostischen Befundes	15,50 bis 38,50		
19.4	Psychotherapeutisches Gutachten je zweizeiliger Schreibmaschinenseite	bis 15,50		
19.5	Psychologische Exploration mit eingehender Beratung	15,50 bis 46,00		
19.6	Anwendung und Auswertung von Testverfahren (TAT, TUA, Rorschach usw.)	15,50 bis 38,50		
19.7	Behandlung von Störungen der Sprechorgane je Sitzung <i>Anmerkung: Die Honorare für eine ausgedehnte Spezialbehandlung von Sprechangst-Neurosen (Stottern), Honorare für spezielle ausgedehnte Sprechlehrekurse, Kurse der Entwöhnungsbehandlung usw. sind besonders zu vereinbaren.</i>	10,50 bis 31,00		
19.8	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	15,50 bis 26,00		
<b>20</b>	<b>Atemtherapie, Massagen</b>			Beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden;
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	13,00 bis 31,00	13,00	
20.2	Nervenpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u. a., Spezialnervenmassage	8,00 bis 15,50	8,00	
20.3	Bindegewebssmassage	8,00 bis 20,50	8,00	
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	5,50 bis 10,50	5,50	
20.5	Großmassage	10,50 bis 18,00	10,50	
20.6	Sondermassagen (Unterwasserdruckstrahlmassage, Lymphdrainage, Schrägbettbehandlung u. a.)	10,50 bis 20,50	10,50	

Gebüh			BayBhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medico-mechanischen Apparaten	10,50 bis 26,00	10,50	
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	5,50 bis 8,00	5,50	
<b>21</b>	<b>Akupunktur</b>			
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	10,30 bis 26,00	10,30	
21.2	Moxibustionen, Elektroakupunktur, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	5,20 bis 15,50	5,20	soweit nicht nach Anlage 1 zu § 7 Abs. 5 BayBhV ausgeschlossen.
<b>22</b>	<b>Inhalationen</b>			
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaturen in der Sprechstunde ausgeführt werden	5,50 bis 13,00	5,50	
<b>23</b>	<b>Aerosole</b>			
23.1	Anwendung von Aerosolen mit Kompressor, Pressluft- bzw. Sauerstoffapparat	5,20 bis 15,50	5,20	soweit nicht nach Anlage 1 zu § 7 Abs. 5 BayBhV ausgeschlossen.
<b>24 - 30</b>	<b>Blutentnahme - Injektionen - Infusionen - Hautableitungsverfahren</b>			
<b>24</b>	<b>Eigenblut</b>			soweit nicht nach Anlage 1 zu § 7 Abs. 5 BayBhV ausgeschlossen
24.1	Eigenblutinjektion	10,30 bis 13,00	10,30	
24.2	Eigenharninjektion	5,20 bis 13,00	5,20	
<b>25</b>	<b>Injektionen, Infusionen</b>			
25.1	Injektion, subkutan	bis 5,20	bis 5,20	
25.2	Injektion, intramuskulär	bis 5,20	bis 5,20	
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	bis 7,70	bis 7,70	
25.4	intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) pro Sitzung	7,20 bis 13,00	7,20	
25.5	Injektion, intraartikulär	5,20 bis 15,50	5,20	
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	7,70 bis 26,00	7,70	
25.7	Infusion	bis 8,70	bis 8,70	
25.8	Dauertropfinfusion	bis 12,80	bis 12,80	

GebüH			BayBhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
	<i>Anmerkung: Für die bei Infusionen ggf. eingebrachten Medikamente werden nur die nachweisbaren Eigenkosten unter Angabe von Art und Men- ge der verbrauchten Präparate von den Lei- stungsträgern erstattet.</i>			
25.9	Gasgemischinjektionen (z.B. Ozon oder Sauerstoff), intramuskulär	7,70 bis 13,00	7,70	soweit nicht nach Anlage 1 zu § 7 Abs. 5 BayBhV ausgeschlossen
25.10	Gasgemischinjektionen, intraarteriell	13,00 bis 26,00	13,00	
25.11	HOT-Behandlung (Hämato gene Oxydationstherapie)	26,00 bis 51,50		nicht beihilfefähig; vgl. Anlage 1 zu § 7 Abs. 5 BayBhV
<b>26</b>	<b>Blutentnahmen</b>			
26.1	Blutentnahme	bis 3,60	bis 3,60	
26.2	Aderlass	bis 12,80	bis 12,80	
<b>27</b>	<b>Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren</b>			
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschl. Verband	10,50 bis 31,00	10,50	
27.2	Skarifikation der Haut	5,50 bis 10,50	5,50	
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,20 bis 8,00	5,20	
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	10,50 bis 20,50	10,50	
27.5	Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel	5,20 bis 10,50	5,20	
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	10,50 bis 26,00	10,50	
27.7	Setzen von Fontanellen	5,20 bis 15,50	5,20	
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,20 bis 10,50	5,20	
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nr. 27.8)	5,20 bis 10,50	5,20	
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,20 bis 10,50	5,20	
21.11	Baunscheidtieren	10,30 bis 20,50	10,30	
27.12	Biersche Stauung	5,20 bis 8,00	5,20	
<b>28</b>	<b>Infiltrationen</b>			
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	7,70 bis 15,50	7,70	
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	10,30 bis 20,50	10,30	
<b>29</b>	<b>Roedersches Verfahren</b>			

Gebüh			BayBhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	8,00 bis 15,50	8,00	
<b>30</b>	<b>Sonstiges</b>			
30.1	Spülung des Ohres	8,00 bis 15,50	8,00	
30.2	Anwendung der Beutelbegasung für ganze Extremitäten mit Ozon oder Sauerstoff	10,30 bis 36,00	10,30	soweit nicht nach Anlage 1 zu § 7 Abs. 5 BayBhV ausgeschlossen
<b>31 bis 33</b>	<b>Wundversorgung, Verbände und Verwandtes</b>			
<b>31</b>	<b>Abszesse u.a.</b>			
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	5,20 bis 13,00	5,20	
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	5,20 bis 10,50	5,20	
<b>32</b>	<b>Versorgung einer frischen Wunde</b>			
32.1	bei einer kleinen Wunde	5,20 bis 10,50	5,20	
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	10,30 bis 15,50	10,30	
<b>33</b>	<b>Verbände (außer zur Wundbehandlung)</b>			
33.1	Verbände, jedesmal	5,20 bis 15,50	5,20	
33.2	elastische Stütz- und Pflasterverbände	5,20 bis 15,50	5,20	
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Anmerkung: Materialien kommen zum Gestehungspreis zur Berechnung.</i>	5,20 bis 13,00	5,20	
<b>34</b>	<b>Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung</b>			
34.1	Chiropraktische Behandlung	10,50 bis 18,00	10,50	
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Bei einem mehr als dreimaligen Eingriff an der Wirbelsäule kann der Leistungsträger eine Begründung verlangen.</i>	15,40 bis 19,00	15,40	
<b>35</b>	<b>Osteopathische Behandlung</b>			
35.1	des Unterkiefers	7,70 bis 15,50	7,70	
35.2	des Schultergelenkes	15,40 bis 26,00	15,40	
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	15,40 bis 26,00	15,40	
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	5,20 bis 15,50	5,20	
35.5	des Daumens	5,20 bis 13,00	5,20	



Gebüh			BayBhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
35.6	einzelner Finger und Zehen	5,20 bis 13,00	5,20	
<b>36</b>	<b>Hydro- und Elektrotherapie</b>			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden;
	Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen			
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	5,20 bis 15,50	5,20	
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	5,50 bis 8,00	5,50	
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	7,70 bis 23,00	7,70	
36.4	Kneippsche Güsse	5,50 bis 8,00	5,50	
<b>37</b>	<b>Elektrische Bäder und Heißluftbäder</b>			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden;
37.1	Teilheißluftbad, z.B. Kopf oder Arm	5,50 bis 8,00	5,50	
37.2	Ganzheißluftbad, z.B. Rumpf oder Beine	8,00 bis 10,50	8,00	
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,20 bis 10,50	5,20	
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	8,00 bis 13,00	8,00	
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	7,70 bis 13,00	7,70	
<b>38</b>	<b>Spezialpackungen</b>			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden;
38.1	Fangopackungen	8,00 bis 15,50	8,00	
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	8,00 bis 15,50	8,00	
38.3	Paraffinganzpackungen	10,50 bis 23,00	10,50	
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	10,50 bis 31,00	10,50	
	<i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder und Packungen evtl. unter Verwendung verschiedener Apparate werden nach vergleichbaren Positionen berechnet.</i>			
<b>39</b>	<b>Elektro-physikalische Heilmethoden</b>			beihilfefähig (außer Nr. 39.10), wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden;

Gebüh			BayBhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
39.1	einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	5,50 bis 8,00	5,50	
39.2	Ganzbestrahlungen	7,70 bis 10,50	7,70	
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	5,50 bis 15,50	5,50	
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	5,50 bis 10,50	5,50	
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	5,50 bis 8,00	5,50	
39.7	Verschörfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	5,20 bis 10,50	5,20	
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	5,50 bis 15,50	5,50	
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	8,00 bis 18,00	8,00	
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	10,50 bis 20,50		nicht beihilfefähig; vgl. Anlage 1 zu § 7 Abs. 5 BayBhV
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlungen (je nach Aufwand und Dauer)	5,50 bis 31,00	5,50	
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z. B. Jono-Modulator	5,50 bis 26,00	5,50	
39.13	Ultraschall-Behandlung	5,50 bis 15,50	5,50	

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

Rosemarie Ahlert	Schulstr. 29, 72631 Aichtal
Dr. med. Dipl.-Psych. Menachem Amitai	Bifänge 22, 79111 Freiburg
Dr. med. Ludwig Barth	Mühlbaurstr. 38b, 81677 München
Dr. med. Ulrich Berns	Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover
Dr. med. Dietrich Bodenstein	Waldwinkel 22, 14532 Kleinmachnow
Dr. med. Doris Bolk-Weischedel	Eichkampstr. 108, 14055 Berlin
Dr. med. Gerd Burzig	Hamburger Str. 49, 23611 Bad Schwartau
Dr. med. Ilan Diner	Windscheidstr. 8, 10627 Berlin
Prof. Dr. med. Michael Ermann	Postfach 15 13 09, 80048 München
Dr. med. Paul R. Franke	Harnackstr. 4, 39104 Magdeburg
Dr. med. Ulrich Gaitzsch	Luisenstr. 3, 69469 Weinheim
Dr. med. Dietrich Haupt	Wörther Str. 44, 28211 Bremen
Dr. F. Höhne	Vor dem Schlosse 5, 99947 Bad Langensalza
Dr. med. Ludwig Janus	Zähringstr. 4, 69115 Heidelberg
Dr. med. Horst Kallfass	Leo-Baeck-Str. 3, 14165 Berlin
Dr. med. Ingrid Kamper-Jasper	Jöhrensstr. 5, 30559 Hannover
Dr. med. Gabriele Katwan	Franzensbader Str. 6b, 14193 Berlin
Prof. Dr. med. Karl König	Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen
Dr. med. Albrecht Kuchenbuch	Lindenallee 26, 14050 Berlin
Prof. Dr. med. Peter Kutter	Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart
Prof. Dr. med. Klaus Lieberz	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit - Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin- Postfach 12 21 20, 68072 Mannheim
Dr. med. Günter Maass	Leibnizstr. 16 c, 65191 Wiesbaden
Prof. Dr. med. Michael von Rad	Städt. Klinikum München GmbH, Krankenhaus München-Harlaching, Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München

Dr. med. Hermann Roskamp	Lohengrinstr. 67, 70597 Stuttgart
Prof. Dr. med. Ulrich Rüger	Mittelbergring 59, 37085 Göttingen
Dr. med. Rainer Sandweg	Postfach 12 58, 66443 Bexbach
Dr. med. Günter Schmitt	Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart
Dr. med. Jörg Schmutterer	Damaschkestr. 65, 81825 München
Dr. med. Gisela Thies	Tegeleck 27, 23843 Bad Oldesloe

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

Dr. med. Ulrich Berns	Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover
Dr. med. Hermann Fahrig	Carl-Beck-Str. 58, 69151 Neckargemünd
Dr. med. Dietrich Haupt	Wörther Str. 44, 28211 Bremen
Dr. med. Annette Streeck-Fischer	Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen

**III. Gutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:**

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

**IV. Gutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:**

Dr. med. Peter Altherr	Westbahnstr. 12, 76829 Landau
Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt	Postfach 12 34, 69192 Schriesheim
Dr. med. Horst Trappe	Breslauer Str. 29, 49324 Melle

Dipl.-Psych. Dr. phil. Gerhard Zarbock      Bachstraße 48, 22083 Hamburg

Dr. Johannes Zuber      Mercystraße 27, 79100 Freiburg

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

Dr. med. Ludwig Barth      Mühlbaaurstr. 38b, 81677 München

Dr. med. Doris Bolk-Weisedel      Eichkampstr. 108, 14055 Berlin

Dr. med. Horst Kalfass      Leo-Baeck-Straße 3, 14165 Berlin

Prof. Dr. med. Karl König      Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen

Prof. Dr. med. Peter Kutter      Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart

Prof. Dr. med. Ulrich Rüger      Mittelbergring 59, 37085 Göttingen

Dr. med. Günter Schmitt      Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart

Dr. med. Gisela Thies      Tegeleck 27, 23843 Bad Oldesloe

Dr. med. Roland Vandieken      Am Buchenhang 17, 53115 Bonn

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

Dr. med. Dietrich Haupt      Wörther-Str. 44, 28211 Bremen

Dr. med. Annette Streeck-Fischer      Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen

**VII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen:**

Dr. med. Franz Rudolf Faber      Postfach 11 20, 49434 Neuenkirchen/Oldenburg

Prof. Dr. med. Iver Hand      Verhaltenstherapie Falkenried  
Postfach 20 18 61, 20208 Hamburg

Dr. med. Dieter Kallinke      Postfach 10 35 46, 69025 Heidelberg

Dr. med. Johannes Kemper      Bauerstr. 15, 80796 München

**VIII. Obergutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen:**

Dr. med. Johannes Kemper      Bauerstr. 15, 80796 München

Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt      Postfach 12 34, 69192 Schriesheim

**Anhang 3**  
(VV zu § 30 Abs. 4 BayBhV)

## 1. Heilkurortverzeichnis Inland

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
<b>A</b>				
Aachen	52066	Aachen	Burtscheid	Heilbad
	52062	Aachen	Monheimsallee	Heilbad
Aalen	73433	Aalen	Röthardt	Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb
Abbach	93077	Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419	Ahlbeck	G	Seeheilbad
Aibling	83043	Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680	Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	38707	Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Altenberg	01773	Altenberg	Altenberg	Kneippkurort
Andernach	56626	Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454	Bad Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	88326	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
<b>B</b>				
Baden-Baden	76530	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	72270	Baiersbronn	Schwarzenberg-Schönmünzach, Obertal	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Balge	31609	Balge	B - Blenhorst	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Baltrum	26579	Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429	Bansin	G	Seeheilbad
Bayersoien	82435	Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
Bayreuth	95410	Bayreuth	B – Lohengrin Therme Bayreuth	Heilquellenkurbetrieb
Bayrischzell	83735	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624	Bederkesa	G	Moorheilbad
Bellingen	79415	Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Belzig	14806	Belzig	Belzig	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bentheim	48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Berggießhübel	01819	Bad Gottleuba - Berggießhübel	Berggießhübel	Kneippkurort
Bergzabern	76887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Berka	99438	Bad Berka	Bad Berka	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Berleburg	57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460	Bad Berneck i. Fichtelgebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge Frankenhammer, Kutschenrangen Rödlasberg, Warmeleithen	Kneippheilbad
Bertrich	56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660	Beuren	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Bevensen	29549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	Heilbad und Kneippkurort
Biberach	88400	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Birnbach	84364	Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
Bischofsgrün	95493	Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bischofswiesen	83483	Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38889	Blankenburg, Harz	G	Heilbad
Blieskastel	66440	Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708	Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenmais	94249	Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort
Bodenteich	29389	Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	73087	Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Boltenhagen	23944	Ostseebad Boltenhagen	G	Seeheilbad
Boppard	56154	Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	Kneippheilbad Heilbad
Borkum	26757	Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648	Bad Brambach	Bad Brambach	(Mineral-) Heilbad
Bramstedt	24576	Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Heilbad
Braunlage	38700	Braunlage	G mit Hohegeiß	Heilklimatischer Kurort
Breisig	53498	Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929	Brilon	Brilon	Kneippkurort
Brückenaus	97769	Bad Brückenaus	G - sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
Buchau	88422	Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor-) Heilbad
Buckow	15377	Buckow	G - ausgenommen der Ortsteil „Hasenholz“	Kneippkurort
Bünde	32257	Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Büsum	25761	Büsum	Büsum	Seeheilbad
Burgbrohl	56659	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg/Fehmarn	23769	Burg/Fehmarn	Burg	Seeheilbad
<b>C</b>				
Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Clausthal-Zellerfeld	38678	Clausthal-Zellerfeld	Clausthal-Zellerfeld	Heilklimatischer Kurort
Colberg-Heldburg	98663	Bad Colberg - Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Cuxhaven	27478	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad
<b>D</b>				
Dahme	23747	Dahme	Dahme	Seeheilbad
Damp	24351	Damp	Damp 2000	Seeheilbad
Daun	54550	Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	32760	Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582	Diez	Diez	Felkekurort
Ditzenbach	73342	Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209	Bad Doberan	Bad Doberan	(Moor-) Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Driburg	33014	Bad Driburg	Heiligendamm Bad Driburg, Hermannsborn	Seeheilbad Heilbad
Düben	04849	Bad Düben	Bad Düben	(Moor-) Heilbad
Dürkheim	67098	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073	Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-) Heilbad und Heilklimatischer Kurort
<b>E</b>				
Ehlscheid	56581	Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707	Bad Eilsen	G	Heilbad
Elster	04645	Bad Elster	Bad Elster, Sohl	Mineral- und Moorheilbad
Ems	56130	Bad Ems	Bad Ems	Heilbad
Emstal	34308	Bad Emstal	Sand	Heilbad
Endbach	35080	Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	83093	Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597	Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422	Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
Essen	49152	Bad Essen	Bad Essen	Heilbad
Eutin	23701	Eutin	G	Heilklimatischer Kurort
<b>F</b>				
Fallingbostal	29683	Fallingbostal	Fallingbostal	Kneippheilbad
Feilnbach	83075	Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Finsterberg	99898	Finsterberg	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538	Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567	Bad Frankenhausen	K	Sole-Heilbad
Freiburg	79098	Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Freienwalde	16259	Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad
Freudenstadt	72250	Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718	Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629	Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Heilbad Kneippkurort
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
<b>G</b>				
Gaggenau	76571	Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Gandersheim	37581	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Heilbad
Garmisch-	82467	Garmisch-	G - ohne das eingegliederte Gebiet	Heilklimatischer Kurort



Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Partenkirchen		Partenkirchen	der ehemaligen Gemeinde Wamberg	
Gelting	24395	Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129	Gersfeld (Rhön)	K	Kneippheilbad
Gladenbach	35075	Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
Göhren	18586	Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Goslar	38644	Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Gottleuba	01816	Bad Gottleuba - Berggießhübel	Bad Gottleuba	(Moor-) Heilbad
Graal-Müritz	18181	Graal-Müritz	G	Seeheilbad
Grasellenbach	64689	Grasellenbach	K	Kneippkurort und Kneippheilbad
Griesbach i. Rottal	94086	Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal Weghof	Heilbad
Grömitz	23743	Grömitz	Grömitz	Seeheilbad
Grönenbach	87728	Grönenbach	Grönenbach, Au, Brandholz, in der Tarrast, Egg, Gmeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhoven, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldeck b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippheilbad
Großenbrode	23775	Großenbrode	G	Seeheilbad
Grund	37539	Bad Grund	Bad Grund	Heilbad
<b>H</b>				
Haffkrug- Scharbeutz	23683	Haffkrug- Scharbeutz	Haffkrug	Seeheilbad
Haigerloch	72401	Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Harzburg	38667	Bad Harzburg	K	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Heilbrunn	83670	Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Münsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindlschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	Heilbad
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heiligenstadt	Heiligenstadt	Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Seeheilbad
Herbstein	36358	Herbstein	B	Heilquellen-Kurbetrieb
Heringsdorf	17442	Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und (Sole-) Heilbad
Herrenalb	76332	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	36251	Bad Hersfeld	K	(Mineral-) Heilbad
Hille	32479	Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Hindelang	87541	Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79856	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Höchenschwand	79862	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	53557	Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höxter	37671	Höxter	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb
Hohwacht	24321	Hohwacht	G	Seeheilbad
Holzminden	37603	Holzminden	Neuhaus	Heilklimatischer Kurort
Homburg	61348	Bad Homburg v. d. Höhe	K	Heilbad
Horn	32805	Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
<b>I</b>				
Iburg	49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad
Isny	88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
<b>J</b>				
Juist	26571	Juist	G	Nordseeheilbad
<b>K</b>				
Karlshafen	34385	Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117	Kassel	Wilhelmshöhe	Kneippheilbad und Thermal-Sole-Heilbad
Kellenhusen	23746	Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
Kissingen	97688	Bad Kissingen	G	Heilbad
Klosterlausnitz	07639	Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462	Königstein im Taunus	K	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzing	93444	Kötzing	Stadteil Kötzing	Kneippheilbad
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
Kyllburg	54655	Kyllburg	Kyllburg	Kneippkurort
<b>L</b>				
Laasphe	57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196	Bad Laer	G	Soleheilbad
Lahnstein	56112	Lahnstein	B - Kurtherme Rhein-Lahn der Viktoria Thermalbad Lahnstein GmbH	Heilquellen-Kurbetrieb
Langensalza	99947	Bad Langensalza	K	Schwefel-Sole-Heilbad
Langeoog	26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651	Bad Lausick	G	(Mineral-) Heilbad
Lauterberg	37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448	Bad Liebenstein	K	Heilbad
Liebenwerda	04924	Bad Liebenwerda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloidkurbetrieb
Liebenzell	75378	Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Lindenfels	64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356	Lobenstein	Lobenstein	Moor- Heilbad
Ludwigsburg	71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Lüneburg	21335	Lüneburg	Kurpark mit Kurzentrum	Sole-Moor-Heilbad
<b>M</b>				
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, Zinnheim und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim, 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
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	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Murnau	82418	Murnau a. Staffelsee	B - Ludwigsbad Murnau	Moorkurbetrieb
Muskau	02953	Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb
<b>N</b>				
Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Nenndorf	31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Heilbad
Neualbenreuth	95698	Neualbenreuth	B - Badehaus Maiersreuth Sybillenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Neubulach	75386	Neubulach	Neubulach	Heilstollen- Kurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersiel	26427	Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626	Neukirchen	K	Kneippkurort
Neustadt/D	93333	Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
Neustadt/S	97616	Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a. d. Saale, Salzburg	Heilbad
Nidda	63667	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nonnweiler	66620	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	25946	Norddorf/Amrum	Norddorf	Seeheilbad
Norderney	26548	Norderney	G	Nordseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Nordstrand	25845	Nordstrand	G	Seeheilbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
<b>O</b>				
Oberstaufen	87534	Oberstaufen	G - ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Oeynhausen	32545	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939	Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	63619	Bad Orb	G	Heilbad
Ottobeuren	87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
<b>P</b>				
Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Seeheilbad
Petershagen	32469	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-Griesbach	77740	Bad Peterstal-Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
Porta Westfalica	32457	Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort
Preußisch Oldendorf	32361	Preußisch Oldendorf	Holzhausen	Kurmittelgebiet
Prien	83209	Prien a. Chiemsee	G - ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart	Kneippkurort
Pyrmont	31812	Bad Pyrmont	K	Heilbad
<b>R</b>				
Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486	Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenu	74906	Bad Rappenu	Bad Rappenu	(Sole-) Heilbad
Reichenhall	83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
Reichshof	51580	Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau-Schapbach	77776	Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	96476	Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rothenfelde	49214	Bad Rothenfelde	G	Heilbad
Rottach-Egern	83700	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
<b>S</b>				
Saarow	15526	Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad
Sachsa	37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162	Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Heilbad
Salzgitter	38259	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364	Bad Salzschlirf	G	Mineralheilbad und

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Salzuflen	32105	Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Moorbad Heilbad
Salzungen	36433	Bad Salzungen	Bad Salzungen	Heilbad
Sasbachwalden	77887	Sasbachwalden	G	Kneippkurort
Sassendorf	59505	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Saulgau	88348	Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814	Bad Schandau	Bad Schandau	Kneippkurort
Scharbeutz	23683	Scharbeutz	Scharbeutz	Seeheilbad
Scheidegg	88175	Scheidegg	G	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Schieder	32816	Schieder- Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangenbad	65388	Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	53937	Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schlema	08301	Bad Schlema	G	Heilbad
Schluchsee	79859	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenberg	a) Fredeburg b) Grafschaft	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
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 Kneipp- kurort
Schönborn	76669	Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Schönebeck- Salzelm	39624	Schönebeck- Salzelm	G	Heilbad
Schönwald	78141	Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427	Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-) Heilbad
Schwalbach	65307	Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	87645	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	23611	Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
Segeberg	23795	Bad Segeberg	G	Heilbad
Siegsdorf	83313	Siegsdorf	B - Kurheim Bad Adelholzen	Heilquellen-Kurbetrieb
Sinzig	53489	Sinzig	Bad Bodendorf	Heilkurort
Sobernheim	55566	Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Felke-Heilbad
Soden am Taunus	65812	Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628	Bad Soden- Salmünster	Bad Soden	Mineralheilbad
Soltau	29614	Soltau	B	(Sole-) Heilbad
Sooden-Allendorf	37242	Bad Sooden- Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	26474	Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Andreasberg	37444	St. Andreasberg	G	Heilklimatischer Kurort
St. Blasien	79837	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Seeheilbad und Mineralheilbad
Staffelstein	96231	Staffelstein	B - Thermalsolbad Staffelstein (Obermain Therme)	Heilquellen-Kurbetrieb
Steben	95138	Bad Steben	G	Heilbad

<b>Name ohne „Bad“</b>	<b>PLZ</b>	<b>Gemeinde</b>	<b>Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)</b>	<b>Artbezeichnung</b>
Stützerbach	98714	Stützerbach	Stützerbach	Kneippkurort
Stuttgart	70173	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Suderode	06507	Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334	Bad Sülze	G	(Moor- u. Sole-) Heilbad
Sulza	99518	Bad Sulza	Bad Sulza	Sole-Heilbad
<b>T</b>				
Tabarz	99891	Tabarz	G	Kneipp-Kurort
Tecklenburg	49545	Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach-Zavelstein	75385	Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268	Templin	Templin	Thermalsoleheilbad
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Thyrnau	94136	Thyrnau	B - Sanatorium Kellberg	Mineralquellen-Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Seeheilbad
Titisee-Neustadt	79822	Titisee-Neustadt	Titisee	Kneippkurort
Todtmoos	79682	Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	83646	Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Moorheilbad und Heilklimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
Treuchtlingen	91757	Treuchtlingen	B - Altmühltherme/Lambertusbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Triberg	78098	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
<b>U</b>				
Überkingen	73337	Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
<b>V</b>				
Vallendar	56179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Varel	26316	Varel	B - Dangast	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Vilbel	61118	Bad Vilbel	K	Heilbad
Villingen-Schwenningen	78050	Villingen-Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
<b>W</b>				
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

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Warburg	34414	Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (Heilquelle)
Warmbad	09429	Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Weiskirchen	66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	25996	Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
Westerland	25980	Westerland	Westerland	Seeheilbad
Wieda	37447	Wieda	Wieda	Heilklimatischer Kurort
Wiesbaden	65189	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488	Wiesa	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildemann	38709	Wildemann	G	Kneippkurort
Wildungen	34537	Bad Wildungen	K	Heilbad
Willingen	34508	Willingen (Upland)	a) K b) Usseln	Heilklimatischer Kurort, Kneippkurort und Heilbad
Wilsnack	19336	Bad Wilsnack	K	Heilklimatischer Kurort Thermal- und Moorheilbad
Wimpfen	74206	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-) Heilbad
Windsheim	91438	Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimermühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955	Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	25946	Wittdün/Amrum	Wittdün	Seeheilbad
Wörishofen	86825	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wünnenberg	33181	Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-) Heilbad
Wyk a. F.	25938	Wyk a. F.	Wyk	Seeheilbad
<b>Z</b>				
Zingst	18374	Ostseebad Zingst	G	Seeheilbad
Zwesten	34596	Zwesten	K	Heilbad und Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Zwischenahn	26160	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Heilbad

\*) B = Einzelkurbetrieb

G = gesamtes Gemeindegebiet

K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

## 2. Register der Heilkurorte (Ortsteile),

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

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



<b>Heilkurort ohne Zusatz „Bad“</b>	<b>aufgeführt bei</b>
Faulenfürst	Schluchsee
Fischbach	Schluchsee
Fleckinger Mühle	Wimpfen
Flickenöd	Füssing
Frankenhammer	Berneck
Fredeburg	Schmallenberg
<b>G</b>	
Gailenberg	Hindelang
Gemünd	Schleiden
Germete	Warburg
Gerstruben	Oberstdorf
Glashütte	Schieder
Gmeinschwenden	Grönenbach
Gögging	Füssing
Gögging	Neustadt a.d. Donau
Gottenried	Oberstdorf
Graben	Heilbrunn
Greit	Grönenbach
Gremsmühlen	Malente
Grenier	Königsfeld
Griesbach	Peterstal-Griesbach
Groß	Hindelang
Gruben	Oberstdorf
Gundsbach	Oberstdorf
<b>H</b>	
Hahnenklee	Goslar
Hartenthal	Wörishofen
Harthausen	Aibling
Hausberge	Porta Westfalica
Heiligendamm	Doberan
Herbisried	Grönenbach
Hermannsborn	Driburg
Hiddesen	Detmold
Hinterstallau	Heilbrunn
Hinterstein	Hindelang
Höhenhöfe	Wimpfen
Hofham	Endorf
Hohegeiß	Braunlage
Hoheneck	Ludwigsburg
Holm	Schönberg
Holzhäuser	Füssing
Holzhaus	Füssing
Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Hopfen am See	Füssen
Hopfenberg	Petershagen
Horumersiel	Wangerland
Hub	Füssing
Hub	Heilbrunn
Hueb	Grönenbach
<b>I</b>	
Imnau	Haigerloch
In der Tarrast	Grönenbach
Irching	Füssing
<b>J</b>	
Jauchen	Oberstdorf
Jordanbad	Biberach
<b>K</b>	
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kibling	Reichenhall

<b>Heilkurort ohne Zusatz „Bad“</b>	<b>aufgeführt bei</b>
Kiensee	Heilbrunn
Kleinwindsheimermühle	Windsheim
Klevers	Grönenbach
Kornofen	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf
Kosilenzien	Liebenwerda
Kreuzbühl	Grönenbach
Krummsee	Malente
Kurf	Endorf
Kutschenrangen	Berneck
<b>L</b>	
Langau	Heilbrunn
Langenbach	Marienberg
Langenbrücken	Schönborn
Lautzkirchen	Blieskastel
Lichtental	Baden-Baden
Liebenstein	Hindelang
Linden	Heilbrunn
<b>M</b>	
Maasdorf	Liebenwerda
Manneberg	Grönenbach
Meinberg	Horn
Mettnau	Radolfzell
Mingolsheim	Schönborn
Mitterreuthen	Füssing
Monheimsallee	Aachen
Mürnsee	Heilbrunn
<b>N</b>	
Neuhaus	Holzminden
Neutrauchburg	Isny
Niederholz	Grönenbach
Niendorf	Timmendorfer Strand
<b>O</b>	
Oberbuchen	Heilbrunn
Oberdorf	Hindelang
Oberenzenau	Heilbrunn
Oberes Hart	Wörishofen
Oberfischbach	Tölz
Obergammenried	Wörishofen
Oberjoch	Hindelang
Obermühl	Heilbrunn
Oberreuthen	Füssing
Obersteinbach	Heilbrunn
Obertal	Baiersbronn
Ölmühle	Grönenbach
Oos	Baden-Baden
Ostfeld	Heilbrunn
Ostrau	Schandau
<b>P</b>	
Pichl	Füssing
Pimsöd	Füssing
Poinzaun	Füssing
<b>R</b>	
Rachental	Endorf
Ramsau	Heilbrunn
Randringhausen	Bünde
Raupolz	Grönenbach
Rechberg	Grönenbach
Reckenberg	Hindelang

<b>Heilkurort ohne Zusatz „Bad“</b>	<b>aufgeführt bei</b>
Reichenbach	Waldbrunn
Reindschmiede	Heilbrunn
Reute	Oberstdorf
Riedenburg	Füssing
Riedle	Hindelang
Ringang	Oberstdorf
Rödlasberg	Berneck
Röthardt	Aalen
Rotenfels	Gaggenau
Rothenstein	Grönenbach
Rothenuffeln	Hille
<b>S</b>	
Safferstetten	Füssing
Saig	Lenzkirch
Salzburg	Neustadt a. d. Saale
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
Spielmannsau	Oberstdorf
Steinach	Waldsee
Steinreuth	Füssing
Ströbing	Endorf
<b>T</b>	
Thalau	Füssing
Thalham	Füssing
Thierham	Füssing
Thürham	Aibling
Timmdorf	Malente
Tönisstein	Andernach
Tönisstein	Burgbrohl
<b>U</b>	
Unterbuchen	Heilbrunn
Unterenzenau	Heilbrunn
Unteres Hart	Wörishofen
Untergammenried	Wörishofen
Unterjoch	Hindelang
Untersteinbach	Heilbrunn
Unterreuthen	Füssing
Usseln	Willingen
<b>V</b>	
Valdorf-West	Vlotho
Voglherd	Heilbrunn
Voglöd	Füssing
Vorderhindelang	Hindelang
<b>W</b>	
Waldegg b. Grönenbach	Grönenbach
Waldliesborn	Lippstadt
Walkmühle	Windsheim

<b>Heilkurort ohne Zusatz „Bad“</b>	<b>aufgeführt bei</b>
Warmbad	Wolkenstein
Warmeithen	Berneck
Weghof	Griesbach
Weichs	Abbach
Weidach	Füssing
Weiheweber	Heilbrunn
Westerkotten	Erwitte
Wies	Füssing
Wiesweber	Heilbrunn
Wildstein	Traben-Trarbach
Wilhelmshöhe	Kassel
Wörnern	Heilbrunn
Würding	Füssing
<b>Z</b>	
Zeitlofs	Brückenau
Zeischa	Liebenwerda
Zell	Aibling
Ziegelberg	Grönenbach
Ziegelstadel	Grönenbach
Zieglöd	Füssing
Zinnheim	Marienberg
Zwicklarn	Füssing

## 1. Heilkurortverzeichnis EU-Ausland

Ortsnamen

### **Frankreich**

Aix-les-Bains

Amèlie-les-Bains

### **Italien**

Abano Terme

Galzignano

Ischia

Montegrotto

### **Österreich**

Badgastein

Bad-Hall in Tirol

Bad Hofgastein

Oberlaa

### **Slowakei**

Piestany

### **Tschechien**

Bad Joachimsthal / Jachymov

Bad Teplitz / Lazne Teplice v Cechach

Franzensbad / Frantiskovy Lazne

Johannisbad / Janske Lazne

Karlsbad / Karlovy Vary

Marienbad / Marianske Lazne

### **Ungarn**

Bad Heviz

Bük

Hajduszoboszlo

Komarom

Sarvar

## 2. Heilkurorteverzeichnis Ausland

### Ortsnamen am Toten Meer

Ein Boqeq,  
Salt Land Village,  
Sdom

**Formblatt 1**

(VV-Nr. 7 zu § 9 Abs. 2 BayBhV)

**Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Psychotherapie**

**I. Beihilfeberechtigter**

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

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

....., den

.....  
(Unterschrift des Beihilfeberechtigten)

**II. Auskunft der Patientin / des Patienten**

A) Wer wird behandelt?

Name, Vorname der Patientin / des Patienten	Geburtsdatum
---	--------------

B) Schweigepflichtentbindung  
Ich ermächtige Frau/Herrn

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

....., den .....

.....  
(Unterschrift der Patientin / des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters)

**III. Bescheinigung des Therapeuten**

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose
----------

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- Erstbehandlung                       Verlängerung/Folgebehandlung
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Anzahl der Sitzungen \_\_\_\_\_

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

\_\_\_\_\_ Anzahl der Einzelsitzungen                      \_\_\_\_\_ Anzahl der Gruppensitzungen

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

- ja     nein
- \_\_\_\_\_ Anzahl der Sitzungen

6. Gebührenscheiffern:  
Gebührensöhe je Sitzung \_\_\_\_\_

#### IV. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

##### 1. Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

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

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

Datum der Approbation \_\_\_\_\_ als

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Liegt

a) ggf. eine entsprechende KV – Zulassung vor?

ja  nein

KV-Zulassungsnummer: \_\_\_\_\_, bei welcher KV? \_\_\_\_\_

b) ein Eintrag in das Ärztereister vor?

ja  nein, bei welcher KV? \_\_\_\_\_

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

\_\_\_\_\_



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

Datum der Approbation \_\_\_\_\_ als

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

KV-Zulassungsnummer: \_\_\_\_\_, bei welcher KV? \_\_\_\_\_

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei KV \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Name und Ort des Institutes:.....

Datum des Abschlusses:.....

....., den .....

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

## **Formblatt 2**

(VV-Nr. 7 zu § 9 Abs. 2 BayBhV)

Absender:.....  
(Name und Anschrift des Therapeuten)

### **Bericht**

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

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

## ***I. Angaben über die Patientin / den Patienten***

Name, Vorname	Familienstand
---------------	---------------

Geburtsdatum	Geschlecht	Beruf
--------------	------------	-------

## **II. Angaben über die Behandlung**

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

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

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

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

## Bericht zum Fortführungsantrag

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

## IV. Bericht des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie

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

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

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

## Bericht zum Fortführungsantrag

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

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

.....

# Formblatt 2a

(VV-Nr. 7 zu § 9 Abs. 2 BayBhV)

Name, Vorname der Patientin / des Patienten
geb. am

## Konsiliarbericht\*

vor Aufnahme

einer Psychotherapie

Auf Veranlassung von:

\_\_\_\_\_  
*Name des Therapeuten*

Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich:

Art der Maßnahme
------------------

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

--

--

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

--

--

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

--

--

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

--

--

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

--

--

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

--

--

Psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist  erfolgt  veranlasst

Welche ärztlichen/ärztlich veranlassten Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind notwendig?

--

--

Welche ärztlichen Maßnahmen bzw. Untersuchungen sind veranlasst?

--

--

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

ja

nein

\_\_\_\_\_  
*Ausstellungsdatum*

\_\_\_\_\_  
*Stempel/Unterschrift des Arztes*

Ausfertigung für den Therapeuten

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

**Formblatt 3**

(VV-Nr. 7 zu § 9 Abs. 2 BayBhV)

(Dienststelle, Beihilfefestsetzungsstelle)

..... den .....

┌ (Anschrift des Gutachters) ┐

└ ┘

**Betreff:** Bayerische Beihilfeverordnung (BayBhV)

**hier:** Psychotherapie-Gutachten

**Anlagen:**

- 1 Antrag (Formblatt 1)
- 1 Bericht des Therapeuten (Formblatt 2) in verschlossenem Umschlag
- 1 Psychotherapie-Gutachten (Formblatt 4 - dreifach)
- 1 Freiumschlag

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

ich bitte um gutachtliche Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung der/des Frau/Herrn

Neben dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit und Entbindung von der Schweigepflicht ist der Bericht des Therapeuten in einem verschlossenen Umschlag beigelegt.

Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt.

(Gutachten vom ..... Anzahl der Sitzungen .....

Name des Gutachters .....)<sup>\*)</sup>

Ihr Gutachten bitte ich mir in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblattes 4 nebst einer Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41,00 € zuzüglich Umsatzsteuer zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen

<sup>\*)</sup> Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

**Formblatt 4**

(VV-Nr. 7 zu § 9 Abs. 2 BayBhV)

**Psychotherapie-Gutachten\***

für Frau/Herrn.....  
(Name der Patientin / des Patienten)

**Bezug:** Auftragsschreiben vom

**Stellungnahme:**

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig  
zugesagt werden?

1. für die Patientin / den Patienten

2. für die begleitende Psychotherapie der  
Bezugsperson

Einzelsitzungen	Gruppensitzungen

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

\*) Das Gutachten bitte in dem beigegeführten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Festsetzungsstelle übersenden.



## **Formblatt 5**

(VV-Nr. 7 zu § 9 Abs. 2 BayBhV)

(Dienststelle/Festsetzungsstelle)

..... den .....

┌  
(Anschrift des Beihilfeberechtigten oder  
des Bevollmächtigten)

└

### **Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie**

Ihr Antrag vom

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

aufgrund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

- ÷ tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
- ÷ analytischen Psychotherapie
- ÷ Verhaltenstherapie

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

für eine ÷ Einzelbehandlung ÷ Gruppenbehandlung bis zu - weiteren -  
..... Sitzungen

÷ für eine begleitende Behandlung der Bezugsperson bis zu - weiteren -  
..... Sitzungen

nach Maßgabe der Bayerischen Beihilfeverordnung als beihilfefähig anerkannt.

### **Rechtsbehelfsbelehrung:**

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

#### 1. Wenn Widerspruch eingelegt wird:

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

**Bayerischen Verwaltungsgericht (Ort)**  
**(Postanschrift)**  
**(Hausanschrift)**

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

2. Wenn unmittelbar Klage erhoben wird:

Die Klage ist beim

**Bayerischen Verwaltungsgericht (Ort)**  
**(Postanschrift)**  
**(Hausanschrift)**

schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts zu erheben. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift 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 01.07.2004 grundsätzlich ein Gebührevorschuss zu entrichten.

Mit freundlichen Grüßen

## Formblatt 6a

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschäftszeichen bitte stets angeben

Eingangsstempel:

An

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

# Antrag auf Beihilfe

1	<b>Haben sich Änderungen bei den Ziffern 3 – 6 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?</b>	<input type="checkbox"/> ja, bei Ziffer(n) _____ (bitte Fragen beantworten)	<input type="checkbox"/> nein

2	<b>Sofern Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht werden:</b>		
	Vorname des <b>Ehegatten</b> (ggf. abweichender Familienname): _____		
	Hat der Ehegatte eine <b>eigene Beihilfeberechtigung</b> ? <input type="checkbox"/> ja, bei:		<input type="checkbox"/> nein
	Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten den Betrag von <b>18.000 Euro</b> ?		
	<input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung	Bei Berufstätigkeit des Ehegatten bitte erstmalig Frage 4 beantworten!	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr		<input type="checkbox"/> nein
Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften nur die <u>Werbungskosten</u> abzusetzen.			

Gegen Erstattung der <u>pauschalierten Portomehraufwendungen</u> wünsche ich die Rücksendung der Belege an meine Privatadresse.	<input type="checkbox"/> ja
---	-----------------------------

Ich versichere nach bestem Wissen die **Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben**. Mir ist bekannt, dass **nachträgliche Kostenerstattungen durch einen Behandler/ein Krankenhaus sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind**. Ich bin damit einverstanden, dass die **Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt hinzuziehen kann** (ggf. streichen).

<b>Anzahl der eingereichten Belege:</b>
<b>Summe der Aufwendungen:</b> € _____

<b>Telefon tagsüber:</b>
--------------------------

Datum, Unterschrift

Beihilfeberechtigter  Bevollmächtigter  Nachweis liegt vor

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

\_\_\_\_\_

### Hinweise:

- Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** (z. B. Bundesversorgungsgesetz) bitte **Frage 7** beantworten.
- Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenhausaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen – **Frage 8** beantworten.
- Bei **Unfallaufwendungen** (jegliche Art von Verletzungen) bitte **Frage 9** beantworten.
- Bei Behandlung durch einen **nahen Angehörigen** bitte **Frage 10** beantworten.
- Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 11** beantworten.
- Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **Bezügekonto**.

**3 Antragsteller:**

Besteht eine **weitere Beihilfeberechtigung**?  ja, bei:  nein

Nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen

vollbeschäftigt seit:  teilzeitbeschäftigt seit: Zeitanteil:

Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet?  ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein

Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?  
 ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  Elternzeit  sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)  nein

Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?  
 ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ als: \_\_\_\_\_  nein  
bei: \_\_\_\_\_ Zeitanteil: \_\_\_\_\_

**4** Ist der **Ehegatte** ohne Bezüge beurlaubt?  
 ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  Elternzeit  sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)  nein

Ist der Ehegatte erwerbstätig?  
 ja, als:  Beamter  Arbeitnehmer  Selbständiger  nein  
bei: \_\_\_\_\_ Zeitanteil: \_\_\_\_\_

**5 Kinder**, die im **Familienzuschlag** berücksichtigungsfähig oder nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt werden.

Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium				eigene Beihilfeberechtigung	
		Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtliches Ende		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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?  
 ja, Kind: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_  nein

Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?  
 ja, Kind: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  nein

**6 Besteht Krankenversicherungsschutz** (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)

ja	(bei Ehegatte/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	<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

**7** Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)?  
 ja, für Person(en): \_\_\_\_\_ (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)  nein

**8** Ist mit den behandelnden Ärzten eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen geschlossen worden?  
 ja (Bitte Kopie der **Wahlleistungsvereinbarung** beilegen!)  nein

**9 Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht. Unfalldatum:**

**Unfallart:**  Dienstunfall  Arbeitsunfall  Schulunfall  sonstiger Unfall

**Unfallschilderung:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Belege kennzeichnen und ggf. Beiblatt verwenden!

**10** Folgender **naher Angehöriger** (Ehegatte, Kinder, Eltern der behandelten Person) war bei Behandlungen tätig:  
Name des Behandlers: \_\_\_\_\_ (bitte Belege kennzeichnen)

**11** Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die **Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt** worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).  ja

# Formblatt 6b

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Geschäftszeichen bitte stets angeben

Eingangsstempel:

An

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

## Antrag auf Beihilfe Pflege- und allgemeine Aufwendungen

<b>1 Haben sich Änderungen bei den Ziffern 3 – 6 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben?</b>	<input type="checkbox"/> ja, bei Ziffer(n)	(bitte Fragen beantworten)	<input type="checkbox"/> nein
--	--	----------------------------	-------------------------------

<b>2 Sofern Aufwendungen für den Ehegatten geltend gemacht werden:</b>		
Vorname des <b>Ehegatten</b> (ggf. abweichender Familienname):		
Hat der Ehegatte eine <b>eigene Beihilfeberechtigung</b> ? <input type="checkbox"/> ja, bei:	<input type="checkbox"/> nein	
Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten den Betrag von <b>18.000 Euro</b> ?	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung	Bei Berufstätigkeit des Ehegatten bitte erstmalig	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr	Frage 4 beantworten!	<input type="checkbox"/> nein
Bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit sind von den Brutto-Einkünften nur die <u>Werbungskosten</u> abzusetzen.		

<input type="checkbox"/> Eine <b>Pauschalbeihilfe</b> für <b>dauernde häusliche Pflege</b> durch <b>andere geeignete Personen</b> für die Zeit vom _____ bis _____ wird beantragt. Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen ist beizufügen.
---

Gegen Erstattung der <u>pauschalierten Portomehraufwendungen</u> wünsche ich die Rücksendung der Belege an meine Privatadresse.	<input type="checkbox"/> ja
---	-----------------------------

Ich versichere nach bestem Wissen die **Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben**. Mir ist bekannt, dass **nachträgliche Kostenerstattungen durch einen Behandler/ein Krankenhaus sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen sind**. Ich bin damit einverstanden, dass die **Beihilfestelle bei gebührenrechtlichen und medizinischen Fragen einen Beratungsarzt hinzuziehen kann** (ggf. streichen).

<b>Anzahl der eingereichten Belege:</b>
<b>Summe der Aufwendungen:</b> €

<b>Telefon tagsüber:</b>
--------------------------

Datum, Unterschrift

Beihilfeberechtigter  Bevollmächtigter  Nachweis liegt vor

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

### Hinweise:

- Bei **zusätzlichem Anspruch auf Kostenerstattung** (z. B. Bundesversorgungsgesetz) bitte **Frage 7** beantworten.
- Sofern Aufwendungen für einen **stationären Krankenhausaufenthalt** geltend gemacht werden, ist die **Entlassungsanzeige** mit der Krankenhausrechnung zwingend vorzulegen – **Frage 8** beantworten.
- Bei **Unfallaufwendungen** (jegliche Art von Verletzungen) bitte **Frage 9** beantworten.
- Bei Behandlung durch einen **nahen Angehörigen** bitte **Frage 10** beantworten.
- Bei Ausschluss oder Einstellung von **Versicherungsleistungen** bitte **Frage 11** beantworten.
- Die Überweisung der Beihilfe erfolgt auf das **Bezügekonto**.

**3 Antragsteller:**

Besteht eine **weitere Beihilfeberechtigung**?  ja, bei:  nein

Nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen

vollbeschäftigt seit:  teilzeitbeschäftigt seit:  Zeitanteil:

Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet?  ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein

Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?  
 ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  Elternzeit  sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)  nein

Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?  
 ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ als: \_\_\_\_\_  nein  
bei: \_\_\_\_\_ Zeitanteil: \_\_\_\_\_

**4 Ist der Ehegatte ohne Bezüge beurlaubt?**  
 ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  Elternzeit  sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)  nein

Ist der Ehegatte erwerbstätig?  
 ja, als:  Beamter  Arbeitnehmer  Selbständiger  nein  
bei: \_\_\_\_\_ Zeitanteil: \_\_\_\_\_

**5 Kinder, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig oder nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt werden.**

Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium				eigene Beihilfeberechtigung	
		Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtliches Ende		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
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?  
 ja, Kind: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_  nein

Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?  
 ja, Kind: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  nein

**6 Besteht Krankenversicherungsschutz (bei erster Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)**

ja	(bei Ehegatte/Kind Vorname angeben)	privat	gesetzlich			Zusatzversicherung (Art?)	
			pflicht-	freiwillig	familien-		
<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	<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

**7 Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z. B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)?**  
 ja, für Person(en): \_\_\_\_\_ (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)  nein

**8 Ist mit den behandelnden Ärzten eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen geschlossen worden?**  
 ja (Bitte Kopie der **Wahlleistungsvereinbarung** beilegen!)  nein

**9 Es wurden Aufwendungen durch einen Unfall verursacht. Unfalldatum:**

**Unfallart:**  Dienstunfall  Arbeitsunfall  Schulunfall  sonstiger Unfall

**Unfallschilderung:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Belege kennzeichnen und ggf. Beiblatt verwenden!

**10 Folgender naher Angehöriger (Ehegatte, Kinder, Eltern der behandelten Person) war bei Behandlungen tätig:**  
Name des Behandlers: \_\_\_\_\_ (bitte Belege kennzeichnen)

**11 Es werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die **Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt** worden sind (bitte Nachweis vorlegen und Belege kennzeichnen).**  ja

**Formblatt 6c**

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

Geschäftszeichen:

---

**Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag**

Die Vorlage der Zusammenstellung bei der Beihilfestelle bleibt Ihnen freigestellt.

von Frau/Herrn \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

**Beachten Sie bitte folgende Hinweise:**

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

A=Antragsteller E=Ehegatte K=Kind

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

# Formblatt 6d

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

## Beihilfefestsetzungsstelle

Geschäftszeichen

Frau / Herrn

## Festsetzung der Beihilfe

- Anlagen: 1 Zusammenstellung  
1 Geheft Rechnungsbelege  
1 Antragsvordruck

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Name

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

## Berechnung der Beihilfe

### Beihilfefähiger Betrag

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

<sup>1)</sup> Nur ausfüllen bei Begrenzung der Beihilfe nach § 47 BayBhV



### **Rechtsbehelfsbelehrung:**

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

#### 1. Wenn Widerspruch eingelegt wird:

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

**Bayerischen Verwaltungsgericht (Ort)**  
**(Postanschrift)**  
**(Hausanschrift)**

schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle dieses Gerichts erhoben werden. Die Klage kann nicht vor Ablauf von drei Monaten seit der Einlegung des Widerspruchs erhoben werden, außer wenn wegen besonderer Umstände des Falles eine kürzere Frist geboten ist. Die Klage muss den Kläger, den Beklagten (Freistaat Bayern) und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen und soll einen bestimmten Antrag enthalten. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben, der angefochtene Bescheid soll in Urschrift oder in Abschrift 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 01.07.2004 grundsätzlich ein Gebührevorschuss zu entrichten.

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

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

Der klinische Funktionsstatus wurde am \_\_\_\_\_ auf dem Formblatt erhoben.

Es wurde dem Krankenblatt zur Dokumentation beigelegt.

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

wurden aus folgender Indikation durchgeführt:

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

oben rechts <b>1</b>							oben links <b>2</b>								
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
unten rechts <b>4</b>							unten links <b>3</b>								

F = Füllung	B = Brückenglied
K = Krone/Teilkrone	E = ersetzter Zahn
T = Teleskopkrone	H = Halteelement
f = fehlender Zahn	X = Lückenschluss

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

---



---

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

**Formblatt 8**

(VV-Nr. 3 zu § 29 Abs. 5 BayBhV)

\_\_\_\_\_  
(Dienststelle/Festsetzungsstelle)

\_\_\_\_\_  
(den)

\_\_\_\_\_  
Frau / Herrn

.....  
.....  
.....  
.....

Ihr Antrag vom

Meine Zeichen

Telefon

Datum

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

Name der Patientin bzw. des Patienten

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

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

\_\_\_\_\_

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

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

Mit freundlichen Grüßen

**Formblatt 9**

(VV-Nr. 7 zu § 30 Abs. 6 BayBhV)

\_\_\_\_\_  
(Dienststelle/Festsetzungsstelle)

\_\_\_\_\_  
(den)

\_\_\_\_\_  
Frau / Herrn

.....  
.....  
.....  
.....

Ihr Antrag vom

Meine Zeichen

Telefon

Datum

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

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

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

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen



# Formblatt 11

(VV-Nr. 3 zu § 48 Abs. 1 BayBhV)

\_\_\_\_\_   
 An Festsetzungsstelle

## Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei Dialysebehandlung

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

### 1. Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

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

### 2. Erkrankte Person

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

### 3. Kosten

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

### 4. Zahlungsweise

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

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

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