

Verordnung
über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen in
Krankheits-, Geburts-, Pflege- und sonstigen Fällen
(Bayerische Beihilfeverordnung - BayBhV)

Vom 2. Januar 2007

Auf Grund des Art. 86a Abs. 5 Satz 1 des Bayerischen Beamtengesetzes (BayBG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. August 1998 (GVBl S. 702, BayRS 2030-1-1-F), zuletzt geändert durch § 1 des Gesetzes vom 8. Dezember 2006 (GVBl S. 987), erlässt das Staatsministerium der Finanzen folgende Verordnung:

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I
Allgemeines

§ 1 Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

Abschnitt II
**Personenkreis, Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen
Konkurrenzregelungen**

§ 2 Beihilfeberechtigte Personen

§ 3 Berücksichtigungsfähige Angehörige

§ 4 Beihilfen nach den Tod des Beihilfeberechtigten

§ 5 Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

§ 6 Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen

Abschnitt III
Grundsatz der Beihilfefähigkeit

§ 7 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

Abschnitt IV
Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

§ 8 Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen und Heilpraktikerleistungen

§ 9 Allgemeine Abrechnungsgrundlagen für psychotherapeutische Leistungen

§ 10 Psychosomatische Grundversorgung

§ 11 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

§ 12 Verhaltenstherapie

§ 13 Nicht beihilfefähige psychotherapeutische Behandlungsverfahren

§ 14 Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen

- § 15 Kieferorthopädische Leistungen
- § 16 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- § 17 Implantologische Leistungen
- § 18 Arznei- und Verbandmittel
- § 19 Heilbehandlungen
- § 20 Komplexleistungen
- § 21 Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie für Körperersatzstücke
- § 22 Aufwendungen für Sehhilfen
- § 23 Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining)
- § 24 Häusliche Krankenpflege
- § 25 Familien- und Haushaltshilfe
- § 26 Fahrtkosten
- § 27 Auswärtige ambulante Behandlungen
- § 28 Krankenhausleistungen

Abschnitt V
Rehabilitationsleistungen

- § 29 Beihilfe bei Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen
- § 30 Beihilfe bei Kuren

Abschnitt VI
Aufwendungen in Pflegefällen

- § 31 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
- § 32 Häusliche und teilstationäre Pflege
- § 33 Verhinderungspflege
- § 34 Kurzzeitpflege
- § 35 Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds
- § 36 Stationäre Pflege
- § 37 Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe
- § 38 Zusätzliche Betreuungsleistungen
- § 39 Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen
- § 40 Festsetzungsverfahren bei pflegebedingten Aufwendungen

Abschnitt VII
Aufwendungen in sonstigen Fällen

- § 41 Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen
- § 42 Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt
- § 43 Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Kontrazeption
- § 44 Sonstige Aufwendungen
- § 45 Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

Abschnitt VIII
Leistungsumfang, Verfahren

- § 46 Bemessung der Beihilfen
- § 47 Begrenzung der Beihilfen
- § 48 Verfahren

Abschnitt IX
Schlussbestimmungen

- § 49 Durchführungsbestimmungen, Ausnahmen
- § 50 In-Kraft-Treten
- § 51 Übergangs- und Schlussvorschriften

Anlagen 1 bis 4

Abschnitt I Allgemeines

§ 1 Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

(1) ¹Diese Verordnung regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, bei Schutzimpfungen und sonstigen Fällen. ²Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

(2) ¹Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. ²Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden; er ist nicht vererblich; jedoch ist die Pfändung durch einen Forderungsgläubiger bezüglich des für seine Forderung zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrags einer Beihilfe zulässig.

(3) Beihilfen werden nach Maßgabe dieser Verordnung zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen als Vomhundertsatz oder als Pauschale gewährt.

Abschnitt II Personenkreis, Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen, Konkurrenzregelungen

§ 2 Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamtinnen, Beamte, Richterinnen und Richter sowie Dienstanfängerinnen und Dienstanfänger,
2. Ruhestandsbeamtinnen, Ruhestandsbeamte, Richterinnen und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamtinnen, Beamte, Richterinnen und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit

oder Erreichens der Altersgrenze entlassen wurden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,

3. Witwen und Witwer sowie die in § 23 des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG) genannten Kinder der in Nrn. 1 und 2 bezeichneten Personen.

(2) ¹Beihilfeberechtigung der in Abs. 1 bezeichneten Personen besteht nur, wenn und solange sie Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgeld auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen oder Unterhaltsbeitrag erhalten. ²Sie besteht auch, wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden.

(3) Als beihilfeberechtigt gelten unter den Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 auch andere natürliche sowie juristische Personen.

(4) Beihilfeberechtigt sind nicht

1. Ehrenbeamtinnen und -beamte sowie ehrenamtliche Richterinnen und Richter,
2. Beamtinnen und Beamte sowie Richterinnen und Richter, wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 6 des Bundesbesoldungsgesetzes) beschäftigt sind,
3. Beamtinnen, Beamte, Richterinnen, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes (EuAbgG), § 27 des Abgeordnetengesetzes (AbgG) oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. der Ehegatte der bzw. des Beihilfeberechtigten,
2. die im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder von Beihilfeberechtigten.

(2) Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder,

1. für die der Anspruch auf den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag nur entfällt, weil das Kindergeld oder der Kinderfreibetrag wegen der Höhe ihrer eigenen Einkünfte (§ 32 Abs. 4 Satz 2 des Einkommensteuergesetzes - EStG) nicht gewährt wird; dies gilt bis zum Ablauf des Monats, für den ohne Beachtung der maßgebenden Einkommensgrenzen der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gezahlt würde, längstens bis zum Ablauf des Monats, in dem das entsprechende Kind das in § 32 Abs. 4 Satz 1 Nrn. 1 und 2 EStG genannte Lebensalter vollendet hat, ggf. verlängert um Zeiträume nach § 32 Abs. 5 EStG,
2. die im Wintersemester 2006/2007 an einer Hoch- oder Fachhochschule eingeschrieben sind, solange die in § 32 Abs. 4 und 5 EStG in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen gegeben sind; Nr. 1 gilt entsprechend.

(3) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

1. Geschwister von Beihilfeberechtigten oder deren Ehegatten,
2. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen.

§ 4

Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten

(1) ¹Der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen Kinder und Adoptivkinder eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten Beihilfen zu den bis zu dessen Tod entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. ²Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tag vor dem Tod. ³Die Beihilfe wird der Person gewährt, die die Originalbelege zuerst vorlegt.

(2) ¹Andere als die in Abs. 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten die Beihilfe nach Abs. 1, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen. ²Sind diese Personen Erben des Beihilfeberechtigten, erhalten sie eine Beihilfe auch zu Aufwendungen des Erblassers, die von diesem bezahlt worden sind.

§ 5

Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

(1) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung

1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger,
2. auf Grund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung auf Grund früherer Versorgungsbezüge aus.

(2) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger vor.

(3) ¹Die Beihilfeberechtigung auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. ²Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.

(4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach § 11 EuAbgG, § 27 AbgG oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften, nach § 79 des Bundesbeamtengesetz (BBG) gegen das Bundeseisenbahnvermögen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

(5) ¹Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer dieser Verordnung im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht.

²Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

(6) Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für seine Aufwendungen nur dem Beihilfeberechtigten gewährt, der den entsprechenden Anteil des Familienzuschlags bzw. vergleichbare Vergütungsbestandteile erhält oder den die Beihilfeberechtigten in einer gemeinsamen Erklärung bestimmt haben.

§ 6

Zusammentreffen des Beihilfeanspruchs mit anderen Ansprüchen

(1) ¹Bei vorrangig in Anspruch zu nehmenden bzw. anzurechnenden Leistungen im Sinn des Art. 86a Abs. 2 Sätze 2 bis 5 BayBG handelt es sich um Leistungsansprüche, die auf Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen beruhen. ²Gewährte Zuschüsse im Sinn des Art. 86a Abs. 2 Satz 4 BayBG werden in voller Höhe auf die beihilfefähigen Aufwendungen angerechnet. ³Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen nach Maßgabe der §§ 14 bis 17 sind hierbei 65 v. H. als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuss der Krankenkasse errechnet. ⁴Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen wurden. ⁵Art. 86a Abs. 2 Sätze 2 bis 4 BayBG gelten nicht

1. für Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind,
2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Versicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfasst werden.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. insoweit, als Schadenersatz von Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind; abweichend hiervon sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach Art. 96 BayBG zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt,
2. von Beamtinnen und Beamten, denen auf Grund von Art. 10 Abs. 3 des Bayerischen Besoldungsgesetzes (BayBesG) Heilfürsorge zusteht.

Abschnitt III Grundsatz der Beihilfefähigkeit

§ 7 Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) ¹Beihilfefähig sind nach den folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn

1. sie dem Grunde nach medizinisch notwendig,
2. sie der Höhe nach angemessen sind und
3. die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

²Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),
2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),
3. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP).

³Soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden.

⁴Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOÄ sowie § 2 Abs. 1 GOZ erbracht werden, sind grundsätzlich nur nach den Vorgaben des Satzes 3 beihilfefähig. ⁵Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker. ⁶Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle.

(2) ¹Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht und bei Aufwendungen für Angehörige diese berücksichtigungsfähig sind. ²Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(3) ¹Abweichend von Abs. 1 kann die Angemessenheit und Notwendigkeit von Leistungen auch auf der Basis von Verträgen und Vereinbarungen bewertet werden. ²Die Dienstherren – im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen – können hierzu mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüsse Verträge über Beihilfeangelegen-

heiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt.

³Dabei können auch feste Preise vereinbart werden, die unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen. ⁴Sofern private Krankenversicherungsunternehmen Verträge im Sinn des Satzes 2 mit Leistungserbringern geschlossen haben, können die vereinbarten Leistungsgrundsätze ebenfalls der Beihilfefestsetzung zugrunde gelegt werden.

(4) Nicht beihilfefähig sind

1. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; als nahe Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwerts im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig;
2. die in den §§ 8 bis 41, 43 und 44 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, soweit dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags den Höchstbetrag von 18 000 € übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Wird der Höchstbetrag unterschritten, ist dies auf Verlangen der Beihilfefestsetzungsstelle durch den Einkommensteuerbescheid des Bezugsjahres zu belegen. Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte im laufenden Kalenderjahr keine Einkünfte mehr, die den Höchstbetrag von 18 000 € übersteigen und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr dieser Höchstbetrag auch nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden; dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im abgelaufenen Kalenderjahr den Höchstbetrag überschritten haben. Die oberste Dienstbehörde - im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen - kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, die Gewährung von Beihilfen zulassen;
3. Aufwendungen nach Art. 86a Abs. 2 Satz 6 BayBG; hierzu zählen auch Werkstätten für Behinderte;

4. Aufwendungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ bzw. nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ erbracht werden.

(5) Aufwendungen für Untersuchungen oder Behandlungen nach wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methoden einschließlich der hierbei verordneten Arznei- und Verbandmittel und Medizinprodukte, die in

1. **Anlage 1** Nr. 1 aufgeführt sind, sind nicht beihilfefähig (Ausschluss),
2. **Anlage 1** Nr. 2 aufgeführt sind, sind nur unter den jeweiligen dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig (Teilausschluss).

Abschnitt IV **Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen**

§ 8

Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen und Heilpraktikerleistungen

¹Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. ärztliche Leistungen und Heilpraktikerleistungen,
2. ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ nach Maßgabe der §§ 9 bis 13,
3. zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Maßgabe der §§ 14 bis 17.

²Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden.

§ 9

Allgemeine Abrechnungsgrundlagen für psychotherapeutische Leistungen

(1) Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 10), tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 11) sowie Verhaltenstherapien (§ 12) sind nur beihilfefähig, wenn sie von einer Ärztin bzw. einem Arzt, einer Psychologischen Psychotherapeutin bzw. einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichen-

psychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden.

(2) ¹Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ gehören, sind beihilfefähig, wenn

1. die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
2. bei Erkrankten nach Erhebung einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und ggf. nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

²Dies gilt auch für die Verlängerung bewilligter Therapien. ³Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.

(3) ¹Bei der psychosomatischen Grundversorgung sind Abs. 2 Satz 1 Nrn. 2 und 3 nicht anzuwenden. ²Maßnahmen nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.

(4) Eine Therapie mittels katathymen Bilderlebens ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts, eine Rational Emotive Therapie nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

(5) Erfolgt die Behandlung durch eine Psychologische Psychotherapeutin bzw. einen Psychologischen Psychotherapeuten oder eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens der ärztliche Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

(6) ¹Nicht beihilfefähig sind

1. Aufwendungen für gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 10 bis 12,
2. die in § 13 aufgeführten Behandlungsverfahren.

²Zur Psychotherapie gehören keine psychologischen Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben.

§ 10 Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die beihilfefähige psychosomatische Grundversorgung umfasst:

1. verbale Interventionen im Rahmen der Nr. 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ oder
2. übende und suggestive Verfahren nach den Nrn. 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

(2) Beihilfefähig sind je Krankheitsfall

1. bei verbaler Intervention als einzige Leistung bis zu 25 Behandlungen,
2. bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung bis zu zwölf Behandlungen,
3. bei Hypnose als Einzelbehandlung bis zu zwölf Behandlungen,
4. neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nr. 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ Aufwendungen für ärztliche körperbezogene Leistungen.

(3) ¹Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. ²Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalls nicht nebeneinander durchgeführt werden.

(4) Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für

1. Allgemeinmedizin,
2. Augenheilkunde,
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

4. Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 5. Innere Medizin,
 6. Kinderheilkunde,
 7. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 8. Neurologie,
 9. Phoniatrie und Pädaudiologie,
 10. Psychiatrie und Psychotherapie,
 11. Psychotherapeutische Medizin oder
 12. Urologie
- durchgeführt wird.

(5) Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von Ärztinnen bzw. Ärzten, Psychologischen Psychotherapeutinnen bzw. Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, soweit diese über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügen.

§ 11

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nrn. 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ sind beihilfefähig bei

1. psychoneurotischen Störungen, z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotischen Depressionen, Konversionsneurosen,
2. vegetativ-funktionellen und psychosomatischen Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
3. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, d.h. im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
4. seelischer Behinderung auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen bei seelischen Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,

5. seelischer Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet, z. B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen,
6. seelischer Behinderung auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten, z. B. schicksalhafte psychische Traumen,
7. seelischer Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

(2) Behandlungen sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
besondere Fälle	weitere 30 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen

2. analytische Psychotherapie

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 80 Sitzungen	nochmals weitere 40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

des Therapeuten		
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 30 Sitzungen	nochmals weitere 15 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten	weitere 60 Sitzungen	weitere 30 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen	nochmals weitere 50 Sitzungen	nochmals weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht	weitere begrenzte Behandlungsdauer	weitere begrenzte Behandlungsdauer

(3) ¹Bei einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen können Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 : 4 einbezogen werden. ²Abweichungen bedürfen der Begründung. ³Die Höchstzahl der Sitzungen darf dadurch nicht überschritten werden.

(4) ¹Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese die Fachbezeichnung „Fachärztin“ bzw. „Facharzt“ für

1. Psychotherapeutische Medizin,
2. Psychiatrie und Psychotherapie,
3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie führen oder

Ärztinnen oder Ärzte mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein.

²Eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für

1. Psychotherapeutische Medizin oder

2. Psychiatrie und Psychotherapie oder
3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie

eine Ärztin bzw. ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“

kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nrn. 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ) erbringen. ³Eine Ärztin bzw. ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nrn. 863, 864 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ) erbringen.

(5) Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) vom 16. Juni 1998 (BGBl I S. 1311) in der jeweils geltenden Fassung können Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie eine vertiefte Ausbildung erfahren haben (tiefenpsychologisch fundierte und / oder analytische Psychotherapie).

(6) ¹Wird die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, müssen sie

1. zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
2. in das Arztregister eingetragen sein oder
3. über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

²Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten können nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen sind. ³Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen, können tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nrn. 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ).

(7) ¹ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 PsychThG können Leistungen für diejenige

Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die sie eine vertiefte Ausbildung erfahren haben (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

²Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG gilt Abs. 6 entsprechend.

³Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, zusätzlich zu der Berechtigung nach den Abs. 4, 5 oder 6 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. ⁴Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, zusätzlich zu der Berechtigung nach den Abs. 4, 5 oder 6, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. ⁵Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in besonderen Ausnahmefällen ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin bzw. des Therapeuten vorgelegt und die Behandlung durch die Beihilfestelle im Vorfeld anerkannt wird. ⁶Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. ⁷Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach Abs. 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ⁸Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme durch ein vertrauensärztliches Gutachten.

§ 12 Verhaltenstherapie

(1) Eine Verhaltenstherapie nach den Nrn. 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ ist beihilfefähig bei

1. psychoneurotischen Störungen, z. B. Angstneurosen, Phobien,
2. vegetativ-funktionellen Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,

3. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, d.h. im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
4. seelischer Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
5. seelischer Behinderung auf Grund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten, z. B. schicksalhafte psychische Traumata,
6. seelischer Behinderung auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
7. seelischer Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen – besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden – erkennen lassen.

(2) ¹Von dem Anerkennungsverfahren nach § 9 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung der Therapeutin bzw. des Therapeuten vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. ²Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. ³Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle auf Grund der Stellungnahme durch ein vertrauensärztliches Gutachten zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

(3) Behandlungen sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig

1. bei Erwachsenen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung (höchstens 8 Teilnehmer)
Regelfall	40 Sitzungen	40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Stundenzahl erreicht	weitere 40 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen

2. bei Kindern und Jugendlichen einschließlich notwendiger begleitender Behandlung von Bezugspersonen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung (höchstens 8 Teilnehmer)
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Stundenzahl erreicht	weitere 40 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen

(4) ¹Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. ärztliche Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese die Bezeichnung „Fachärztin“ bzw. „Facharzt“ für

1. Psychotherapeutische Medizin,
 2. Psychiatrie und Psychotherapie,
 3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie führen oder Ärztinnen oder Ärzte mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein.
- ²Ärztliche Psychotherapeutinnen bzw. ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie nachweisen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

(5) Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 PsychThG können Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren haben.

(6) Wird die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen bzw. Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, müssen sie

1. zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
2. in das Arztregister eingetragen sein oder
3. über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

(7) § 11 Abs. 7 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend.

(8) ¹Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Fällen eine weitere Behandlungs-

dauer von höchstens 40 weiteren Sitzungen anerkannt werden. ²Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach Abs. 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere verhaltenstherapeutische Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. ³Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

§ 13

Nicht beihilfefähige psychotherapeutische Behandlungsverfahren

¹Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Familientherapie,
2. Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs,
3. Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers),
4. Gestalttherapie,
5. Körperbezogene Therapie,
6. Konzentrierte Bewegungstherapie,
7. Logotherapie,
8. Musiktherapie,
9. Heileurhythmie,
10. Psychodrama,
11. Respiratorisches Biofeedback,
12. Transaktionsanalyse,
13. Neuropsychologische Behandlung.

²Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig.

§ 14

Auslagen, Material- und Laborkosten bei zahnärztlichen Leistungen

¹Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nrn. 213 bis 232, Abschnitt F und K des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der GOZ entstandenen Aufwendungen für Material- und Laborkosten nach § 9 GOZ (u.a Edelmetalle und Keramik) sowie

die nach § 4 Abs. 3 GOZ gesondert abrechenbaren Praxiskosten sind zu 40 v. H. beihilfefähig.²Die Aufwendungen für Glaskeramik sind nicht beihilfefähig.

§ 15 Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn vor Behandlungsbeginn

1. ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird und
2. die behandelte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.

§ 16 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

¹Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen mindestens einer der folgenden Indikationen:

1. Kiefergelenks- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien, craniomandibuläre Dysfunktionen, myofasciales Schmerzsyndrom),
2. im Zusammenhang mit der Behandlung von Zahnfleischerkrankungen (Parodontopathien),
3. umfangreiche Gebissanierungen,
4. umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen (einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operationen),
5. im Zusammenhang mit der Behandlung von Aufbissschienen mit adjustierten Oberflächen nach den Nrn. 701 oder 702 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der GOZ.

²Eine umfangreiche Gebissanierung liegt nur vor, wenn insgesamt mindestens acht Seitenzähne mit Inlays oder Kronen sanierungsbedürftig sind oder fehlen. ³Außerdem ist der erhobene Befund mit dem nach Nr. 800 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der GOZ vorgeschriebenen Formblatt zu belegen.

§ 17
Implantologische Leistungen

¹Aufwendungen für implantologische Leistungen sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. nicht angelegte Zähne im jugendlichen Erwachsenenengebiss, wenn pro Kiefer weniger als acht Zähne angelegt sind, nach einem einzuholenden Gutachten,
2. bei großen Kieferdefekten in Folge von Kieferbruch oder Kieferresektionen, wenn nach einem einzuholenden Gutachten auf andere Art und Weise die Kaufähigkeit nicht wieder hergestellt werden kann.

²Liegen die Indikationen nicht vor, sind die Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kieferhälfte, einschließlich vorhandener Implantate, von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. ³Dabei sind die Gesamtaufwendungen der implantologischen Versorgung entsprechend dem Verhältnis der Zahl der nichtbeihilfefähigen Implantate zur Gesamtzahl der Implantate zu mindern.

⁴ Unabhängig von den Sätzen 2 und 3 sind die Aufwendungen für Suprakonstruktionen im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte beihilfefähig. ⁵§ 14 gilt entsprechend.

§ 18
Arznei- und Verbandmittel

¹Aus Anlass einer Krankheit sind bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen oder Heilpraktikerleistungen nach §§ 8 bis 17 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte und dergleichen beihilfefähig.

²Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Kontrazeptiva und eingesetzte Intrauterinpressare sind bei Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres beihilfefähig. ³Darüber hinaus sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn das Kontrazeptionsmittel zur Behandlung eines Krankheitszustands verordnet wird, also nicht zum Zweck der Schwangerschaftsverhütung. ⁴Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel,

1. die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, zur Rauchentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen,
2. die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
3. Vitaminpräparate, die keine Arzneimittel im Sinn des Arzneimittelgesetzes darstellen.

§ 19 Heilbehandlungen

(1) ¹Aus Anlass einer Krankheit sind die ärztlich in Schriftform verordneten Heilbehandlungen und die dabei verbrauchten Stoffe nach Maßgabe der **Anlage 2** beihilfefähig. ²Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb von Maßnahmen nach §§ 29, 30), Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien. ³Die Heilbehandlung muss von einer Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin bzw. einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, einer Ergotherapeutin bzw. einem Ergotherapeuten, einer Physiotherapeutin bzw. einem Physiotherapeuten, einer Krankengymnastin bzw. einem Krankengymnasten, einer Logopädin bzw. einem Logopäden, einer Masseurin bzw. einem Masseur, einer Masseurin und medizinischen Bademeisterin bzw. einem Masseur und medizinischen Bademeister oder einer Podologin bzw. einem Podologen durchgeführt werden.

(2) Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) – Anlage 2 Nr. 14 – sind nur auf Grund einer krankenhausesärztlichen Verordnung, einer Verordnung von Ärztinnen und Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin oder von Allgemeinärztinnen bzw. -ärzten mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - a) frischem, nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) und/oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - b) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - c) instabilen Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen und/oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik,
 - d) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Copp,
2. Operation am Skelettsystem
 - a) posttraumatische Osteosynthesen,

- b) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
3. Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit
- a) Schulterprothesen,
 - b) Knieendoprothesen,
 - c) Hüftendoprothesen,
4. Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)
- a) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
 - b) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
 - aa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
 - bb) Rotatorenmanschettenruptur,
 - cc) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),
 - dd) Impingement-Syndrom,
 - ee) Schultergelenkluxation,
 - ff) tendinosis calcarea,
 - gg) periathritis humero-scapularis (PHS),
 - c) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,
5. Amputationen.

(3) ¹Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule – Anlage 2 Nr. 15 - sind nur bis zu maximal 25 Sitzungen je Krankheitsfall und nur bei Vorliegen der folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

1. Verordnung des medizinischen Aufbautrainings von Krankenhausärztinnen bzw. -ärzten, von Ärztinnen bzw. Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie und Physikalische und Rehabilitative Medizin, von Allgemeinärztinnen bzw. Allgemeinärzten mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin,
2. Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung und

3. Durchführung jeder einzelnen therapeutischen Sitzung unter ärztlicher Aufsicht; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.

²Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten Medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

(4) ¹Die Aufwendungen für Heilbehandlungen im Rahmen einer stationären oder teilstationären Behandlung in Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind nur nach folgenden Maßgaben und unter der Voraussetzung beihilfefähig, dass die Behandlungen durch die in Abs. 2 genannten Personen durchgeführt werden:

1. Art und Umfang der durchgeführten und nachgewiesenen Heilbehandlung sind bis zu den in der Anlage 2 genannten Höchstbeträgen beihilfefähig; ein darüber hinaus in Rechnung gestellter Pflegesatz für Heilbehandlung oder sonstige Betreuung ist nicht beihilfefähig.
2. Wird bei einer teilstationären und stationären Behandlung anstelle einer Einzelabrechnung ein einheitlicher Kostensatz für Heilbehandlung, Verpflegung und sonstige Betreuung berechnet, so sind für Heilbehandlungen je Tag der Anwesenheit in der Einrichtung pauschal 10,50 € beihilfefähig; Platzfreihaltegebühren sind nicht beihilfefähig.

²Einrichtungen, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dienen, sind z.B. Frühfördereinrichtungen, Ganztagschulen, Behindertenwerkstätten.

§ 20 Komplexleistungen

¹Werden Leistungen nach §§ 8 bis 12 und 19 in Form von ambulanten oder voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind abweichend von § 7 Abs. 1 und § 19 die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen zu tragen sind, beihilfefähig. ²Eine Komplextherapie wird von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeuten erbracht. ³Diesem müssen auch Ärztinnen bzw. Ärzte, Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten oder Angehörige von Ge-

sundheits- und Medizinalfachberufen im Sinn von § 19 Abs. 1 Satz 3 angehören.

§ 21

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

(1) ¹Die Aufwendungen für Anschaffung oder Miete der in der **Anlage 3** genannten oder vergleichbarer Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände sind beihilfefähig, wenn sie ärztlich in Schriftform verordnet sind; dies gilt nicht für Gegenstände von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis oder Gegenstände, die der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen. ²Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.

(2) Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Geräts im Sinn des Abs. 1 Satz 1 sind in der bisherigen Ausführung auch ohne erneute ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf erfolgt.

(3) Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte im Sinn des Abs. 1 Satz 1 sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.

(4) ¹Die innerhalb eines Kalenderjahres über 100 € hinausgehenden Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte im Sinn des Abs. 1 Satz 1 sind beihilfefähig. ²Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.

(5) Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind beihilfefähig.

(6) ¹Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512 € beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z.B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z.B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. ²Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perü-

cke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss.

³Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraums die Kopfform geändert hat.

(7) Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in der Anlage 3 aufgeführt noch den dort aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind und deren Anschaffungswert einen Betrag von 600 € übersteigt, entscheidet die oberste Dienstbehörde, im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen.

§ 22 Aufwendungen für Sehhilfen

(1) ¹Aufwendungen für Sehhilfen sind nach den Abs. 2 bis 6 beihilfefähig

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
2. nach Vollendung des 18. Lebensjahres nach schriftlicher augenärztlicher Verordnung bei
 - a) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.0) oder
 - b) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H 54.1) oder
 - c) gravierender Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.2) oder
 - d) erheblichen Gesichtsfeldausfällen.

²Voraussetzung für die erstmalige Beschaffung einer Sehhilfe ist eine augenärztliche Verordnung in Schriftform. ³Für die erneute Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt die Refraktionsbestimmung einer Augenoptikerin bzw. eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13 € je Sehhilfe beihilfefähig, Abs. 9 bleibt unberührt. ⁴Im Fall des Satzes 1 Nr. 2 ist stets eine augenärztliche Verordnung erforderlich.

(2) Aufwendungen für Brillen sind – einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung – bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

1. für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt):	
--	--

a) Einstärkengläser:	
für das sph. Glas	bis zu 31,00 €
für das cyl. Glas	bis zu 41,00 €
b) Mehrstärkengläser:	
für das sph. Glas	bis zu 72,00 €
für das cyl. Glas	bis zu 92,50 €
2. bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt):	zuzüglich je Glas 21€
3. Dreistufen- oder Multifokalgläser:	zuzüglich je Glas 21€
4. Gläser mit prismatischer Wirkung:	zuzüglich je Glas 21 €.

(3) ¹Neben den Höchstbeträgen nach Abs. 2 sind bei folgenden Indikationen die Mehraufwendungen für Kunststoffgläser, Leichtgläser (hochbrechende mineralische Gläser) zuzüglich je Glas bis zu 21 € beihilfefähig

1. bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,
2. bei Anisometropien ab 2 dpt,
3. unabhängig von der Gläserstärke
 - a) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,
 - b) bei Erkrankten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist.

²Neben den Höchstbeträgen nach Abs. 2 sind bei folgenden Indikationen die Mehraufwendungen für getönte bzw. phototrope Gläser (Lichtschutzgläser) je Glas bis zu 11 € beihilfefähig bei:

1. umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen),
2. krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
3. Fortfall der Pupillenverengung (z.B. absolute und reflektorische Pupillenstarre, Adie-Kerr-Syndrom),
4. chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
5. entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung des Tränenflusses,
6. Ziliarneuralgie,
7. blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
8. totaler Farbenblindheit,
9. Albinismus,
10. unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
11. intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
12. Gläsern ab + 10 dpt.

³Die Mehraufwendungen nach den Sätzen 1 und 2 sind nebeneinander beihilfefähig.

(4) ¹Die Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen nach § 33 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beihilfefähig. ²Sofern hierbei Aufwendungen für Kurzzeitlinsen geltend gemacht werden, sind diese bis zu 154 € (sphärisch) und 230 € (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig ³Liegen die in Satz 1 genannten Voraussetzungen nicht vor, sind nur die vergleichbaren Kosten nach den Abs. 2 und 3 beihilfefähig. ⁴Neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen sind folgende Aufwendungen im Rahmen der Abs. 2 und 3 beihilfefähig für

1. eine Reservebrille oder

2. eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) sowie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinsen und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie.

(5) Im Übrigen sind die Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen nur beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre – bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre – vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil

1. sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat,
2. die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
3. sich bei Kindern die Kopfform geändert hat.

(6) Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen – einschließlich Handwerksleistung – in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Abs. 2 und 3 (die Voraussetzungen des Abs. 3 Satz 1 entfallen),
2. für eine Brillenfassung bis zu 52 €.

(7) Die Aufwendungen für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) sind in den nach § 33 Abs. 1 Satz 3 SGB V genannten Fällen beihilfefähig.

(8) Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können die Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohr Lupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenlupenbrille u. Ä.) als beihilfefähig anerkannt werden.

(9) Die Aufwendungen für Bildschirmbrillen, Brillenversicherungen und Etuis sind nicht beihilfefähig.

§ 23

Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining)

(1) Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind im folgenden Umfang beihilfefähig:

1. Anschaffungen zweier Langstöcke sowie ggf. elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,
2. Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstocks sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:

a) je Unterrichtsstunde (60 Minuten), einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden	56,43 €,
b) Fahrzeitentschädigung je Zeitstunde, wobei jede angefangene Stunde im Fünf-Minuten-Takt anteilig berechnet wird	44,87 €,
c) Fahrtkostenerstattung für Fahrten einer Trainingskraft je gefahrenem Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	0,30 €;
d) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer Trainingskraft, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort der Trainingskraft nicht zumutbar ist	26 €;

das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezialeinrichtung (stationär) durchgeführt werden. Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen der Trainingskraft nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden;

3. Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Nr. 2;

4. Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden, ggf. einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrtkosten der Trainingskraft in entsprechendem Umfang anerkannt werden; die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

(2) ¹Sofern die Trainingskraft nicht gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen zur Rechnungsstellung berechtigt ist, sind die entsprechenden Aufwendungen durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. ²Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamts vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

§ 24 Häusliche Krankenpflege

¹Die Aufwendungen einer nach ärztlicher Bescheinigung notwendigen vorübergehenden häuslichen Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) sind beihilfefähig; die Grundpflege muss überwiegen. ²Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. ³Bei einer Pflege durch Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. Fahrtkosten,
2. eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine an Ehegatten und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.

⁴Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Entgeltgruppe KR 7a des TV-L).

§ 25
Familien- und Haushaltshilfe

¹Beihilfefähig sind die Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe bis zur Höhe der Kosten von Leistungen, die von den Krankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 38 SGB V gewährt werden. ²Voraussetzung ist, dass

1. die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (§§ 27 bis 30 und 36) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,
2. im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, ggf. auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann, und
4. die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person - ausgenommen Alleinerziehende - nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist.

³Die Voraussetzungen der Sätze 1 und 2 gelten ferner als erfüllt

1. in den ersten sieben Tagen nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung,
2. wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird oder
3. für alleinstehende Beihilfeberechtigte.

⁴Die Aufwendungen im Todesfall der haushaltsführenden Person (Satz 1 Nr. 1) sind höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig. ⁵§ 24 Satz 3 gilt entsprechend. ⁶Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. ⁷Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in § 24 Satz 3 genannten Personen sind - mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten bis zu dem in Satz 1 genannten Höchstbetrag - nicht beihilfefähig.

§ 26
Fahrtkosten

¹ Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Fahrten

1. im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Festsetzungsstelle erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, ausgenommen eine Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reise,
2. als Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. als Begleitfahrten von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustands zu erwarten ist (Krankentransport),
4. zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in einer Facharztpraxis, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, wie zu einer stationären Krankenhausbehandlung bis zu einer Höhe von 200 €,
5. zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle.

²Fahrtkosten sind bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und Kosten einer Gepäckbeförderung beihilfefähig. ³Höhere Fahrtkosten sind nur beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar waren; wurde ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in Art. 6 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 des Bayerischen Reisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. ⁴Bei Fahrten nach Satz 1 den Nrn. 3 und 4 sind die nach jeweiligem Landesrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

§ 27
Auswärtige ambulante Behandlungen

¹Die Aufwendungen für Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen,

zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen sind bis zum Höchstbetrag von 26 € täglich beihilfefähig. ²Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26 € täglich beihilfefähig. ³Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung.

§ 28 Krankenhausleistungen

(1) Beihilfefähig sind voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen sowie vor- und nachstationäre Behandlungen nach Maßgabe der folgenden Absätze.

(2) ¹Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen in zugelassenen Krankenhäusern (§ 108 SGB V), die nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vergütet werden, für

1. vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG, § 115a SGB V,
2. allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 BPflV, § 2 Abs. 2 KHEntgG,
3. andere im Zusammenhang mit Nrn. 1 und 2 berechenbare Leistungen im Rahmen der §§ 8 und 18.

²Beihilfefähig sind ferner – unter Berücksichtigung der nach Art. 86a Abs. 2 Satz 7 BayBG vorgesehenen Eigenbeteiligung - die Aufwendungen für

1. gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPflV, §§ 16 und 17 KHEntgG),
2. berechnete Unterkunft (§ 22 BPflV, §§ 16 und 17 KHEntgG) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers.

(3) Bei Leistungen von Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen, aber nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, sind Aufwendungen nach Abs. 2 höchstens bis zur Höhe der Aufwendungen entsprechender Leistungen von Krankenhäusern der Maximalversorgung beihilfefähig.

Abschnitt V
Rehabilitationsleistungen

§ 29

Beihilfe bei Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Die Aufwendungen für die stationäre Behandlung in
1. Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen,
 2. Einrichtungen für Suchtbehandlungen und
 3. in sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation
- sind nach Maßgabe der folgenden Absätze beihilfefähig.
- (2) ¹Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen sind auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen besonders spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen.
- ²Anschlussheilbehandlungen liegen nur vor, wenn sie sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließen oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem in zeitlichem Zusammenhang stehen.
- (3) Einrichtungen für Suchtbehandlungen sind auf Suchtbehandlungen zur Entwöhnung spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen.
- (4) Sonstige Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind nur solche, welche die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen (Rehabilitationseinrichtungen).
- (5) ¹Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach den Abs. 2 und 3 ist, dass die Maßnahme nach begründeter ärztlicher Bescheinigung nach Art und vorgesehener Dauer notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind; die Ärztin bzw. der Arzt darf nicht in einer Rechtsbeziehung zur behandelnden Einrichtung stehen. ²Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach Abs. 4 ist, dass es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung (Abs. 2) handelt und nach einem begründetem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung

und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind.³Die Beihilfefähigkeit ist ab einer Dauer von 30 Tagen von der vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Beihilfestelle abhängig; die Anerkennung wird erteilt, wenn die lange Dauer ärztlich besonders begründet wird oder durch ein medizinisches Gutachten nachgewiesen ist.

(6)¹Aus Anlass einer stationären Behandlung in Einrichtungen nach den Abs. 2 bis 4 sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19,
2. nach § 25,
3. für Pflege, Unterkunft und Verpflegung bis zum niedrigsten Tagessatz zuzüglich Kurtaxe,
4. für den ärztlichen Schlussbericht,
5. für die An- und Abreise in Höhe von 0,20 € je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 200 €, unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel. Die Entfernungskilometer bestimmen sich regelmäßig nach der kürzesten üblicherweise mit einem Kraftfahrzeug zwischen Wohnung und Einrichtung zurückzulegenden Strecke. Außerdem sind bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig.

²Satz 1 Nrn. 3 und 5 gelten auch für Begleitpersonen, wenn die Notwendigkeit der Begleitung durch amtlichen Ausweis oder medizinisches Gutachten festgestellt ist und die Einrichtung bestätigt, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist.

³Liegt die Bescheinigung nach Abs. 5 Satz 2 bzw. 3 nicht vor, sind nur die Aufwendungen nach Nr. 1 beihilfefähig. ⁴Pauschalpreise und Tagessätze von Einrichtungen nach Abs. 2 bis 4, die Leistungen nach Satz 1 Nrn. 1 bis 3 betreffen, sind nur insoweit beihilfefähig, als sie einer Preisvereinbarung dieser Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger entsprechen; die Beihilfefähigkeit darüber hinausgehender Aufwendungen nach Satz 1 Nrn. 1 bis 3 ist ausgeschlossen.

§ 30 Beihilfe bei Kuren

(1) Die Aufwendungen für

1. Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,

2. Müttergenesungskuren und Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren,
 3. ambulante Heilkuren
- sind beihilfefähig.

(2) Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind Heilbehandlungen im Sinn des § 19, die mit Unterkunft und Verpflegung kurmäßig in Einrichtungen nach § 29 Abs. 4 durchgeführt werden und für die die Voraussetzungen für eine Beihilfe nach § 29 Abs. 5 Satz 2 nicht erfüllt sind.

(3) Müttergenesungskuren und Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren sind Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 SGB V als gleichartig anerkannten Einrichtung.

(4) ¹Ambulante Heilkuren sind Maßnahmen für aktive Bedienstete nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie Maßnahmen für die übrigen Beihilfeberechtigten sowie für berücksichtigungsfähige Angehörige bei erheblich beeinträchtigter Gesundheit. ²Die Kuren müssen mit Heilbehandlungen nach § 19 nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis des Staatsministeriums der Finanzen aufgeführten Heilkurort durchgeführt werden. ³Die Unterkunft muss sich im Heilkurgebiet befinden und ortsgebunden sein; eine Unterkunft im Wohnwagen, auf Campingplätzen und dergleichen ist nicht ausreichend.

(5) ¹Bei Kuren nach den vorstehenden Abs. sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19,
2. Familien- und Haushaltshilfe nach § 25,
3. Fahrtkosten nach § 29 Abs. 6 Satz 1 Nr. 5,
4. die Kurtaxe,
5. den ärztlichen Schlussbericht,
6. eine behördlich als notwendig anerkannte Begleitperson für Schwerbehinderte,
7. Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 € pro Tag und Person, begrenzt auf eine Dauer von höchstens 21 Tagen.

²Bei Pauschalpreisen in Einrichtungen nach Abs. 3, für die eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis begrenzt.

(6) ¹Die Aufwendungen nach Abs. 5 sind nur beihilfefähig, wenn

1. erstmalig eine Wartezeit von insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit nach diesen oder entsprechenden Beihilfevorschriften erfüllt ist,
2. im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Heilkur nach Abs. 1 bis 4 durchgeführt und beendet wurde,
3. ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind,
4. die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist,
5. die Kur nicht weit überwiegend der Vorsorge dient; Gleiches gilt für Maßnahmen, deren Zweck eine berufliche Rehabilitation ist, wenn medizinisch keine kurmäßigen Maßnahmen mehr erforderlich sind.

²Abweichend davon wird Beihilfe zu Heilkuren für aktive Bedienstete (§ 2 Abs. 1 Nr. 1) nur gewährt, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 Nrn. 1 und 2 vorliegen und

1. durch amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit erforderlich ist,
2. die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Heilkur anerkannt hat, und
3. die Heilkur innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen wird.

³Von der Einhaltung der Fristen nach Satz 1 Nrn. 1 und 2 darf nur abgesehen werden bei schwerem chronischen Leiden, wenn nach dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

Abschnitt VI Aufwendungen in Pflegefällen

§ 31

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach §§ 8 bis 30, 41 und 44 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig.

(2) ¹Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen. ²Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

(3) ¹Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen der §§ 32 bis 38 in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt; § 6 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 und § 46 sind hierbei nicht anzuwenden. ²Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des § 32 Abs. 1 beihilfefähig.

§ 32

Häusliche und teilstationäre Pflege

(1) ¹Bei einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte oder einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 SGB XI beihilfefähig die Aufwendungen für Pflegebedürftige

1. der Stufe I bis höchstens 20 v. H.,
2. der Stufe II bis höchstens 40 v. H.,
3. der Stufe III bis höchstens 60 v. H.,
4. bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand der Stufe III bis höchstens 100 v. H.

der durchschnittlichen monatlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Entgeltgruppe KR 7a des TV-L). ²Bei einer teilstationären Pflege gelten die jeweiligen Pflegeeinsätze als erbracht, soweit im Einzelfall nicht eine geringere Inanspruchnahme nachgewiesen wird.

(2) ¹Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt. ²Sie richtet sich nach den Pflegestufen des § 15 SGB XI und beträgt monatlich

1. in Stufe I 205 €,
2. in Stufe II 410 €,
3. in Stufe III 665 €.

³Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. ⁴Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nach Satz 2 zur Hälfte gewährt.

(3) Wird die Pflege teilweise durch Pflegekräfte (Abs. 1) und durch andere geeignete Personen (Abs. 2) erbracht, wird die Beihilfe nach den Abs. 1 und 2 anteilig gewährt.

(4) Neben einer Leistung nach Abs. 2 sind Aufwendungen für Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI ohne Anrechnung nach Abs. 3 beihilfefähig.

§ 33

Verhinderungspflege

¹Ist eine Pflegeperson nach § 32 Abs. 2 wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, so sind Aufwendungen für Pflege bis zu 1 432 € im Kalenderjahr beihilfefähig. ² § 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 34

Kurzzeitpflege

¹Kann die häusliche Pflege nach § 32 Abs. 1 und 2 zeitweise nicht oder nicht in vollem Umfang erbracht werden, so sind die Aufwendungen für vollstationäre Pflege bis zu 1 432 € im Kalenderjahr beihilfefähig. ²Erfolgt die Unterbringung vollstationär, liegen aber die Voraus-

setzungen des Satzes 1 nicht vor, so sind die auf die Pflege anfallenden Kosten bis zum Höchstbetrag nach § 32 Abs. 1 beihilfefähig.

§ 35

Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds

¹Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds der pflegebedürftigen Person sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. ²Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. ³§ 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 36

Stationäre Pflege

¹Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinn des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen im Sinn des § 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI beihilfefähig. ²Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Pauschalbetrag von monatlich

1. 1 023 € für Pflegebedürftige der Pflegestufe I,
2. 1 279 € für Pflegebedürftige der Pflegestufe II,
3. 1 432 € für Pflegebedürftige der Pflegestufe III,
4. 1 688 € für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 SGB XI als Härtefall anerkannt sind.

³§ 31 Abs. 3 gilt entsprechend. ⁴Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie den Eigenanteil des Einkommens nach Satz 6 übersteigen. ⁵Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens.

⁶Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehalts der Besoldungsgruppe A 9 des Bundesbesoldungsgesetzes
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 v. H. des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 v. H. des Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen
 - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 v. H. des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 v. H. des Einkommens,
3. bei allein stehenden Beihilfeberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege der beihilfeberechtigten Person und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 v. H. des Einkommens.

⁷Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

§ 37

Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe

¹Aufwendungen für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sind nach Art und Umfang des § 43a SGB XI beihilfefähig. ²§ 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 38

Zusätzliche Betreuungsleistungen

¹Beihilfen zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen können für den in § 45a SGB XI beschriebenen Personenkreis neben Leistungen nach § 32 gewährt werden. ²Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 45b SGB XI. ³§ 31 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 39

Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen

¹Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. ²Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen nach Maßgabe des § 39a SGB V, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. ³Darüber hinaus können Leistungen nach diesem Abschnitt erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. ⁴Die Beihilfe ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

§ 40

Festsetzungsverfahren bei pflegebedingten Aufwendungen

¹Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach Abschnitt VI auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt.

²Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. ³In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. ⁴Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Abschnitt VII

Aufwendungen in sonstigen Fällen

§ 41

Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

(1) Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind nach Maßgabe

der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maß gefährden,
2. bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
3. bei Frauen vom Beginn des 20., bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Zuckerkrankheit. Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach den Nrn. 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen der GOZ.

(3) Beihilfefähig sind Aufwendungen für amtlich empfohlene Schutzimpfungen, jedoch nicht anlässlich privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union.

§ 42

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

Aus Anlass einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung,
2. entsprechend §§ 8 bis 19, 25, 26, 28 und 44 Nr. 3,
3. für die Hebamme und den Entbindungspfleger,
4. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung in einer Krankenanstalt bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 24 gepflegt wird; § 24 Satz 3 gilt entsprechend,

5. entsprechend § 28 für das Kind.

§ 43
Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Kontrazeption

(1) ¹Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel sind nur dann zu 50 v. H. beihilfefähig, wenn auf Grund eines Behandlungsplans

1. die Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
2. eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird,
3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind und
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden.

²Beihilfefähig sind Aufwendungen für Personen, die das 25. Lebensjahr vollendet haben.

³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Frauen, die das 40. Lebensjahr und für Männer, die das 50. Lebensjahr vollendet haben.

(2) ¹Die für Maßnahmen nach Abs. 1 zur Verfügung stehenden Verfahren sind unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

Verfahren	Indikationen	max. Anzahl der Versuche
<p>1. Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzklus, ggf. nach Ovulationstiming ohne Polyovulation (drei oder mehr Follikel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - somatische Ursachen (z.B. Impotentia coeundi, retrograde Ejakulation, Hypospadie, Zervikalkanastnose, Dyspareunie), - gestörte Spermatozoen-Mucus-Interaktion, - Subfertilität des Mannes, - immunologisch bedingte Sterilität, 	<p>acht</p>
<p>2. Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation (drei oder mehr Follikel)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Subfertilität des Mannes, - immunologisch bedingte Sterilität, 	<p>drei</p>
<p>3. In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygoten-Transfer oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT = Embryo-Intrafallopian-Transfer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Zustand nach Tubenamputation, - anders (auch mikrochirurgisch) nicht behandelbarer Tubenverschluss, - anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose, - idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind, - Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nr. 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind, - immunologisch bedingte Sterilität, sofern Behandlungsversuche nach Nr. 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind, 	<p>drei</p>
<p>4. Intratubarer Gameten-Transfer (GIFT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - anders nicht behandelbarer tubarer Funktionsverlust, auch bei Endometriose, - idiopathische (unerklärbare) Sterilität, sofern – einschließlich einer psychologischen Exploration – alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Mög- 	<p>zwei</p>

Verfahren	Indikationen	max. Anzahl der Versuche
	lichkeiten der Sterilitätsbehandlung ausgeschöpft sind, - Subfertilität des Mannes, sofern Behandlungsversuche nach Nr. 2 keinen Erfolg versprechen oder erfolglos geblieben sind,	
5. Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	- männliche Fertilitätsstörung, nachgewiesen durch zwei aktuelle Spermioogramme im Abstand von mindestens 12 Wochen, welche unabhängig von der Gewinnung des Spermas die Grenzwerte gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses – nach genau einer Form der Aufbereitung (nativ oder swim-up-Test) – unterschreiten.	drei

² Die Zuordnung der Kosten zu den jeweiligen Ehepartnern erfolgt entsprechend Nr. 3 der im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung maßgebenden Richtlinien über künstliche Befruchtung.

(3) ¹Aufwendungen für eine Sterilisation sind nur beihilfefähig, wenn diese auf Grund einer Krankheit notwendig ist. ²In diesen Fällen sind die im Einzelfall erforderlichen Leistungen nach näherer Maßgabe der in §§ 8 bis 13, 18 und 26 bis 28 bezeichneten Aufwendungen beihilfefähig.

(4) Beihilfefähig sind die Aufwendungen

1. für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher Untersuchungen und die Verordnung von Empfängnis regelnden Mitteln,
2. aus Anlass eines beabsichtigten Schwangerschaftsabbruchs für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft,
3. für die ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch oder eine nicht rechtswidrige Sterilisation.

§ 44
Sonstige Aufwendungen

Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. organspendende Personen, wenn die Empfängerperson beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der §§ 8 bis 13, 18, 19 und 25 bis 28, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der von der organspendenden Person nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie dafür nicht in Betracht kommen;
2. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe;
3. Erste Hilfe.

§ 45
Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

(1) ¹Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach den §§ 8 bis 28, 31 bis 44 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären (Kostenvergleich).

²Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht bringt, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Satzes 1 nach billigem Ermessen die Angemessenheit der Aufwendungen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt. ³Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt. ⁴Abweichend von Satz 1 sind Aufwendungen, die anlässlich eines vorübergehenden privaten Aufenthalts außerhalb Europas entstanden sind, nicht beihilfefähig.

(2) ¹Aufwendungen nach Abs. 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesre-

publik Deutschland beihilfefähig, wenn

1. sie bei einer Dienstreise eines Beihilfeberechtigten entstanden sind, es sei denn, dass die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können;
2. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einer Kur oder ähnlichen Maßnahmen entstehen, ist nach Maßgabe der Abs. 1 und 3 zulässig;
3. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 550 € je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei in der Nähe der deutschen Grenze wohnenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

(3) ¹Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinn von § 29 Abs. 1 Nr. 3 und § 30 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn bei Antritt der Reise

1. bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurortverzeichnis Ausland aufgeführt ist,
2. die Voraussetzungen des § 30 vorliegen und
3. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Union durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist.

²Die Aufwendungen nach §§ 8 bis 19, 30 Abs. 5 Satz 1 Nrn. 1, 2, 4, 5 und Satz 2 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig. ³Abs. 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(4) Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen von Beamtinnen und Beamten sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland bestimmen sich nach der **Anlage 4**.

Abschnitt VIII Leistungsumfang, Verfahren

§ 46 Bemessung der Beihilfen

(1) ¹Die Beihilfe bemisst sich nach den in Art. 86a Abs. 3 Satz 2 BayBG genannten personenbezogenen Vomhundertsätzen (Bemessungssätze). ²Der Bemessungssatz für entpflichtete Hochschullehrer beträgt 50 v. H.; abweichend hiervon beträgt der Bemessungssatz dann 70 v. H, wenn dem entpflichteten Hochschullehrer auf Grund einer weiteren Beihilfeberechtigung nach § 2 Abs. 1 Nr. 2, die jedoch gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 nachrangig ist, ein Bemessungssatz von 70 v. H. zustehen würde.

(2) ¹Der nach Art. 86a Abs. 3 Satz 3 Halbsatz 2 BayBG bei mehreren Beihilfeberechtigten nur einmal zu gewährende erhöhte Bemessungssatz von 70 v. H. wird dem Beihilfeberechtigten gewährt, der die entsprechenden Kinderanteile des Familienzuschlags erhält. ²Eine hiervon abweichende Zuordnung ist nur im Fall einer gemeinsamen anderweitigen Bestimmung durch die Beihilfeberechtigten möglich; bereits vor dem 1. Januar 2007 getroffene Vereinbarungen gelten fort. ³Abweichende Bestimmungen nach Satz 2 sollen nur in Ausnahmefällen geändert werden.

(3) ¹Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung wird ein nach Anrechnung von Kassenleistungen im Sinn von Art. 86a Abs. 2 Satz 4 BayBG verbleibender beihilfefähiger Differenzbetrag zu 100 v. H. erstattet (Differenzkostenbeihilfe). ²Beihilfefähige Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Zuschüsse gewährt, werden zu den jeweils nach Art. 86a Abs. 3 Satz 2 BayBG maßgebenden Bemessungssätzen erstattet.

(4) Für die Anwendung des Abs. 1 gelten die Aufwendungen

1. nach § 25 als Aufwendungen der jüngsten verbleibenden Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 42 Nrn. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,
4. nach § 42 Nr. 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter.

(5) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 v. H. , jedoch höchstens auf 90 v. H., wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nrn. 1 bis 4 SGB V erfüllt.

(6) ¹Die oberste Dienstbehörde – im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen - kann den Bemessungssatz erhöhen,

1. für Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung,
2. in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabs anzunehmen sind; eine Erhöhung ist ausgeschlossen in Fällen der §§ 31 bis 39.

²Die oberste Dienstbehörde bzw. das Staatsministerium der Finanzen kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen.

§ 47

Begrenzung der Beihilfen

(1) ¹Bei Leistungen von Dritten im Sinn von Art. 86a Abs. 2 Satz 2 BayBG handelt es sich um Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen. ²Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen - soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen - bleiben unberücksichtigt. ³Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 8 bis 45 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird.

(2) ¹Die in Abs. 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. ²Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. ³In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. ⁴Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden

Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen nach den §§ 29 bis 39 werden getrennt abgerechnet.

(3) ¹Die nach Anwendung des Art. 86a Abs. 3 Satz 2 BayBG sowie der nach Abs. 1 und 2 festgesetzten Beihilfe ist pro Beleg um die nach Art. 86a Abs. 3 Satz 5 BayBG vorgesehene Eigenbeteiligung zu mindern; die Abzugsbeträge gelten hierbei mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. ²Die Minderung nach Satz 1 unterbleibt bei den in Art. 86a Abs. 3 Satz 6 Nrn. 1 und 2 BayBG genannten Personen bei allen Belegen. ³Nach Art. 86a Abs. 3 Satz 6 Nr. 6 BayBG ist die festgesetzte Beihilfe für den Rest des Kalenderjahres, in dem die Eigenbeteiligungen entstanden sind, nicht mehr nach Satz 1 zu mindern, wenn die Belastungsgrenze nach Art. 86a Abs. 3 Satz 7 BayBG überschritten wird. ⁴Hierzu hat die Beihilfestelle die individuelle Höchstgrenze von zwei v. H. bzw. eins v. H. anhand der im Januar eines Kalenderjahres maßgebenden Bezüge und Renten festzustellen. ⁵Abweichend hiervon ist bei einem Beginn der Beihilfeberechtigung während des laufenden Kalenderjahres der Tag der Berufung in ein Beamtenverhältnis, im Fall von Hinterbliebenen der Todestag des verstorbenen Beihilfeberechtigten maßgebend. ⁶Die nach den Sätzen 4 und 5 festgestellte Höchstgrenze vermindert sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 v. H. und für jedes berücksichtigungsfähige Kind um den sich nach § 32 Abs. 6 Sätze 1 und 2 EStG ergebenden Betrag.

⁷Wurden im Jahr des Todes des verstorbenen Beihilfeberechtigten bereits Eigenbehalte nach Satz 1 berücksichtigt, werden diese bei der Feststellung des Grenzbetrags nach Art. 86a Abs. 3 Sätze 6 und 7 BayBG dem überlebenden Ehegatten zugerechnet. ⁸Bei einem Beihilfeanspruch nach Art. 80b Abs. 4 und Art. 88 Abs. 1 Satz 2 BayBG kommt während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge Art. 86a Abs. 3 Satz 5 BayBG nicht zur Anwendung; bezüglich des Beginns und des Endes der Beurlaubung gilt Satz 5 entsprechend.

§ 48 Verfahren

(1) ¹Beihilfen müssen vom Beihilfeberechtigten schriftlich beantragt werden. ²Im staatlichen Bereich sind die vom Staatsministerium der Finanzen herausgegebenen Formblätter zu verwenden; zulässig sind auch amtliche EDV-Ausdrucke.

(2) ¹Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen

sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. ²Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 € betragen.

³Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, kann abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 15 € übersteigen.

(3) ¹Die Beihilfeanträge sind mit Belegen der Festsetzungsstelle vorzulegen; die Vorlage von Zweitschriften bzw. Rechnungskopien ist ausreichend. ²Mit den übersandten Belegen ist entsprechend Art. 100g Abs. 2 Satz 2 BayBG zu verfahren. ³Im staatlichen Bereich werden die übersandten Belege unter Berücksichtigung der Bestandskraft der einzelnen Festsetzungen von der jeweiligen Beihilfefestsetzungsstelle vernichtet. ⁴Eine Rückgabe der Belege erfolgt nur auf ausdrücklichen Wunsch des Beihilfeberechtigten; die entsprechenden Portomehraufwendungen sind vom festgesetzten Beihilfebetrag abzuziehen. ⁵Die Sätze 1 und 3 gelten nicht in den Fällen des § 4 Abs. 2. ⁶Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheim zu halten.

(4) Beihilfebescheide können auch in elektronischer Form übermittelt werden, sofern der Beihilfeberechtigte diesem Verfahren zustimmt.

(5) Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.

(6) Ist in den Fällen des § 29 Abs. 5 Satz 3, § 30 Abs. 6 Satz 2 Nr. 2, § 45 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit nachgewiesen sind.

(7) ¹Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. ²Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 32 Abs. 2 Satz 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde und bei Aufwendungen nach § 30 Abs. 5 Satz 1 Nr. 7 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. ³Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

(8) ¹Zur Überprüfung von Notwendigkeit und Angemessenheit einzelner geltend gemachter Aufwendungen kann die Festsetzungsstelle Gutachterinnen bzw. Gutachter, Beratungsärztinnen bzw. Beratungsärzte und sonstige geeignete Stellen unter Übermittlung der erforderlichen

Daten beteiligen, wobei personenbezogene Daten nur mit Einwilligung des Beihilfeberechtigten übermittelt werden dürfen; die Zuerkennung der Eignung setzt voraus, dass die mit der Bewertung betrauten Personen nach dem Verpflichtungsgesetz zur Wahrung der Daten verpflichtet werden.

Abschnitt IX **Schlussbestimmungen**

§ 49 Durchführungsbestimmungen, Ausnahmen

(1) Das Staatsministerium der Finanzen erlässt Durchführungsbestimmungen zur Gewährung von Beihilfen nach Maßgabe dieser Verordnung.

(2) Ist der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzugs außerhalb des Familienwohnsitzes der verstorbenen Person eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Kosten beträgt 100 v. H.

(3) Die oberste Dienstbehörde – im staatlichen Bereich das Staatsministerium der Finanzen – kann in besonders begründeten Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabs anzunehmen sind, über diese Verordnung hinaus die Gewährung von Beihilfen zulassen.

§ 50 In-Kraft-Treten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2007 in Kraft.

§ 51
Übergangs- und Schlussvorschriften

(1) Auf die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vorschrift vorhandenen Empfänger von Versorgungsbezügen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten sowie Witwen und Witwer (§ 2 Abs. 1 Nr. 3) und die in § 61 Abs. 2 Sätze 2 und 3 BeamtVG bezeichneten Waisen findet § 47 Abs. 1 und 2 keine Anwendung, wenn diese Personen in dem genannten Zeitpunkt in einem Festkostentarif einer privaten Krankenversicherung versichert sind und solange dieser Tarif beibehalten wird.

(2) Für Aufwendungen, die vor dem 1. Januar 2007 entstanden sind, sind die am 18. September 2006 in Bayern geltenden Beihilfebestimmungen maßgebend.

Beihilfefähigkeit wissenschaftlich nicht allgemein anerkannter Methoden

1. Völliger Ausschluss

Die Aufwendungen für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen:

A

- Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (z.B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne)
- Autohomologe Immuntherapien (z.B. ACTI-Cell)
- Autologe-Target-Cytokine-Therapie (ATC) nach Dr. Klehr
- Ayurvedische Behandlungen, z.B. nach Maharishi

B

- Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr
- Biophotonen-Therapie
- Bioresonarentests
- Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- Bogomoletz-Serum
- Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Prof. Barraquer
- Bruchheilung ohne Operation

C

- Chelat-Infusionstherapie
- Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen
- Cytotoxologische Lebensmitteltests

E

- Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon
- Elektro-Neural-Diagnostik

F

- Frischzellentherapie

G

- Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (z.B. Bioresonanztherapie, Decoderdermographie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik (BFD), Mora-Therapie)
- Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität

H

- Heileurhythmie
- Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung

I

- Immuno-augmentative Therapie (IAT)
- Immunseren (Serocytol-Präparate)
- Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nichtionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (z.B. Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne)

K

- Kariesdetektor-Behandlung
- Kinesiologische Behandlung
- Kirlian-Fotographie
- Kombinierte Serumtherapie (z.B. Wiedemann-Kur)

L

- Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

M

- Modifizierte Eigenblutbehandlung (z.B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin) und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen des Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z.B. Gegensensibilisierung nach Theurer, Clustermedizin)

N

- Neurotopische Diagnostik und Therapie
- Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall

O

- Osmotische Entwässerungstherapie

P

- Psycotron-Therapie
- Pulsierende Signaltherapie (PST)
- Pyramidenenergiebestrahlung

R

- Regeneresen-Therapie
- Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen
- Rolfing-Behandlung

S

- Schwingfeld-Therapie

T

- Thermoregulationsdiagnostik
- Trockenzellentherapie

V

- Vaduril-Injektionen gegen Parodontose
- Vibrationsmassage des Kreuzbeins

Z

- Zellmilieu-Therapie

2. Teilweiser Ausschluss

Die Aufwendungen für folgende wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Methoden sind begrenzt:

- Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. In Zweifelsfällen ist eine gutachterliche Bestätigung einzuholen.
- Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT)
Die Aufwendungen sind im orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Bereich nur beihilfefähig für die Behandlung der Tendinosis calcarea oder der Pseudarthrose (nicht heilende Knochenbrüche). Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT sind Gebühren nach Nr. 1800 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. Die Aufwendungen der ESWT in sonstigen Anwendungsbereichen werden vom Teilausschluss nicht erfasst.
- Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasgangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.

- Klimakammerbehandlungen
Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Festsetzungsstelle auf Grund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat. Die Gutachterperson wird von der Festsetzungsstelle bestimmt.

- Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z. B. mit Aludrin.

- Magnetfeldtherapie
Die Therapie mit Magnetfeldern ist wissenschaftlich allgemein nur anerkannt für die Behandlung der atrophen Pseudarthrose sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.

- Ozontherapie
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Gasinsufflationen, wenn damit arterielle Verschlusskrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle auf Grund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat. Die Gutachterperson wird von der Festsetzungsstelle bestimmt.

- Prostata-Hyperthermie-Behandlung
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlung.

- Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und indizierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe (z.B. Krankengymnastin bzw. Krankengymnast) mit entsprechender Zusatzausbildung durchgeführt wird. Die Leistung wird den Nrn. 4 bis 6 der Anlage 2 zu § 19 zugeordnet.

- Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten
Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, wenn andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

Beihilfefähige Höchstbeträge für ärztlich verordnete Heilbehandlungen

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
I. Inhalationen ¹⁾		
1	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Raum- inhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Raum- inhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4	Krankengymnastische Behandlung ²⁾ (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage -	19,50
5	Krankengymnastische Behandlung ²⁾³⁾ auf neurophysiologischer Grund- lage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewe- gungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6	Krankengymnastische Behandlung ²⁾⁵⁾ auf neurophysiologischer Grund- lage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Pers.) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	6,20
8	Krankengymnastik in einer Gruppe ⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
10	Bewegungsübungen ²⁾	7,70
11	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,60
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen ⁶⁾ , Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13	Chirogymnastik ⁷⁾ - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,40
14	Erweiterte ambulante Physiotherapie ¹⁰⁾¹¹⁾ , Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT) ¹²⁾ Je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)	35,00
16	Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschiene)	5,20
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen		
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage) ²⁾	13,80
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾	
	a) Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	b) Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	c) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾	8,70

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalte von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,10
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
21	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	10,30
22	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	- bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
	- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	Teilpackung	20,50
	Großpackung	28,20
	b) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,90
	c) Kaltpackung (Teilpackung)	
	- Anwendung von Lehm, Quark o. ä.	7,70
	- Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
	d) Heublumensack, Peloidkompresse	9,20
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,30
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	20,00

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
25	a) Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20
	b) Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
26	Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,00
27	a) Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
	b) Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	39,90
28	Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	a) Teilbad	28,70
	b) Vollbad	32,80
29	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,50
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,50
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe-	21,00
	d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10

Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt sowie in § 19 Abs. 1 bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig.

Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter den Nrn. 30a bis 30c und 31b angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 €. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nr. 30d beihilfefähig.

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
V. Kälte- und Wärmebehandlung		
32	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70
33	Eisteilbad	9,80
34	Heißluftbehandlung ⁹⁾ oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
VI. Elektrotherapie		
35	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese -	6,20
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diodynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39	Iontophorese	6,20
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41	Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,00
VII. Lichttherapie		
42	Behandlung mit Ultraviolettlicht ⁹⁾	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
43	a) Reizbehandlung ⁹⁾ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
	b) Reizbehandlung ⁹⁾ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
VIII. Logopädie		
46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
	c) Ausführlicher Bericht	11,80
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
50	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80
51	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
52	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70

lfd. Nr.	L e i s t u n g	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
-------------	-----------------	--

X. Sonstiges

53	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
54	Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs in Höhe von 0,30 € je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	

Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nrn. 53 und 54 nur anteilig je Patient beihilfefähig.

XI. Podologische Therapie¹³⁾

55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
56	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
59	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10
60	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
61	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
62	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nr. 7 abrechenbar); je Person	3,50

¹⁾ Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.

²⁾ Neben den Leistungen nach den Nrn. 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nrn. 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

³⁾ Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z.B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.

- 4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. Ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.
- 5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.
- 6) Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.
- 7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.
- 8) Das notwendige Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig.
- 9) Die Leistungen der Nrn. 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.
- 10) Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassenen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden.
- 11) Die Leistungen der Nrn. 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.
- 12) Die Leistungen der Nrn. 4 bis 6, 10, 12 und 18 sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.
- 13) Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologinnen und Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

Beihilfefähige ärztlich verordnete Hilfsmittel,
Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle
sowie Körperersatzstücke

A

Abduktionslagerungskeil

Absauggerät (z.B. bei Kehlkopferkrankung)

Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z.B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)

Alarmgerät für Epileptiker

Anatomische Brillenfassung

Anti-Varus-Schuh

Anus-*praeter*-Versorgungsartikel

Anzieh-/Ausziehhilfen

Aquamat

Armmanschette

Armtragegurt/-tuch

Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl

Atemtherapiegeräte

Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)

Auffahrrampen für Krankenfahrstuhl

Aufrichteschlaufe

Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 € beihilfefähig)

Aufstehgestelle

Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)

Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen

Augenschielklappe, auch als Folie

B

Badestrumpf

Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritits)

Badewannenverkürzer

Ballspritze

Behinderten-Dreirad

Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie

Bettnässer-Weckgerät

Beugebandage

Billroth-Batist-Lätzchen

Blasenfistelbandage

Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)

Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)

Blindenschriftmaschine

Blindenstock/-langstock/-taststock

Blutlanzette

Blutzuckermeßgerät

Bracelet

Bruchband

C

Clavicula-Bandage

Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)

Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhard- und -software bis zu 3500 €, ggf zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5400 €

D

Dekubitus-Schutzmittel (z.B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)

Delta-Gehrad

Drehscheibe, Umsetzhilfen

Duschsitz/-stuhl

E

Einlagen (orthopädische)

Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten

Ekzem-Manschette
Elektro-Stimulationsgerät
Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten
Ernährungssonde

F

Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
Fingerling
Fingerschiene
Fixationshilfen
(Mini) Fonator

G

Gehgipsgalosse
Gehhilfen und -übungsgeräte
Gehörschutz
Genutrain-Aktiv-Kniebandage
Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
Gilchrist-Bandage
Gipsbett, Liegeschale
Glasstäbchen
Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz
Gummistrümpfe

H

Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
Handgelenkriemen
Hebekissen
Heimdialysegerät
Helfende Hand, Scherenzange
Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)

Hörgeräte (HdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik, IdO-Geräte); einschließlich der Nebenkosten bis zu 1.025 € je Ohr ggf. zuzüglich der Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Fernbedienung

I

Impulsvibrator

Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör

Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher

Innenschuh, orthopädischer

Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)

Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen

Ipos-Vorfußentlastungsschuh

K

Kanülen und Zubehör

Katapultsitz

Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter

Kieferspreizgerät

Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägrigkeit und bestehender Inkontinenz)

Klumpfußschiene

Klumphandschiene

Klyso

Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern

Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage

Knienpolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation

Knöchel- und Gelenkstützen

Körperersatzstücke einschließlich Zubehör (bei Brustprothesenhalter ist ein Eigenanteil von 15 €, bei Badeanzügen für Brustprothesenträgerinnen von 40 € zu berücksichtigen)

Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose

Koordinator nach Schielbehandlung

Kopfring mit Stab, Kopfschreiber

Kopfschützer

Krabbler für Spastiker

Krampfaderbinde

Krankenfahrstuhl mit Zubehör

Krankenpflegebett

Krankenstock
Kreuzstützbandage
Krücke

L

Latextrichter bei Querschnittlähmung
Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
Lifter (Krankenslifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
Lispelsonde
Lumbalbandage

M

Malleotrain-Bandage
Mangoldsche Schnürbandage
Manutrain-Bandage
Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 64 € übersteigen
Milchpumpe
Mundsperrer
Mundstab/-greifstab

N

Narbenschützer

O

Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. Ä., auch Haltemanschetten usw.
Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, bis zu maximal sechs Paar Schuhen pro Jahr

P

Pavlikbandage
Penisklemme
Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel
Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung

Polarimeter

Psoriasisiskamm

Q

Quengelschiene

R

Reflektometer

Rektophor

Rollbrett

Rutschbrett

S

Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen 64 € übersteigen

Schede-Rad

Schrägliegebrett

Schutzbrille für Blinde

Schutzhelm für Behinderte

Schwellstromapparat

Segofix-Bandagensystem

Sitzkissen für Oberschenkelamputierte

Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht

Skolioseumkrümmungsbandage

Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)

Sphinkter-Stimulator

Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion

Spreizfußbandage

Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz

Spritzen

Stehübungsgerät

Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik

Strickleiter

Stubbies

Stumpfschuhhülle

Stumpfstrumpf

Suspensorium

Symphysen-Gürtel

T

(Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar

Therapeutisches Bewegungsgerät (nur mit Spasmenschaltung)

Tinnitus-Gerät

Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten

Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)

Tragegurtsitz

U

Übungsschiene

Urinale

Urostomie-Beutel

V

Vibrationstrainer bei Taubheit

W

Wasserfeste Gehhilfe

Wechseldruckgerät

Wright-Peak-Flow-Meter

Z

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set

Sonderregelungen für Bedienstete mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland

I. Beamtinnen und Beamte

1. Zu § 3 Abs. 1 Nr. 2

Berücksichtigungsfähig sind die nicht selbst beihilfeberechtigten Kinder des Beihilfeberechtigten, für die ein Kinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes gezahlt wird oder nur deshalb nicht gezahlt wird, weil im Inland ein Haushalt eines Elternteils besteht, der für das Kind bis zum Erreichen der Volljährigkeit sorgeberechtigt ist oder war.

2. Zu § 7 Abs. 1

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich anstelle der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte und der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren; Entsprechendes gilt für Heilpraktikerleistungen.

3. Zu § 7 Abs. 4 Nr. 2 sowie Art. 86a Abs. 1 BayBG

Zu dem in dieser Vorschrift genannten Einkommensbetrag tritt in entsprechender Anwendung von § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienstort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

4. Zu §§ 9 bis 12

Bei ambulant durchgeführten psychotherapeutischen Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung ist im Einzelfall unter Beteiligung der vom Staatsministerium der Finanzen benannten Gutachterpersonen das Vorliegen der jeweiligen Ab-

rechnungsvoraussetzungen zu prüfen.

5. Zu § 14

Ist bei zahnärztlichen Sonderleistungen der auf zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik entfallende Kostenanteil nicht nachgewiesen oder nicht zu ermitteln, ist der hierauf entfallende Anteil mit 40 v. H. des Gesamtrechnungsbetrags anzusetzen.

6. Zu § 19

Die Angemessenheit der Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlungen beurteilt sich anstelle der Anlage 2 unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse im Ausland nach den ortsüblichen Gebühren. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 v. H. der Kosten, die die nach dieser Vorschrift maßgeblichen Höchstsätze der Anlage 2 übersteigen, höchstens jedoch um 10 €. Satz 2 ist bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres nicht anzuwenden.

7. Zu §§ 21 bis 23

Zu den für diese Vorschrift maßgebenden Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung von § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu, wenn die Aufwendungen in Fremdwährung entstanden sind.

8. Zu § 25

Bei einer notwendigen ambulanten ärztlichen Behandlung des den Haushalt allein führenden Elternteils außerhalb des Gastlandes findet die Vorschrift entsprechende Anwendung, wenn mindestens ein Kind unter vier Jahren im Haushalt zurückbleibt und die auswärtige Behandlung wenigstens zwei Übernachtungen erfordert. Werden in diesen Fällen Kinder unter vier Jahren mitgenommen, sind die notwendigen Beförderungskosten beihilfefähig.

Wird die Weiterführung des Haushalts von einer der in § 24 Satz 3 genannten Person übernommen, so sind die Fahrtkosten bis zur Höhe der Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung von § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Dienort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

9. Zu § 26

Ist bei Krankheit oder Geburt eine notwendige medizinische Versorgung im Gastland nicht gewährleistet, sind die Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige Behandlung geboten war. Entsprechendes gilt aus Anlass von Maßnahmen nach § 40.

10. Zu § 27

Die Vorschrift gilt auch bei notwendiger ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung außerhalb des Gastlandes.

Dies gilt auch bei einer außerhalb des Gastlandes erforderlichen stationären Behandlung für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige Begleitperson.

Zum Höchstbetrag tritt in entsprechender Anwendung von § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

11. Zu § 28

Für Unterkunft und Verpflegung in ausländischen Krankenanstalten sind unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am Behandlungsort die entstandenen Aufwendungen beihilfefähig, soweit die Unterbringung einem Zweibettzimmer im Inland entspricht, es sei denn, aus medizinischen Gründen ist eine andere Unterbringung notwendig. Die in Art. 86a Abs. 2 Satz 7 BayBG genannten Eigenbeteiligungen sind entsprechend zu berücksichtigen.

12. Zu § 29

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer entsprechenden ausländischen Einrichtung hat zur Voraussetzung, dass die Einrichtung amts- oder vertrauensärztlich als zur stationären Behandlung und Pflege im Sinn des

§ 28 Abs. 2 bis 4 geeignet erklärt und die Behandlung nicht in Verbindung mit einem Inlandsaufenthalt durchgeführt werden kann. Dem Beihilfeantrag sind entsprechende Unterlagen über die stationäre Rehabilitationseinrichtung beizufügen.

Wird eine Rehabilitationsmaßnahme, auf die ein Anspruch aus anderen Sicherungssystemen besteht (vgl. Art. 86a Abs. 2 Sätze 3 und 4 BayBG), im Inland gewährt, so gelten auch die Beförderungskosten zwischen dem Auslandsdienstort und dem inländischen Behandlungsort als beihilfefähige Aufwendungen, soweit diese vom Kostenträger nicht erstattet werden. Dies gilt nicht, wenn die Rehabilitationsmaßnahme mit gleicher Erfolgsaussicht auch im Gastland oder in der näheren Umgebung durchgeführt werden kann und die beihilfefähigen Aufwendungen in diesem Fall niedriger sind als die Durchführung der entsprechenden Behandlung im Inland.

13. Zu § 30

Zu den in dieser Vorschrift genannten Höchstbeträgen tritt in entsprechender Anwendung von § 7 des Bundesbesoldungsgesetzes der für den Behandlungsort jeweils geltende Kaufkraftausgleich hinzu.

14. Zu § 42 Nr. 4

Ist im Geburtsfall eine sachgemäße ärztliche Versorgung am Dienstort nicht gewährleistet und muss dieser wegen späterer Fluguntauglichkeit vorzeitig verlassen werden, sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe entsprechend § 25 für die Dauer der ärztlich festgestellten unvermeidbaren Abwesenheit vom Dienstort beihilfefähig.

Im Geburtsfall sind die Kosten für Unterkunft am Entbindungsort vor Aufnahme in eine Krankenanstalt entsprechend den Unterkunfts-kosten bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen beihilfefähig. Dies gilt nicht für die Unterkunft im Haushalt eines nahen Angehörigen.

15. Zu § 46 sowie Art. 86a Abs. 3 Sätze 1 bis 3 BayBG

Der Bemessungssatz erhöht sich auf 100 v. H. der beihilfefähigen Aufwendungen

1. für Kosten der Beförderung zum nächstgelegenen geeigneten Behandlungsort (Nr. 9), soweit diese den Betrag von 153 € übersteigen,

2. für die unter Nr. 19 genannten Fälle der Leichen- und Urnenüberführung.

16. Zu § 48 Abs. 6

Diese Regelung findet auch auf Beförderungskosten zum nächstgelegenen Behandlungsort (Nr. 9) Anwendung.

17. Zu § 48 Abs. 7

Die Antragsfrist ist gewahrt, wenn der Beihilfeantrag innerhalb dieser Frist bei der zuständigen Beschäftigungsdienststelle im Ausland vorgelegt wird.

18. Zu § 49 Abs. 2

Bei Beamtinnen und Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland und in das Ausland abgeordneten Beamtinnen und Beamten sind die Kosten der Leichen- und Urnenüberführung vom Gastland in die Bundesrepublik Deutschland bis zur Höhe der Überführungskosten an den vom Hinterbliebenen gewählten Beisetzungsort beihilfefähig.

19. Beihilfefähige, außerhalb des Gastlandes entstehende Aufwendungen

Aufwendungen, die während eines nicht dienstlich bedingten Aufenthalts außerhalb des Gastlandes und außerhalb der Europäischen Union im Ausland entstehen, sind nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie bei Behandlung im Gastland oder in der Bundesrepublik Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Dies gilt nicht in den Fällen der Nr. 9.

II. Arbeitnehmer

Sofern in das Ausland entsandte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf Grund von § 6 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften vom 22. Dezember 2000 (GVBl S. 928) noch einen Beihilfeanspruch haben, finden die Regelungen des Abschnitts I mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass sich für diese Beschäftigten der Bemessungssatz für die im Ausland entstehenden, nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen auf 100 v.H. erhöht, wenn sie nach deutschem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder freiwillig versichert sind und einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V erhalten.

Für die bei den Auslandsdienststellen beschäftigten nicht entsandten deutschen und nichtdeutschen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die auf Grund von § 6 Abs. 3 des Gesetzes zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften noch einen Beihilfeanspruch haben, finden die Regelungen des Abschnitts I mit folgenden Maßgaben entsprechende Anwendung:

1. Zu Abschnitt I Nr. 1 (§ 3 Abs. 1 Nr. 2)

Zu Aufwendungen für Kinder kann eine Beihilfe gewährt werden, wenn das Kind bei sinngemäßer Anwendung der für entsandte Bedienstete geltenden Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähig wäre.

2. Zu Abschnitt I Nr. 3 (§ 7 Abs. 4 Nr. 2 sowie Art. 86a Abs. 1 BayBG)

An die Stelle des in dieser Vorschrift genannten Einkommensbetrags tritt der dem ortsüblichen Einkommensniveau entsprechende Betrag für eine vergleichbare Beschäftigung im Inland. In Zweifelsfällen ist das ortsübliche Einkommen für eine der Entgeltgruppe 5 des TV-L vergleichbare Tätigkeit zugrunde zu legen. Ein Kaufkraftausgleich wird nicht vorgenommen.

3. Zu Abschnitt I Nr. 9 (§ 26)

Die Kosten der Beförderung zur Behandlung außerhalb des Landes sind nur dann beihilfefähig, wenn aufgrund einer amts- oder vertrauensärztlichen Stellungnahme außergewöhnliche Gründe dies rechtfertigen und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen vorher dem Grunde nach anerkannt hat, es sei denn, dass eine sofortige Einlieferung in ein Krankenhaus außerhalb des Landes unabweisbar war.

4. Zu Abschnitt I Nr. 10 (§ 27)

Nr. 3 findet entsprechende Anwendung.

5. Zu Abschnitt I Nrn. 12 und 13 (§§ 29, 30)

Zu den Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen werden Beihilfen nicht gewährt.

6. Zu Abschnitt I Nr. 14 (§ 42)

Nr. 3 findet entsprechende Anwendung.

7. Zu Abschnitt I Nr. 15 (§ 46 sowie Art. 86a Abs. 3 Sätze 1 bis 3 BayBG)

Für die nicht entsandten deutschen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die nach deutschem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, erhöht sich der Bemessungssatz für die im Ausland entstehenden, nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen auf 100 v.H..

8. Zu Abschnitt I Nr. 18 (§ 49 Abs. 2)

Abschnitt I Nr. 18 findet keine Anwendung.

Art 86 a

Beihilfe in Krankheits-, Geburts-, Pflege- und sonstigen Fällen

veröffentlicht im Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 26/2006, Seiten 987 ff.
vom 8. Dezember 2006

(1) Beamte, Ruhestandsbeamte, deren versorgungsberechtigte Hinterbliebene sowie Dienstanfänger und frühere Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichen der Altersgrenze entlassen sind, erhalten für sich, den Ehegatten, soweit dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18000 € nicht übersteigt, und die im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder Beihilfen als Ergänzung der aus den laufenden Bezügen zu bestreitenden Eigenvorsorge, solange ihnen laufende Besoldungs- und Versorgungsbezüge zustehen.

(2) ¹Beihilfeleistungen werden zu den nachgewiesenen medizinisch notwendigen und angemessenen Aufwendungen in Krankheits-, Geburts- und Pflegefällen und zur Gesundheitsvorsorge gewährt. ²Beihilfen dürfen nur gewährt werden, soweit die Beihilfe und Leistungen Dritter aus demselben Anlass die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht überschreiten. ³Sind die finanziellen Folgen von Krankheit, Geburt, Pflege und Gesundheitsvorsorge durch Leistungen aus anderen Sicherungssystemen dem Grunde nach abgesichert, erfolgt keine zusätzliche Gewährung von Beihilfeleistungen; Sachleistungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen. ⁴Soweit nur Zuschüsse zustehen, sind diese anzurechnen. ⁵Der Anspruch auf Beihilfeleistungen ist bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt auf Leistungen für Zahnersatz, für Heilpraktiker und auf Wahlleistungen im Krankenhaus. ⁶Aufwendungen für den Besuch schulischer oder vorschulischer Einrichtungen und berufsfördernde Maßnahmen sowie Aufwendungen für einen Schwangerschaftsabbruch, sofern nicht die Voraussetzungen des § 218a Abs. 2 oder 3 des Strafgesetzbuchs vorliegen, sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. ⁷Bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen im Krankenhaus sind nach Anwendung der persönlichen Bemessungssätze folgende Eigenbeteiligungen abzuziehen:

1. wahlärztliche Leistungen:

25 € pro Aufenthaltstag im Krankenhaus,

2. Wahlleistung Zweibett-Zimmer:

7,50 € pro Aufenthaltstag im Krankenhaus,
höchstens für 30 Tage im Kalenderjahr.

(3) ¹Beihilfen werden als Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz) oder als Pauschalen gewährt. ²Der Bemessungssatz beträgt bei Beamten und Richtern 50 v.H., bei Ehegatten sowie bei Versorgungsempfängern 70 v.H., bei Kindern und eigenständig beihilfeberechtigten Waisen 80 v.H. ³Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz eines Beihilfeberechtigten 70 v.H.; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen 70 v.H. ⁴In besonderen Ausnahmefällen kann eine Erhöhung der Bemessungssätze vorgesehen werden. ⁵Die festgesetzte Beihilfe ist um

1. 6 € je Rechnungsbeleg bei ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen, psychotherapeutischen Leistungen sowie bei Leistungen von Heilpraktikern,

2. 3 € je verordnetem Arzneimittel, Verbandmittel und Medizinprodukt,

jedoch nicht mehr als die tatsächlich gewährte Beihilfe zu mindern (Eigenbeteiligung).

⁶Die Eigenbeteiligung unterbleibt

1. bei Aufwendungen für Waisen, für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, und für berücksichtigungsfähige Kinder,
2. für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind,
3. bei Pflegemaßnahmen,
4. bei ärztlich veranlassten Folgeuntersuchungen durch andere Fachärzte, die entsprechend dem jeweiligen Berufsbild selbst keine therapeutischen Leistungen erbringen,
5. bei anerkannten Vorsorgeleistungen und
6. soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seinen berücksichtigungsfähigen Ehegatten zusammen die Belastungsgrenze überschreitet.

⁷Die Belastungsgrenze beträgt 2 v.H. der Jahresdienst- bzw. Jahresversorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag sowie der Jahresrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung. ⁸Für chronisch Kranke im Sinn des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beträgt die Belastungsgrenze 1 v.H., es sei denn, sie haben die wichtigsten evidenzbasierten Untersuchungen nicht regelmäßig in Anspruch genommen oder beteiligen sich nicht hinreichend an einer adäquaten Therapie.

(4) ¹Die obersten Dienstbehörden setzen die Beihilfen fest und ordnen die Zahlung an. ²Sie können diese Befugnisse auf andere Dienststellen übertragen. ³Die Festsetzung und Anordnung der Beihilfe im staatlichen Bereich erfolgt durch das Landesamt für Finanzen; die sonstigen Befugnisse der obersten Dienstbehörden beim Vollzug der Beihilfevorschriften können auf das Staatsministerium der Finanzen übertragen werden. ⁴Abweichungen von Satz 3 Halbsatz 1 sind durch Rechtsverordnung der Staatsregierung zu regeln. ⁵Die Gemeinden, Gemeindeverbände und die sonstigen der Aufsicht des Staates unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts können zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen nach Abs. 1 eine Versicherung abschließen oder sich der Dienstleistungen von Versicherungsunternehmen oder sonstiger geeigneter Stellen bedienen und hierzu die erforderlichen Daten übermitteln; die Zuerkennung der Eignung setzt voraus, dass die mit der Beihilfebearbeitung betrauten Personen nach dem Verpflichtungsgesetz zur Wahrung der Daten verpflichtet werden. ⁶Die mit der Beihilfebearbeitung beauftragte Stelle darf die Daten, die ihr im Rahmen der Beihilfebearbeitung bekannt werden, nur für diesen Zweck verarbeiten und nutzen. ⁷Art. 100a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2, Art. 100b Satz 4, Art. 100d und Art. 100g gelten entsprechend.

(5) ¹Das Nähere hinsichtlich des Kreises der beihilfeberechtigten Personen und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen, des Inhalts und Umfangs der Beihilfen sowie des Verfahrens der Beihilfengewährung regelt das Staatsministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung. ²Insbesondere können Bestimmungen getroffen werden

1. hinsichtlich des Kreises der beihilfeberechtigten Personen und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen über
 - a) Konkurrenzregelungen für den Fall des Zusammentreffens mehrerer inhaltsgleicher Ansprüche auf Beihilfeleistungen in einer Person,
 - b) die Gewährung von Beihilfeleistungen für Ehegatten bei wechselnder Einkommenshöhe und bei individuell eingeschränkter Versicherbarkeit des Kostenrisikos,
 - c) die Beschränkung oder den Ausschluss der Beihilfen für Ehrenbeamte und Beamte, deren Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist,

2. hinsichtlich des Inhalts und Umfangs der Beihilfen über
 - a) die Einführung von Höchstgrenzen,
 - b) die Beschränkung auf bestimmte Indikationen,
 - c) die Beschränkung oder den Ausschluss für Untersuchungen und Behandlungen nach wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methoden,
 - d) den Ausschluss für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, Rauchentwöhnung, Abmagerung und Zügelung des Appetits, Regulierung des Körpergewichts und Verbesserung des Haarwuchses,
 - e) die Beschränkung oder den Ausschluss von Beihilfen zu Aufwendungen, die in Ländern außerhalb der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union erbracht werden,
 3. hinsichtlich des Verfahrens der Beihilfengewährung über
 - a) die elektronische Erfassung und Speicherung von Anträgen und Belegen,
 - b) die Verwendung einer elektronischen Gesundheitskarte entsprechend § 291a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wobei der Zugriff der Beihilfestellen auf Daten über die in Anspruch genommenen Leistungen und deren Kosten zu beschränken ist,
 - c) die Beteiligung von Gutachtern, Beratungsärzten und sonstigen geeigneten Stellen zur Überprüfung der Notwendigkeit und Angemessenheit einzelner geltend gemachter Aufwendungen einschließlich der Übermittlung der erforderlichen Daten, wobei personenbezogene Daten nur mit Einwilligung des Beihilfeberechtigten übermittelt werden dürfen; die Zuerkennung der Eignung setzt voraus, dass die mit der Bewertung betrauten Personen nach dem Verpflichtungsgesetz zur Wahrung der Daten verpflichtet werden,
 - d) die Durchführung der Regelungen zur Belastungsgrenze (Abs. 3 Sätze 7 und 8).
- (6) Die Staatsregierung unterrichtet den Landtag fortlaufend über den Erlass und die geplanten Änderungen der Rechtsverordnung nach Abs. 5 Satz 1.



Informationen zum neuen Beihilferecht in Bayern

Ab dem 1. Januar 2007 gilt für die bayerischen Beamten und Versorgungsempfänger ein eigenständiges Beihilferecht. Die gesetzliche Grundlage findet sich in Art. 86a Bayerisches Beamtengesetz und in der darauf beruhenden Bayerischen Beihilfeverordnung (BayBhV). Den Wortlaut der BayBhV finden Sie demnächst im Internet unter der Adresse www.stmf.bayern.de/download/baybhv.pdf

Dieses Informationsblatt soll Sie über die wesentlichen Änderungen und Neuerungen informieren.

Eigenbeteiligungen

Die bisherigen Eigenbehalte, insbesondere die Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal, die gestaffelten Selbstbehalte für Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel und Fahrtkosten sowie der Abzugsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen werden durch folgende Regelung ersetzt:

Künftig wird für

- jede eingereichte Arztrechnung ein Betrag von 6 Euro und
- jedes verordnete Arzneimittel, Verbandmittel oder Medizinprodukt ein Betrag von 3 Euro von der Beihilfeleistung abgezogen.

Dieser Abzug unterbleibt bei

- Aufwendungen für Waisen, Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und berücksichtigungsfähige Kinder,
- Beihilfeberechtigten und Angehörigen, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind,
- Pflegemaßnahmen,
- ärztlich veranlassten Folgeuntersuchungen von Laborärzten, Radiologen und Pathologen,
- Vorsorgeleistungen.

Erreichen die Abzugsbeträge in der Summe eine Belastungsgrenze von 2 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens beziehungsweise 1 Prozent bei chronisch Kranken, entfallen sie für den Rest des Kalenderjahres.

Auslandsbehandlungen

Krankheitsaufwendungen anlässlich vorübergehender privater Aufenthalte (zum Beispiel Urlaub) in Ländern außerhalb Europas sind künftig von der Beihilfefähigkeit ausgenommen. Der Abschluss einer Auslandskrankenversicherung wird empfohlen.

Zahnärztliche Implantatversorgung

Die bisherige indikationsbezogene Beihilfegewährung wird durch eine zahlenmäßige Obergrenze von zwei Implantaten je Kieferhälfte ersetzt.

Rehabilitationsmaßnahmen (bisher Sanatoriumsbehandlung, Heilkur)

- **Kuren** sind künftig auch für Versorgungsempfänger und Angehörige beihilfefähig.
- **Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen** sind nur beihilfefähig, wenn ein Amts- oder Vertrauensarzt bescheinigt, dass die erforderliche Rehabilitation nicht durch andere Maßnahmen (Kur oder ambulante Rehabilitation) möglich ist. Die Bescheinigung ist bei der Abrechnung vorzulegen. Das bisherige Voranerkennungsverfahren entfällt.
- Die Beihilfefähigkeit für **Anschlussheilbehandlungen** bleibt in bisherigem Umfang bestehen.

Freiwillig Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

Künftig werden **nur noch** Beihilfeleistungen zu Aufwendungen für **Heilpraktiker, Zahnersatz und Wahlleistungen im Krankenhaus** erbracht. Im Übrigen wird auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen verwiesen. Beihilfeberechtigte, die bisher die Möglichkeit der Kostenerstattung in Anspruch genommen haben, erhalten künftig keine Beihilfe zu Differenzkosten mehr.

Übergangsregelung für studierende Kinder

Mit dem Steueränderungsgesetz 2007 wird die Altersgrenze für den Bezug von Kindergeld vom 27. auf das 25. Lebensjahr herabgesetzt. Kinder zählen damit künftig bereits ab Vollendung des 25. Lebensjahres nicht mehr zum Kreis der berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Da Studenten zu Beginn des Studiums die Art ihres Krankenversicherungsschutzes für die Dauer des Studiums unwiderruflich festlegen müssen, werden in der Beihilfe **Kinder, die im Wintersemester 2006/2007 bereits immatrikuliert waren, weiterhin bis zum 27. Lebensjahr** (gegebenenfalls verlängert um Zeiten eines Wehr- oder Ersatzdienstes) **berücksichtigt**.

Rücksendung von Belegen

Da zur Geltendmachung der Beihilfe die Vorlage von Duplikaten ausreichend ist (Ausnahme: Todesfall), werden die bei der Beihilfestelle eingereichten **Belege** künftig nach Ablauf der Rechtsbehelfsfristen **vernichtet**. Sie werden nur auf ausdrücklichen Wunsch, gegen Berechnung des Portomehrbetrages, zurückgegeben.

Zuordnung der Aufwendungen für Kinder bei Beamten-ehepaaren

Die Aufwendungen für Kinder werden künftig dem **Elternteil** zugeordnet, der den entsprechenden kinderbezogenen **Anteil im Familienzuschlag erhält**. Daher müssen für Kinder künftig keine Originalbelege mehr vorgelegt werden, was eine gleichzeitige Beantragung von Leistungen der Beihilfe und der Krankenversicherung möglich macht. In Ausnahmefällen können die Eltern eine hiervon abweichende Zuordnung treffen.

Bei weitergehenden Fragen hilft Ihnen Ihre Beihilfestelle gerne weiter.

Eine Information des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen, Abteilung Personal und öffentliches Dienstrecht, Odeonsplatz 4, 80539 München, www.stmf.bayern.de



Bayerisches Staatsministerium der Finanzen · Postfach 22 00 03 · 80535 München

Bayer. Staatskanzlei

Bayer. Staatsministerium des Innern

Oberste Baubehörde im Bayer. Staatsministerium des Innern

Bayer. Staatsministerium der Justiz

Bayer. Staatsministerium für Unterricht und Kultus

Bayer. Staatsministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst

Bayer. Staatsministerium für Wirtschaft, Infrastruktur, Verkehr und Technologie

Bayer. Staatsministerium für Landwirtschaft und Forsten

Bayer. Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Bayer. Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

nachrichtlich:

Bayer. Oberster Rechnungshof

Bayer. Landtag, Landtagsamt

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom

Bitte bei Antwort angeben
Unser Zeichen, Unsere Nachricht vom
25-P 1820-0740-42534/06

München, 6. November 2006

Durchwahl: 089 2306-2494

Telefax: 089 2306-2817

Name: Herr Weigel

Steueränderungsgesetz 2007 – Auswirkungen auf die Beihilfe

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem Steueränderungsgesetz 2007 wird die Altersgrenze für den Bezug von Kindergeld grundsätzlich vom 27. auf das 25. Lebensjahr herabgesetzt werden. Dies führt auch zu entsprechenden Konsequenzen im Bereich der Beihilfe. Denn Kinder eines Beihilfeberechtigten können nur dann als berücksichtigungsfähige Angehörige

berücksichtigt werden, wenn sie auch im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz (BBesG) berücksichtigt werden. Dies ist der Fall, wenn für sie Anspruch auf Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder nach dem Bundeskindergeldgesetz besteht.

Diese Neuregelung ist besonders für studierende Kinder von Bedeutung. Studenten unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie können sich jedoch auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen und sich im Rahmen des Beihilfesystems und der privaten Krankenversicherung absichern. Die Befreiung kann nicht widerrufen werden und gilt für die gesamte Dauer des Studiums (§ 8 Abs. 2 SGB V).

Bei Kindern, die bereits ein Studium aufgenommen haben, besteht damit die Gefahr, dass ein ausreichender Krankenversicherungsschutz zu vertretbaren Beiträgen nicht mehr gewährleistet ist.

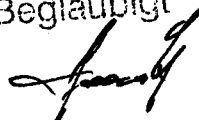
Um diese Härten für diese Kinder zu vermeiden, wird die Bayer. Beihilfeverordnung (BayBhVO) eine entsprechende Übergangsregelung enthalten. Danach sind Kinder, die im Wintersemester 2006/2007 an einer Hoch- oder Fachhochschule eingeschrieben sind, weiterhin berücksichtigungsfähig, solange die in § 32 Abs. 4 und 5 EStG in der bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen gegeben sind. Diese Zuordnung zum Kreis der berücksichtigungsfähigen Angehörigen bewirkt ggf. auch die Aufrechterhaltung eines erhöhten Bemessungssatzes von 70 v.H. für den Beihilfeberechtigten selbst.

Mit freundlichen Grüßen

Wilhelm Hüllmantel
Ministerialdirigent



Beglaubigt

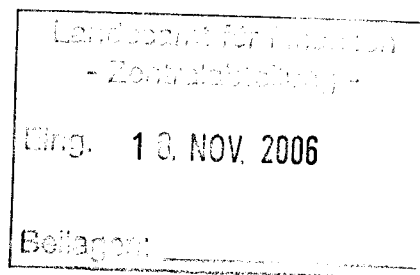

BHW

GZ: 25-P 1820-0740-42534/06

Abdruck an

Landesamt für Finanzen
– Leitstelle Personalnebenleistungen –
93041 Regensburg

Landesamt für Finanzen
Zentralabteilung
97010 Würzburg



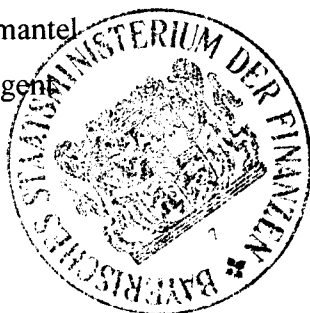
mit der Bitte um Kenntnisnahme.

München, 6. November 2006

Bayerisches Staatsministerium der Finanzen

Wilhelm Hüllmantel

Ministerialdirigent





Straubing, Dezember 2005

Wichtige Information

für die Beschäftigten der Bayer. Polizei und der Versorgungsempfänger (ehemalige
Polizeibeamte) zur Bearbeitung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen

Für die Festsetzung Ihrer Beihilfe ist auch weiterhin das Landesamt für Finanzen - Bearbeitungsstelle Straubing - zuständig.

**Anträge und Anfragen bezüglich Beihilfe richten Sie bitte unmittelbar
an das Landesamt für Finanzen - Bearbeitungsstelle Straubing**

Postanschrift:	Landesamt für Finanzen - Bearbeitungsstelle Straubing - Postfach 664 94306 Straubing
Dienstgebäude Straubing: E-mail:	Hirschberger Ring 38 Tel.: 0941 - 5044 - Nbst. 0941 - 5044 - 111 Fax: 0941 - 5044 - 800 poststelle@lff-r.bayern.de

Sie werden gebeten, Beihilfeanträge und Anfragen nur an die zuständige Beihilfestelle des Landesamtes für Finanzen - Bearbeitungsstelle Straubing - zu richten. Die für Sie zuständigen Sachbearbeiter, die Telefonnummer sowie die Anschrift können Sie dem aktuellen Beihilfebescheid entnehmen.

Bitte senden Sie Ihre Beihilfeanträge nicht an eine Bezügestelle Besoldung oder Versorgung, dies verzögert den Eingang Ihres Antrages bei der zuständigen Beihilfestelle in Straubing.

Die Beihilfestelle Straubing ist stets bemüht, alle Beihilfeangelegenheiten rasch und reibungslos zu erledigen.

Ihre
Beihilfestelle

Information für Beihilfeberechtigte

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Beihilfestelle ist bemüht, Ihre Anträge so schnell wie möglich zu bearbeiten. In Zeiten mit erhöhten Antragseingängen (insbesondere Januar) sowie in den Urlaubsmonaten kann es zu Verzögerungen kommen.

Sie können jedoch selbst mithelfen, auch in diesen Zeiten die Bearbeitung Ihres Antrages zu beschleunigen, indem Sie

- X im **Januar** Beihilfeanträge nur stellen, soweit dies unbedingt erforderlich ist (z.B. zur Wahrung der Antragsfrist von einem Jahr ab Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung nach § 17 Abs. 9 der Beihilfevorschriften - BhV);
- X **Besuche und Anrufe** auf die jeweiligen Sprechzeiten (siehe Beihilfebescheid) beschränken;
- X **Rückfragen** über den Bearbeitungsstand auf das notwendige Maß beschränken. Ihre Beihilfestelle bearbeitet die Anträge nach dem Eingangsdatum. Beachten Sie, dass die Laufzeit der Dienstpost z.T. deutlich länger ist als ein Versand über Postdienste. Bei postalischem Versand gehen Ihre Anträge i.d.R. schneller bei der Beihilfestelle ein und können entsprechend früher bearbeitet werden;
- X auf Ihrer Postsendung deutlich „Bezügestelle Beihilfe“ vermerken, sowie auf Ihrem Beihilfeantrag oben links das vollständige **Geschäftszeichen** (siehe letzter Beihilfebescheid) angeben, den Antrag unterschreiben und für evtl. Rückfragen stets Ihre Telefonnummer angeben.

Tipps für die Antragstellung

- Ein Antrag auf Beihilfe ist erst ab einer Rechnungssumme von 200 € möglich bzw. wenn die Aufwendungssumme aus 10 Monaten 15 € übersteigt (vgl. § 17 Abs. 2 BhV). Die Antragsfrist (siehe oben) ist zu beachten.
- Die beihilferechtlichen Formblätter (Antrag, Zusammenstellung der Aufwendungen, Antrag auf Abschlagszahlung, Vollmachtserklärung und Unfallanzeige) können Sie jetzt auch im Bayerischen Behördennetz sowie im Internet abrufen, ausfüllen sowie privat abspeichern.
Bayer. Behördennetz: www.bybn.de/lff
Internet: www.bayern.de/lff
- Beihilfezahlungen erfolgen nur noch auf das **Bezügekonto**. Lediglich in besonders zu begründenden Ausnahmesituationen können Sie eine Überweisung auf ein Drittkonto beantragen. Hierzu muss gegenüber der Beihilfefestsetzungsstelle das Vorliegen einer besonderen Ausnahmesituation unter Angabe des Zahlungsempfängers sowie dessen Bankverbindung dargelegt werden.
- Sofern Aufwendungen für einen stationären Krankenhausaufenthalt geltend gemacht werden, soll eine schriftliche Erklärung abgegeben werden, ob für diese Behandlung wahlärztliche Leistungen vereinbart wurden. Zur Vermeidung von Rückfragen wird gebeten, die Wahlleistungsvereinbarung in Kopie dem Beihilfeantrag beizulegen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Beihilfestelle

Information für pflichtversicherte Arbeitnehmer

Begrenzung der Beihilfefähigkeit bestimmter zahnärztlicher Leistungen bei pflichtversicherten Arbeitnehmern mit Anspruch auf Beihilfe (vgl. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen vom 07. Februar 2005, veröffentlicht im Staatsanzeiger Nr. 7 vom 18. Februar 2005)

Mit dem Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3445) wurde die im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) ab 1. Januar 2005 vorgesehene Neuregelung beim Zahnersatz teilweise rückgängig gemacht bzw. auf den Zeitpunkt 1. Juli 2005 verschoben.

Aufgrund dieser Gesetzesänderungen ist bei pflichtversicherten Arbeitnehmern, die nach der Übergangsregelung des § 6 Abs. 3 des Gesetzes vom 22.12.2000 (GVBl. S. 928) noch zum Kreis der beihilfeberechtigten Arbeitnehmer zählen, bei der Abrechnung zahnärztlicher Leistungen künftig wie folgt zu verfahren:

1. Aufwendungen für zahnprothetischen Maßnahmen, die vor dem 01.07.2005 begonnen wurden

Die Aufwendungen werden im Rahmen der Beihilfevorschriften als beihilfefähig anerkannt. Die gewährten Leistungen (Zuschüsse) der gesetzlichen Krankenkasse sind auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen; dabei gelten stets die auf 65 v. H. erhöhten Zuschüsse als gewährte Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse (vgl. insoweit auch § 5 Abs. 3 Satz 2 BhV).

2. Aufwendungen für Maßnahmen, die im Zusammenhang mit zahnprothetischen Leistungen nach dem 30.06.2005 durchgeführt werden

- 2.1 Im Hinblick auf die gesetzliche Neuregelung beim Zahnersatz durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 (BGBl. I S. 2190) und das Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3445) werden Aufwendungen für zahnprothetische Maßnahmen, die nach dem 30.06.2005 begonnen werden, nur noch im Rahmen der §§ 55, 56 SGB V (Regelversorgung) als beihilfefähig anerkannt. Die gewährten Leistungen (Festzuschüsse) der gesetzlichen Krankenkasse sind auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen; dabei gelten stets die nach § 55 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V auf 65 v. H. erhöhten Festzuschüsse als gewährte Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse. Mehrkosten, die sich ergeben, weil ein über die Regelversorgung hinausgehender gleichartiger Zahnersatz gewählt (§ 55 Abs. 4 SGB V) oder eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird (§ 55 Abs. 5 SGB V), sind nicht beihilfefähig.

- 2.2 Aufwendungen für implantologische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen im Sinne von § 28 Abs. 2 SGB V sind nicht beihilfefähig.

3. Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass bei Zahnfüllungen eine über die vertragszahnärztlichen Richtlinien hinausgehende Versorgung gewählt wird (insb. Edelmetall- und Keramikfüllungen) sind weiterhin nicht beihilfefähig, da die zahnärztliche Versorgung von Kavitäten mit Füllungen als Sachleistung gilt. Die Mehrkosten hat der Beihilfeberechtigte selbst zu tragen.

Anhang 1
(zu VB-Nummer 8 zu § 5 Abs. 1 BhV)

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 aufwendige 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 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 vom Hundert.

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 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 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 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 den 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	Punkt- zahl	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 Signalmittlung 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 Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (zukünftig Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie). Der Zeitaufwand für die Auswertung der Videodokumentation beträgt durchschnittlich zwei Stunden. Ist er im konkreten Fall deutlich niedriger oder deutlich höher, ist dies beim Ansatz des Steigerungsfaktors zu berücksichtigen.	684 plus 687	1200 plus 1500	69,94 plus 87,43
A 795	Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EKG- und Blutdruckregistrierung	648	605	35,26

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punkt- zahl	Gebühr €
A 796*	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad/- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	650*	152	8,86
A 888	Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus dem dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	887	200	11,66
A 1006*	Gezielte weiterführende sonographische Untersuchung zur differenzialdiagnostischen Abklärung und/oder der Überwachung bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 GOÄ erhobenem Verdacht auf pathologische Befunde (Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation auf Grund der Genetik, Anamnese oder einer exogenen Noxe). <i>Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1cII.2 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung.</i> <i>Die weiterführende sonographische Diagnostik kann gegebenenfalls mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf berechnet werden.</i> <i>Im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung ist die Berechnung auch häufiger möglich.</i> <i>Das zur Untersuchung genutzte Ultraschallgerät muss mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügen.</i>	5373*	1900	110,75
A 1007	Farbkodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung eines Fetus einschließlich Bilddokumentation bei Verdacht auf Fehlbildung oder Erkrankung des Fetus, einschließlich eindimensionaler Doppler-echokardiographischer Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, gegebenenfalls einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode). <i>Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung.</i> <i>Die Doppler-Echokardiographie kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nr. A1006 und A1008 berechnet werden.</i>	424 plus 404 plus 406	700 plus 250 (Einfach- satz) plus 200 (Einfach- satz)	40,80 plus 14,57 plus 11,66

A 1008	<p>Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplex-Verfahren bei Verdacht auf Gefährdung oder Schädigung des Fetus, gegebenenfalls farbkodiert und/oder direktionale Doppler-sonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse.</p> <p><i>Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung.</i></p> <p><i>Die Duplex-sonographische Untersuchung nach A1008 kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nr. 415, A1006 und A1007 berechnet werden.</i></p> <p><i>Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nr. A1006, A1007 und A1008 entsprechend der Anzahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Voraussetzung für das Erbringen der Leistungen nach Nr. A1006, A1007 und A1008 ist das Vorliegen der Qualifikation zur Durchführung des fetalen Ultraschalls im Rahmen der Erkennung von Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und Erkrankungen des Fetus nach der jeweils für die Ärztin/den Arzt geltenden Weiterbildungsordnung.</i></p>	689	700	40,80
A 1157	<p>Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschallsicht</p>	1158	739	43,07

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punkt- zahl	Gebühr €
A 1387	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschließlich Glaskörper-Tamponade, ggf. einschließlich Membran-Peeling. <i>Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut und Glaskörper berechnungsfähig.</i>	2551	7500	437,15
A 1387.1	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen und/oder therapierefraktärem Glaukom und/oder submakulärer Chirurgie, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie, Buckelchirurgie, Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling, ggf. einschließlich Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschließlich Retinotomie, ggf. einschließlich Daunomycin-Spülung, ggf. einschließlich Zell-Transplantation, ggf. einschließlich Versiegelung eines Netzhautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschließlich weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z. B. Pigmentgewinnung und -implantation). <i>Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.</i> Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 1387.1: <i>Die Ausschlussbestimmungen bei den 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 den 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. die Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.</i>	2551 plus 2531	7500 plus 7500	437,15 plus 437,15
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 Bezugs-kurve	4462*	230	13,41

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punkt- zahl	Gebühr €
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 berücksichtigten.</i></p>	5378	1000	58,29
A 5860	<p>Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske -, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners.</p> <p><i>Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.</i></p> <p><i>Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Akustikusneurinom, Hypophysenadenom, Meningeom, Arteriovenöse Malformation, medikamentös oder operativ therapierefraktäre Trigeminusalgiesie, 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

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punkt- zahl	Gebühr €
A 7001	Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z. B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit Zu diesen Untersuchungen zählen beispielsweise Sehschärfenprüfungen mittels Preferential Looking, die Untersuchung des Interferenzvisus und die Untersuchung des Crowding-Phänomens.	1225	121	7,05
A 7002	Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennverfahren Die Untersuchung nach Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung, und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200, berechnet werden.	1200	59	3,44
A 7003	Quantitative Aniseikoniemessung, ggf. einschließlich qualitativer Aniseikonieprüfung	1226	182	10,61
A 7006	Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung	1227	248	14,46
A 7007	Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6	825	83	4,84
A 7008	Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation je Auge	1249	484	28,21
A 7009	Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, 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 für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung	410 420	200 80	11,66 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

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punkt- zahl	Gebühr €
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 Zyκλο-Deviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen, einschließlich Kopfneige-Test	1217	242	14,11
A 7025	Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retro-äquatorialer Myopexie (sog. Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel	1376	1480	86,27
A 7026	Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse	1326	1110	64,70
	<i>Eine Berechnung der Nr. 7026 neben einer Katarakt-Operation, z. B. nach den Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in der gleichen Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (z. B. der subluxierten Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.</i>			
A 7027	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation	1368	3030	176,61
A 7028	Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer	1217	242	14,11
A 7029	Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung	1366	1110	64,70

* Reduzierter Gebührenrahmen

1.7.2 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 der 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 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 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. Beschluss des Verwaltungsgerichtshofes Baden-Württemberg 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.

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 diesbezüglicher Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 BhV.

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

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 O 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. Dazu hat das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium 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 der 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 Durchführung mehrerer Einzelmaßnahmen an einem Behandlungstag kann die Gebühr nach Nr. 203 GOZ nur einmal in Ansatz gebracht und damit als beihilfefähig anerkannt werden (vgl. Urteil des VG Augsburg vom 21.09.2000 - Au 2 K 99.1110 - und Beschluss des Bayer. VGH vom 19.12.2000 -3 ZB 00.3216 – sowie das Urteil des Bayer. VGH 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. Die 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 den Nrn. 215 bis 217 GOZ. Daneben können Gebühren nach den Nrn. 227, 228 oder 202 GOZ nicht berechnet werden (vgl. Urteil des BGH 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 die Nr. 413 GOZ analog als Komplexgebühr oder die 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 der Nr. 504 GOZ ist die Nr. 508 GOZ nicht berechenbar. Der Sekundärteil einer Teleskopkrone ist kein Verbindungselement im Sinne der Nr. 508 GOZ (vgl. u. a. Urteil des BVerwG vom 30.05.1996 – 2 C 10.95).
- 2.5.7 Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums für kieferorthopädische Behandlungen nach den 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 (vgl. Rundschreiben des BMI vom 19.05.1988, GMBI. S. 311).
- Die Leistungen nach den 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. Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes 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 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 Gebührenverzeichnisses der GOZ (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) berechnet werden. Bei umfangreichen bzw. aufwändigen Maßnahmen ist eine beihilferechtliche Anerkennung nach den Vorgaben der Nr. 3 der Anlage 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 möglich.
- 2.5.10 Nummer 3 GOÄ ist neben Nummer 001 GOZ berechnungsfähig, da es sich einerseits um eine (reine) Beratungs-, andererseits um eine Untersuchungsgebühr handelt; die Abrechnungsbestimmung zu Nummer 3 GOÄ ist jedoch zu beachten.
- 2.5.11 Nummer 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 der 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 den Nrn. 409, 410 GOZ oder neben der 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

Die 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 die 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 die 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

Die Nrn. 229, 231 und 511 GOZ sind für die Abnahme und Wiederbefestigung bedingt abnehmbarer Suprakonstruktionen berechnungsfähig. Müssen zusätzlich am Implantatkörper Sekundärteile ausgetauscht werden, so ist die 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 der Nr. 905 GOZ ist pro Implantatpfiler und je Sitzung bei einem Wechselvorgang oder Austausch einmal berechenbar.

Die 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 die Nr. 508 GOZ in Verbindung mit der 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 § 5 Abs. 1 Satz 3 BhV. Danach sind derartige Aufwendungen angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des GebüH (herausgegeben 1985, Neuauflage in Euro zum 01. Januar 2002), jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen. Eine Leistungsübersicht des GebüH und die beihilfefähigen Höchstbeträge sind in Nr. 2.2 aufgeführt. Erläuternd ist dabei anzumerken:

- a) Wenn unter einer GebüH-Nr. verschiedene Leistungen aufgeführt sind, die in der GOÄ mit unterschiedlichen Gebühren bewertet werden, ist der beihilfefähige Betrag in der Reihenfolge der Leistungsaufzählung untergliedert in A, B etc..
- b) In die GOÄ nicht aufgenommene Leistungen wurden - soweit möglich - analog bewertet oder mit Anmerkungen versehen, die z.B. auf die wissenschaftlich nicht allgemeine Anerkennung nach § 6 Abs. 2 BhV 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

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 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 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, Verbandsspray, 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

A		Elektrobäder	37.4 - 5
Aderlass	26.2	Enzymdiagnostik	12.14
Aerosolanwendung	23	Erstuntersuchung	1
Akupunktur	21	Erythrozytenzählung	12.11
Aknepusteln, Entfernung von	31.2	F	
Atemtherapie	20.1	Fangopackungen	38.1
Attest	11	Fontanellen, Setzen von	27.7
Augenhintergrundspiegelung	14.2	G	
Augenvordergrunduntersuchung	14.1	Gefäßdoppler-Untersuchung	14.10
Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes	3	Grundumsatzbestimmung nach Read	14.3
B		Grundumsatzbestimmung mittels Atmungsuntersuchung	14.4
Bäder, medizinische	36	H	
Baunscheidt-Behandlung	27.11	Hämoglobinbestimmung	12.9
Begasung von Extremitäten	30.2	Harnuntersuchung	12.1 - 4
Beratung	5	Hausbesuch	9
Beratung außerhalb der Sprechstunde	6	Hausbesuch als Eilbesuch	9.2
Beratung an Sonn- und Feiertagen	8	Hausbesuch bei Tag	9.1
Beratung bei Nacht	7	Hausbesuch nachts und sonntags	9.3
Bestrahlungen	39.1 - 2	Hausbesuch, Nebengebühren	10
Biersche Stauung	27.12	Hautwiderstandsmessung	16.4
Bindegewebsmassage	20.3	Heilmagnetische Behandlungen	18.1 - 2
Bioelektronische Diagnostik	16.3	Heißluftbäder	37.1 - 3
Blutausstrichdifferenzierung	12.10	Herz-Kreislaufuntersuchungen	14.9
Blutegelbehandlung	27.1	Homöopathie, klassische, Reper- torisation	2
Blutentnahme	26.1	HOT-Behandlung	25.11
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	12.12	Hydrotherapeutische Anwendungen	36
Blutstatus	12.7	I	
Blutuntersuchungen, sonstige	13	Infiltration, paravertebrale	28
Blutwäsche	25.11	Infusion	25.7 - 8
Blutzuckerbestimmung	12.8	Inhalation	22
C		Injektion	25
Cantharidenpflasterbehandlung	27.8	K	
Carcinochrom-Reaktion	12.5	Kirlian-Fotografie	15.1
Chemische Untersuchung	12.13	Kneipp'sche Anwendungen	36.4
Chemische Untersuchung, aufwändig	12.14	Krankheitsbescheinigung	11.1 - 2
Chemogramm	12.13	Kristallographie	12.15
Chiropraktik	34.1 - 2	Kurplan/Diätplan	11.3
D		L	
Diätplan	11.3	Leukozytenzählung	12.11
E		Lichtbäder	39.1 - 2
Eigenblutinjektion	24.1	Lungenkapazität, Prüfung der	14.5
Eigenharninjektion	24.2	Lymphdrainage	20.6
Einreibungen zur Therapie	20.8		
EKG	14.6 - 7		
Elektroneuraldiagnostik	16.1		
Elektrophysikalische Methoden	39		

M		Reiztherapie, Intrakutane	25.4
		Repertorisation, klass.Homöopathie	2
Magnetfeldtherapie	39.10	Roedersche Behandlung	29
Massagen	20		
Medico-mechanische Apparate, Beh.	20.7	S	
Mikroskopische Untersuchungen	12.13	Sauerstoffinhalation	23
N		Saugapparate, Behandlung mit	27.6
Nervenpunktmassage	20.2	Segmentdiagnostik	16.2
Neuraltherapie	25.6	Skarifikation der Haut	27.2
Neurologische Untersuchungen	17	Sondermassagen	20.6
		Spirometrische Untersuchungen	14.5
		Sprachstörungen, Behandlung von	19.7
O		Sch	
Ohrspülung	30.1	Schlenzbäder und -packungen	36.1/38.4
Osteopathie	35.1 - 6	Schrägbettbehandlung	20.6
Oszillogramm-Methoden	14.8	Schriftliche Auslassungen	11
Ozoninjektion	25.9 - 10	Schröpfen	27.3 - 4
P		T	
Paravertebrale Infiltration	28	Teilmassage	20.4
Paraffin-Packungen	38.2 - 3		
Pflasterverbände	33.2	U	
Photoaufnahmen zur Diagnose	15.1 - 2	Ultraschallbehandlungen	39.13
Photometrie	12.15	Untersuchung, eingehende	1
Prießnitzpackungen	38.4	Unterwassermassage	20.6
Psychotherapeutische Behandlungen	19.1 - 8	Urinuntersuchung	12.1 - 4
Pustulieren	27.10		
Q		V, W	
Qaddelbehandlung	25.4	Verbände	33
		Wiederholungsverordnung	3
R		Wundversorgung	32
Reizstromtherapie	39.12		

3.2 Leistungsübersicht des GebüH und beihilfefähige Höchstbeträge gemäß § 5 Abs. 1 Satz 3 BhV

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
1 - 10	Allgemeine Leistungen			
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,30 bis 20,50	12,30	
2	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie	15,40 bis 41,00	15,40	
3	Kurze Information , auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung , als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Heilpraktikers	bis 4,50	3,20	
4	Eingehende Beratung , die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 4 wird nur als alleinige Leistung von der privaten Krankenversicherung oder Beihilfe erstattet.</i>	16,40 bis 22,00	16,40	
5	Beratung , auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 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	14,80	
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 Nummern 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	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
9	Hausbesuch einschließlich Beratung			
9.1	bei Tag	21,50 bis 29,50	21,50	
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	
10	Nebengebühren für Hausbesuche			siehe § 8 und § 9 GOÄ
	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 bis zu 2 Kilometer von der Praxis entfernt, dann beträgt das Wegegeld :			
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag	bis 5,50		
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht	bis 10,50		
	Das Wegegeld wird ersetzt bei einer Entfernung von 2 bis 25 Kilometern :			
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 Benutzung des eigenen Fahrzeuges für den zurückgelegten Kilometer:			
10.5	bei Tag	bis 1,25		
10.6	bei Nacht	bis 2,50		
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung 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		
	Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.			

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden 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		
11	Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen			
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	9,40	
12	Chemisch-physikalische Untersuchungen			
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	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 VB-Nummer 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
12.7	Blutstatus (nicht neben Nr. 12.9, 12.10, 12.11)	bis 18,00	12,10	
12.8	Blutzuckerbestimmung	bis 8,00	2,70	
12.9	Hämoglobinbestimmung	bis 5,50	4,10	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	bis 7,70	7,70	
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	bis 5,50	A 4,10 B 1,40	GOÄ-Nummer 3550 GOÄ-Nummer 3551
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	bis 6,00	4,10	

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
12.13 ⁾	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung	bis 9,50	6,70	
12.14 ⁾	Aufwändige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang (z.B. Enzymdiagnostik, Nierenchemie, Blutserumchemie, Stuhlchemie, Elektrolyse, Elektrophorese, Fermentchemie, pro Einzeluntersuchung)	bis 10,50	8,10	gilt abschließend auch für sonstige Laborleistungen; eine analoge Heranziehung des Abschnitts M der GOÄ ist nicht zulässig.
12.15 ⁾	Kristallographie, Photometrie, pro Einzeluntersuchung	bis 10,50	5,40	Kristallographie nicht beihilfefähig; vgl. VB-Nummer 1 zu § 6 Abs. 2 BhV.
	⁾ Anmerkung: Die Art der Untersuchung bei Ziff. 12.13, 12.14 oder 12.15 ist anzugeben.			
13	Sonstige Untersuchungen			
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. Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.	10,50 bis 31,00	8,10	
14	Spezielle Untersuchungen			
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes	5,20 bis 10,50	5,20	
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden. Leistungen nach Nummer 14.1 und 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.	5,20 bis 10,50	5,20	
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,20 bis 8,00	5,20	nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 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	8,00	
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	26,00 bis 51,50	26,00	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	20,50 bis 31,00	A 16,00 B 20,50	GOÄ-Nummer 650; bis zu 8 Ableitungen GOÄ-Nummer 651; ab 9 Ableitungen
14.8	Oszillogramm-Methoden	5,20 bis 25,50	5,20	
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung zu Nummer. 14.9: Nicht neben Nummer 1 oder 4 berechenbar.</i>	10,50 bis 25,50	9,80	
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zur peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessung	bis 11,30	11,30	
15	Photoaufnahmen			nicht beihilfefähig; nach § 4 Abs. 3 GOÄ nicht gesondert berechenbar, da Kosten mit der Gebühr der Grundleistung abgegolten sind.
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>			
16	Bioenergetische Verfahren			
16.1	Elektroneural-Diagnostik	10,50 bis 26,00		nicht beihilfefähig; vgl. VB-Nummer 1 zu § 6 Abs. 2 BhV.
16.2	Segmentdiagnostik, Maximaldiagnostik u.a.	5,20 bis 20,50	5,20	nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird. Nicht neben Nummer 1 und 4 berechenbar
16.3	Bioelektrische Funktionsdiagnostik	15,50 bis 41,00		nicht beihilfefähig; vgl. VB-Nummer 1 zu § 6 Abs. 2 BhV.
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 (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird. Nicht neben Nummer 1 und 4 berechenbar

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
17	Neurologische Untersuchungen			
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 Nummer 1 und 4 erstattungsfähig
18 - 23	Spezielle Behandlungen			
18	Heilmagnetische Behandlungen			nicht beihilfefähig; vgl. VB-Nummer 1 zu § 6 Abs. 2 BhV
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		
19	Psychotherapie			nicht beihilfefähig gemäß Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV
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 Sprechlehreurse, 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		

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
20	Atemtherapie, Massagen			Beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	13,00 bis 31,00	9,00	
20.2	Nervenpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u.a. Spezialnervenmassage	8,00 bis 15,50	6,90	
20.3	Bindegewebsmassage	8,00 bis 20,50	6,90	
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	5,50 bis 10,50	4,80	
20.5	Großmassage	10,50 bis 18,00	6,90	
20.6	Sondermassagen (Unterwasserdruckstrahlmassage, Lymphdrainage, Schrägbettbehandlung u.a.)	10,50 bis 20,50	A 9,90 B 6,90 C 6,90	GOÄ-Nummer 527 GOÄ-Nummer 523 GOÄ-Nummer 516
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	10,50 bis 26,00	7,40	
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	5,50 bis 8,00	4,80	
21	Akupunktur			
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 VB-Nummer 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen.
22	Inhalationen			
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaturen in der Sprechstunde ausgeführt werden	5,50 bis 13,00	4,00	
23	Aerosole			
23.1	Anwendung von Aerosolen mit Kompressor, Pressluft- bzw. Sauerstoffapparat	5,20 bis 15,50	5,20	soweit nicht nach VB-Nummer 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen.
24 - 30	Blutentnahme - Injektionen - Infusionen - Hautableitungsverfahren			
24	Eigenblut			soweit nicht nach VB-Nummer 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen.
24.1	Eigenblutinjektion	10,30 bis 13,00	10,30	
24.2	Eigenharninjektion	5,20 bis 13,00	5,20	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
25	Injektionen, Infusionen			
25.1	Injektion, subkutan	bis 5,20	5,20	
25.2	Injektion, intramuskulär	bis 5,20	5,20	
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	bis 7,70	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	8,70	
25.8	Dauertropfinfusion <i>Anmerkung: Für die bei Infusionen ggf. eingebrachten Medikamente werden nur die nachweisbaren Eigenkosten, unter Angabe von Art und Menge der verbrauchten Präparate, von den Leistungsträgern erstattet.</i>	bis 12,80	12,80	
25.9	Gasgemischinjektionen (z.B. Ozon oder Sauerstoff), intramuskulär	7,70 bis 13,00	7,70	soweit nicht nach VB-Nummer 2 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
25.10	Gasgemischinjektionen, intraarteriell	13,00 bis 26,00	10,80	
25.11	HOT-Behandlung (Hämatogene Oxydationstherapie)	26,00 bis 51,50	nicht beihilfefähig; vgl. VB-Nummer 1 zu § 6 Abs. 2 BhV	
26	Blutentnahmen			
26.1	Blutentnahme	bis 3,60	3,60	
26.2	Aderlass	bis 12,80	12,80	
27	Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren			
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschl. Verband	10,50 bis 31,00	5,90	
27.2	Skarifikation der Haut	5,50 bis 10,50	4,70	
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,20 bis 8,00	5,20	
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	10,50 bis 20,50	5,90	
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	5,90	
27.7	Setzen von Fontanellen	5,20 bis 15,50	5,20	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,20 bis 10,50	5,20	
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 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	
28	Infiltrationen			
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	
29	Roedersches Verfahren			
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	8,00 bis 15,50	5,90	
30	Sonstiges			
30.1	Spülung des Ohres	8,00 bis 15,50	6,10	
30.2	Anwendung der Beutelbegasung für ganze Extremitäten mit Ozon oder Sauerstoff	10,30 bis 36,00	10,30	soweit nicht nach VB-Nummer 2 zu § 6 Abs. 2 ausgeschlossen
31	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes			
31	Abszesse u.a.			
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	
32	Versorgung einer frischen Wunde			
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	
33	Verbände (außer zur Wundbehandlung)			
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	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
34	Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung			
34.1	Chiropraktische Behandlung	10,50 bis 18,00	5,00	
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	
35	Osteopathische Behandlung			
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	
35.6	einzelner Finger und Zehen	5,20 bis 13,00	5,20	
36	Hydro- und Elektrotherapie			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
	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	4,90	
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	7,70 bis 23,00	7,70	
36.4	Kneippsche Güsse	5,50 bis 8,00	4,90	
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
37.1	Teilheißluftbad, z.B. Kopf oder Arm	5,50 bis 8,00	3,50	
37.2	Ganzheißluftbad, z.B. Rumpf oder Beine	8,00 bis 10,50	5,40	
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,20 bis 10,50	5,40	
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	8,00 bis 13,00	4,90	
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	7,70 bis 13,00	7,70	

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	€	Beihilfefähiger Betrag bis zu ... €	Bemerkungen
38	Spezialpackungen			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
38.1	Fangopackungen	8,00 bis 15,50	3,70	
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	8,00 bis 15,50	3,70	
38.3	Paraffinganzpackungen	10,50 bis 23,00	3,70	
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder und Packungen evtl. unter Verwendung verschiedener Apparate werden nach vergleichbaren Positionen berechnet.</i>	10,50 bis 31,00	3,70	
39	Elektro-physikalische Heilmethoden			beihilfefähig (außer Nr. 39.10), wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
39.1	einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	5,50 bis 8,00	3,30	
39.2	Ganzbestrahlungen	7,70 bis 10,50	7,70	
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	5,50 bis 15,50	5,10	
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	5,50 bis 10,50	5,10	
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	5,50 bis 8,00	4,20	
39.7	Verschorfung 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	3,90	
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	8,00 bis 18,00	3,90	
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	10,50 bis 20,50		nicht beihilfefähig; vgl. VB-Nummer 2 zu § 6 Abs. 2.BhV
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlungen (je nach Aufwand und Dauer)	5,50 bis 31,00	5,10	
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z.B. Jono-Modulator	5,50 bis 26,00	5,10	
39.13	Ultraschall-Behandlung	5,50 bis 15,50	4,70	

Anhang 2
(zu § 8 Abs. 6 BhV)

1. Heilkurortverzeichnis Inland

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
A				
Aachen	52066	Aachen	Burtscheid	Heilbad
	52062	Aachen	Monheimsallee	Heilbad
Aalen	73433	Aalen	Röthardt	Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb
Abbach	93077	Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419	Ahlbeck	G	Seeheilbad
Aibling	83043	Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680	Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	38707	Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Altenberg	01773	Altenberg	Altenberg	Kneippkurort
Andernach	56626	Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454	Bad Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	88326	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
B				
Baden-Baden	76530	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental Oos	Heilbad
Badenweiler	79410	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	72270	Baiersbronn	Schwarzenberg-Schönmünzach, Obertal	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Balge	31609	Balge	B Blenhorst	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Baltrum	26579	Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429	Bansin	G	Seeheilbad
Bayersoien	82435	Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
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
Bernkastel-Kues	54470	Bernkastel-Kues	G	Heilklimatischer Kurort
Bertrich	56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660	Beuren	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bevensen	29549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	Heilbad und Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
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
Brückenaue	97769	Bad Brückenaue	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
Burg	03098	Burg	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Burg/Fehmarn	23769	Burg/Fehmarn	Burg	Seeheilbad
Burgbrohl	56659	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
C				
Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Clausthal-Zellerfeld	38678	Clausthal-Zellerfeld	Clausthal-Zellerfeld	Heilklimatischer Kurort
Colberg-Heldburg	98663	Bad Colberg - Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Cuxhaven	27478	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad
D				
Dahme	23747	Dahme	Dahme	Seeheilbad
Damp	24351	Damp	Damp 2000	Seeheilbad
Daun	54550	Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	32760	Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582	Diez	Diez	Felkekurort
Ditzenbach	73342	Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Doberan	18209	Bad Doberan	Bad Doberan Heiligendamm	(Moor-)Heilbad Seeheilbad
Driburg	33014	Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Düben	04849	Bad Düben	Bad Düben	(Moor-) Heilbad
Dürkheim	67098	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073	Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-)Heilbad und Heilklimatischer Kurort
E				
Ehlscheid	56581	Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707	Bad Eilsen	G	Heilbad
Elster	04645	Bad Elster	Bad Elster	(Mineral- und Moor-) Heilbad
Ems	56130	Bad Ems	Bad Ems	Heilbad
Emstal	34308	Bad Emstal	Sand	Heilbad
Endbach	35080	Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	83093	Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597	Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422	Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
Essen	49152	Bad Essen	Bad Essen	Heilbad
Eutin	23701	Eutin	G	Heilklimatischer Kurort
F				
Fallingbostel	29683	Fallingbostel	Fallingbostel	Kneippheilbad
Feilnbach	83075	Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Finsterberg	99898	Finsterberg	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538	Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567	Bad Frankenhausen	Bad Frankenhausen	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, Dürmöd, 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, Zwicklarn	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
G				
Gaggenau	76571	Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Gandersheim	37581	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Heilbad
Garmisch-Partenkirchen	82467	Garmisch-Partenkirchen	G - ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gelting	24395	Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129	Gersfeld (Rhön)	K	Kneippheilbad
Gladenbach	35075	Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
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 Grund	23775 37539	Großenbrode Bad Grund	G Bad Grund	Seeheilbad Heilbad
H				
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, Mürnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindlschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	Heilklimatischer Kurort
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heiligenstadt	Heiligenstadt	Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Seeheilbad
Herbstein	36358	Herbstein	B	Heilquellen-Kurbetrieb
Heringsdorf	17442	Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und (Sole-)Heilbad
Herrenalb	76332	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
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
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
I				
Iburg	49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad
Isny	88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J				
Juist	26571	Juist	G	Nordseeheilbad
K				
Karlshafen	34385	Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117	Kassel	Wilhelmshöhe	Kneippheilbad und Thermal-Sole-Heilbad
Kellenhusen	23746	Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
Kissingen	97688	Bad Kissingen	G	Heilbad
Klosterlausnitz	07639	Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462	Königstein im Taunus	K	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzting	93444	Kötzting	Stadtteil Kötzting	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

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkenntnis als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
L				
Laasphe	57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196	Bad Laer	G	Soleheilbad
Lahnstein	56112	Lahnstein	B Kurtherme Rhein-Lahn der Viktoria Thermalbad Lahnstein GmbH	Heilquellen-Kurbetrieb
Langensalza	99947	Bad Langensalza	Bad Langensalza	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
Lindenfels	64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356	Lobenstein	Lobenstein	Moor- Heilbad
Ludwigsburg	71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Lüneburg	21335	Lüneburg	Kurpark mit Kurzentrum	Sole-Moor-Heilbad
M				
Malente	23714	Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Marienberg	56470	Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, 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
Mettlach	66693	Mettlach	Orscholz	Heilklimatischer Kurort
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	(Moor-) Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
N				
Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Nenndorf	31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Heilbad
Neualbenreuth	95698	Neualbenreuth	B / Badehaus Maiersreuth Sybillenbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Neubulach	75386	Neubulach	Neubulach	Heilstollen- Kurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474	Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersiel	26427	Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626	Neukirchen	K	Kneippkurort
Neustadt/D	93333	Neustadt a. d. Donau	Bad Gögging	Heilbad
Neustadt/S	97616	Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Neustadt a.d.Saale, Salzburg	Heilbad
Nidda	63667	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nonnweiler	66620	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norddorf	25946	Norddorf/Amrum	Norddorf	Seeheilbad
Norderney	26548	Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845	Nordstrand	G	Seeheilbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort
O				
Oberstauen	87534	Oberstauen	G - ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Oeynhausen	32545	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939	Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	63619	Bad Orb	G	Heilbad
Ottobeuren	87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort
P				
Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Seeheilbad
Petershagen	32469	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-Griesbach	77740	Bad Peterstal-Griesbach	G	Heilbad und Kneippkurort
Porta Westfalica	32457	Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort
Preußisch 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

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
R				
Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	83486	Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenau	74906	Bad Rappenau	Bad Rappenau	(Sole-)Heilbad
Reichenhall	83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
Reichshof	51580	Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
Rengsdorf	56579	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau- Schapbach	77776	Bad Rippoldsau- Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	96476	Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
Rothenfelde	49214	Bad Rothenfelde	G	Heilbad
Rottach-Egern	83700	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
S				
Saarow	15526	Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad
Sachsa	37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	31162	Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Heilbad
Salzgitter	38259	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
Salzschlirf	36364	Bad Salzschlirf	G	Mineralheilbad und Moorbad
Salzuflen	32105	Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Heilbad
Salzungen	36433	Bad Salzungen	Bad Salzungen	Heilbad
Sasbachwalden	77887	Sasbachwalden	G	Heilklimatischer Kurort
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 Heil- klimatischer Kurort
Schieder	32816	Schieder- Schwalen- berg	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
Schömberg	75328	Schömberg	Schömberg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	83471	Schönau a. Königsee	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Schönberg	24217	Schönberg	Holm	Heilbad und Kneippkurort
Schönborn	76669	Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Schönebeck-Salzelmen	39624	Schönebeck-Salzelmen	G	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
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
T				
Tabarz	99891	Tabarz	G	Kneipp-Kurort
Tecklenburg	49545	Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach-Zavelstein	75385	Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Templin	17268	Templin	Templin	Thermalsoleheilbad
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	G	Heilbad
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

Name ohne „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Tölz	83646	Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz	Moorheilbad und Heilklimatischer Kurort
			b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
Treuchtlingen	91757	Treuchtlingen	B / Altmühltherme/Lambertusbad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Triberg	78098	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
U				
Überkingen	73337	Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
V				
Vallendar	56179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Varel	26316	Varel	B - Dangast	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Vilbel	61118	Bad Vilbel	K	Heilbad
Villingen-Schwenningen	78050	Villingen-Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	32602	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
W				
Waldbronn	76337	Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Waldsee	88399	Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad und Kneippkurort
Wangerland	26434	Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486	Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	34414	Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (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
Wiesbaden	09488	Wiesa	Thermalbad Wiesbaden	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	Heilklimatischer Kurort, Kneippkurort und Heilbad
			b) Usseln	Heilklimatischer Kurort
Wilsnack	19336	Bad Wilsnack	K	Thermal- und Moorheilbad
Wimpfen	74206	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-)Heilbad

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

*) B = Einzelkurbetrieb

G = gesamtes Gemeindegebiet

K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

2. Register der Heilkurorte (Ortsteile),

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

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

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
F	
Faistenoy	Oberstdorf
Faulenbach	Füssen
Faulenfürst	Schluchsee
Fischbach	Schluchsee
Fleckinger Mühle	Wimpfen
Flickenöd	Füssing
Frankenhammer	Berneck
Fredeburg	Schmallenberg
G	
Gailenberg	Hindelang
Gemünd	Schleiden
Germete	Warburg
Gerstruben	Oberstdorf
Glashütte	Schieder
Gmeinschwenden	Grönenbach
Gögging	Füssing
Gögging	Neustadt a.d. Donau
Gottenried	Oberstdorf
Greit	Grönenbach
Gremsmühlen	Malente
Grenier	Königsfeld
Griesbach	Peterstal-Griesbach
Groß	Hindelang
Gruben	Oberstdorf
Gundsbach	Oberstdorf
H	
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
I	
Imnau	Haigerloch
In der Tarrast	Grönenbach
Irching	Füssing
J	
Jauchen	Oberstdorf
Jordanbad	Biberach

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
K	
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kibling	Reichenhall
Kiensee	Heilbrunn
Kleinwindsheimermühle	Windsheim
Klevers	Grönenbach
Kornofen	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf
Kosilenzien	Liebenwerda
Kreuzbühl	Grönenbach
Krummsee	Malente
Kurf	Endorf
Kutschenrangen	Berneck
L	
Langau	Heilbrunn
Langenbach	Marienberg
Langenbrücken	Schönborn
Lautzkirchen	Blieskastel
Lichtental	Baden-Baden
Liebenstein	Hindelang
M	
Maasdorf	Liebenwerda
Manneberg	Grönenbach
Meinberg	Horn
Mettnau	Radolfzell
Mingolsheim	Schönborn
Mitterreuthen	Füssing
Monheimsallee	Aachen
N	
Neuhaus	Holzminden
Neutrauchburg	Isny
Niederholz	Grönenbach
Niendorf	Timmendorfer Strand
O	
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
Orscholz	Mettlach
Ostfeld	Heilbrunn
Ostrau	Schandau
P	
Pichl	Füssing
Pimsöd	Füssing
Poinzaun	Füssing

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
R	
Rachental	Endorf
Ramsau	Heilbrunn
Randringhausen	Bünde
Raupolz	Grönenbach
Rechberg	Grönenbach
Reckenberg	Hindelang
Reichenbach	Waldbronn
Reute	Oberstdorf
Riedenburg	Füssing
Riedle	Hindelang
Ringang	Oberstdorf
Rödlasberg	Berneck
Röthardt	Aalen
Rotenfels	Gaggenau
Rothenstein	Grönenbach
Rothenuffeln	Hille
S	
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
Spielmannsau	Oberstdorf
Steinach	Waldsee
Steinreuth	Füssing
Ströbing	Endorf
T	
Thalau	Füssing
Thalham	Füssing
Thierham	Füssing
Thürham	Aibling
Timmdorf	Malente
Tönisstein	Andernach
Tönisstein	Burgbrohl
U	
Unterenzenau	Heilbrunn
Unteres Hart	Wörishofen
Untergammenried	Wörishofen
Unterjoch	Hindelang
Untersteinbach	Heilbrunn
Unterreuthen	Füssing
Usseln	Willingen
V	
Valdorf-West	Vlotho
Voglherd	Heilbrunn
Voglöd	Füssing
Vorderhindelang	Hindelang

Heilkurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
W	
Waldegg b. Grönenbach	Grönenbach
Waldliesborn	Lippstadt
Walkmühle	Windsheim
Warmbad	Wolkenstein
Warneleithen	Berneck
Weghof	Griesbach
Weichs	Abbach
Weidach	Füssing
Westernkotten	Erwitte
Wies	Füssing
Wildstein	Traben-Trarbach
Wilhelmshöhe	Kassel
Würding	Füssing
Z	
Zeitlofs	Brückenau
Zeischa	Liebenwerda
Zell	Aibling
Ziegelberg	Grönenbach
Ziegelstadel	Grönenbach
Zieglöd	Füssing
Zinnheim	Marienberg
Zwicklarn	Füssing

Anhang 3
(zu § 13 Abs. 3 BhV)

Heilkurortverzeichnis EU-Ausland

Ortsnamen

Abano Terme

Badgastein

Bad Dorfgastein

Bad Hofgastein

Galzignano

Ischia

Montegrotto

Heilkurortverzeichnis Ausland

Ortsnamen

Ein Boqeq, Salt Land Village, Sdom am Toten Meer *)

*) Wenn eine schwere Hauterkrankung (z.B. Psoriasis, Neurodermitis) vorliegt und die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind.

Anhang 4
(VB-Nummer 5.6 zu § 6 Abs. 1 BhV)**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-Weisedel	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	Zähringerstr. 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	Brenntenheu 20 A, 70565 Stuttgart
Prof. Dr. med. Klaus Lieberz	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit - Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin- Postfach 12 21 20, 68072 Mannheim
Dr. med. Günter Maass	Leibnizstr. 16 c, 65191 Wiesbaden
Prof. Dr. med. Michael von Rad	Städt. Klinikum München GmbH Krankenhaus München-Harlaching Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Sanatoriumsplatz 2 , 81545 München
Dr. med. Lutz Rosenkötter	Marbacher Weg 27, 35037 Marburg

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 Strae 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	Jahnstrae 1, 49610 Quakenbrück
Dr. med. Dr. phil. Serge K.D. Sulz	Nymphenburger Str. 185, 80634 München
Dr. Johannes Zuber	Mercystrae 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 1234, 69192 Schriesheim
Dr. med. Horst Trappe	Breslauer Str. 29, 49324 Melle
Dipl.-Psych. Dr. phil. Gerhard Zarbock	Bachstraße 48, 22083 Hamburg
Dr. Johannes Zuber	Mercystraße 27, 79100 Freiburg

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

Dr. med. Ludwig Barth	Mühlbaurstr. 38b, 81677 München
Dr. med. Doris Bolk-Weischedel	Eichkampstr. 108, 14055 Berlin
Dr. med. Horst Kallfass	Leo-Baeck-Straße 3, 14165 Berlin
Prof. Dr. med. Karl König	Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen
Prof. Dr. med. Peter Kutter	Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart
Prof. Dr. med. Ulrich Rüger	Mittelberggring 59, 37085 Göttingen
Dr. med. Günter Schmitt	Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart
Dr. med. 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 1234, 69192 Schriesheim

6. Gebührenscheitel:
Gebührenscheitel je Sitzung _____

IV. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1.Ärzte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

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

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

Datum der Approbation _____ als

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

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

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

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

Liegt

a) ggf. eine entsprechende KV – Zulassung vor?

ja nein

KV-Zulassungsnummer: _____, bei welcher KV? _____

b) ein Eintrag in das Ärzteregester vor?

ja nein, bei welcher KV? _____

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

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

Datum der Approbation _____ als

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

KV-Zulassungsnummer: _____ , bei welcher KV? _____

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei KV _____

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

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

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

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

Name und Ort des Institutes:.....

Datum des Abschlusses:.....

....., den

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

Formblatt 2

(VB-Nummer 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

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 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 Differential-Diagnostik.
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, seine 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 Verhaltensessensen, 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 aufrechterhalten, 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 hinzuge-tretene 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

(VB-Nummer 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Name, Vorname 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

(VB-Nummer 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

(Dienststelle, Beihilfefestsetzungsstelle)

..... den

┌ (Anschrift des Gutachters) ┐

└ ┘

Betr.: Beihilfavorschriften (BhV)**hier:** Psychotherapie-Gutachten**Anlg.:** 1 Antrag (Formblatt 1)

1 Bericht des Therapeuten (Formblatt 2) in verschlossenem Umschlag

1 Psychotherapie-Gutachten (Formblatt 4 - dreifach)

1 Freiumschlag

Sehr geehrte(r) Herr/Frau

ich bitte um gutachtliche Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung des/der
Herrn/FrauNeben 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)^{*)}Ihr Gutachten bitte ich mir in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Form-
blattes 4 nebst einer Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41,00 € zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen

*) Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

Formblatt 4

(VB-Nummer 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Psychotherapie-Gutachten*

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

Bezug: Auftragschreiben vom

Stellungnahme:

Wie viele Sitzungen sollen als notwendig
zugesagt werden?

1. für den Patienten/ die Patientin

2. für die begleitende Psychotherapie der
Bezugsperson

Einzelsitzungen	Gruppensitzungen

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

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

Formblatt 5

(VB-Nummer 5.7 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

(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 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 Beihilfavorschriften als beihilfefähig anerkannt.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist, unter Vorlage der betreffenden Belege, bei der oben genannten Beihilfefestsetzungsstelle schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen. Sollte über den Widerspruch ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht entschieden werden, so kann Klage beim **Bayerischen Verwaltungsgericht** (Ort)

Postanschrift
Hausadresse

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 und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen. Sie 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.

Mit freundlichen Grüßen

Formblatt 6

(VB-Nummer 4 zu § 17 Abs. 1 BhV)

Geschäftszeichen bitte stets angeben:
 _____ - ____ / _____ / _____

Anschrift

(Beihilfestelle)

(Straße/Postfach)

(PLZ)

(Ort)

Die Beihilfe wird auf das Bezügekonto überwiesen.

Eingangsstempel

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder **auf Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 - 6 zwingend zu beantworten. Zutreffendes bitte ausfüllen oder x ankreuzen. Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

Antrag auf Beihilfe mit Zusammenstellung der Aufwendungen

1	Name: Vorname: Geburtsdatum	Straße: PLZ, Ort: Dienststelle / Pensionsfestsetzungsbehörde
	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw. Änderungsdatum:	
Besteht eine weitere Beihilfeberechtigung ? <input type="checkbox"/> ja, bei:		<input type="checkbox"/> nein
2	Wurden geltend gemachte Aufwendungen durch einen Unfall (jegliche Art von Verletzungen) verursacht? <input type="checkbox"/> ja, Unfalldatum: (bitte ausführliche Unfallschilderung vorlegen und Aufwendungen kennzeichnen) Unfallart: <input type="checkbox"/> Dienstatunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall Kommt ein Fremdverschulden in Betracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
3	War ein naher Angehöriger (Ehegatte, Kinder, Eltern der behandelten Person) bei Behandlungen tätig? <input type="checkbox"/> ja, Name des Behandlers:	<input type="checkbox"/> nein (bitte Belege kennzeichnen)
4	Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind? <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis vorlegen und die Aufwendungen kennzeichnen)	<input type="checkbox"/> nein
5	Werden Aufwendungen für stationären Krankenhausaufenthalt geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja Ist mit den behandelnden Ärzten eine <u>Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen</u> geschlossen worden? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beilegen!) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
6	Haben sich Änderungen bei den Ziffern 7 – 12 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben? <input type="checkbox"/> ja, bei Ziffer(n)	<input type="checkbox"/> nein (bitte Fragen beantworten)
<input type="checkbox"/> Eine Pauschalbeihilfe für dauernde häusliche Pflege durch andere geeignete Personen für die Zeit vom _____ bis _____ wird beantragt. Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege, mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen, ist beizufügen.		

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisnachlässe auf die eingereichten Belege sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

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

Telefon tagsüber: _____

Datum, Unterschrift

- Beihilfeberechtigte(r) Bevollmächtigte(r)
 Nachweis liegt bei bzw. bereits vor

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

7	Antragsteller (nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen)					
<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt seit:		<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit:		Zeitanteil (z.B. 19,25/38,50):		
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____					<input type="checkbox"/> nein	
Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt?						
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____		<input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)				
<input type="checkbox"/> Elternzeit						
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?					<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____		als:				
bei:		Zeitanteil:				
8	Vorname des Ehegatten (ggf. abweichender Familienname)				Geburtsdatum	
Hat der Ehegatte eine eigene Beihilfeberechtigung ? <input type="checkbox"/> ja, bei:					<input type="checkbox"/> nein	
Ist der Ehegatte ohne Bezüge beurlaubt?						
<input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____		<input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)				
<input type="checkbox"/> Elternzeit						
Ist der Ehegatte erwerbstätig?						
<input type="checkbox"/> ja, als:		<input type="checkbox"/> Beamter		<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer		
bei:		Zeitanteil:				
Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten den Betrag von 18.000 Euro ?						
<input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung		<input type="checkbox"/> nein				
<input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr		<input type="checkbox"/> nein				
9	Welche Kinder sind im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig oder werden nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt?					
		Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium				
Vorname (ggf. abweichender Familienname)	Geburtsdatum	Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtliches Ende	eigene Beihilfeberechtigung	
a					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig?					<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, Kind:		bei:		(falls ja, bitte Originalbelege für das Kind vorlegen)		
Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen?					<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, Kind:		seit:				
10	Besteht Krankenversicherungsschutz (bei 1. Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)					
ja	(bei Ehegatte/Kind Vorname angeben)		privat	gesetzl.	sonst. zusätzl. KV-Schutz (Art?)	
<input type="checkbox"/>	Antragsteller		<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"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind		<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"/> nein
<input type="checkbox"/>	Kind		<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"/> nein
11	Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z.B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)?					<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, für Person(en):		(bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)				
12	Wird eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gewährt?					<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, für Person(en):		seit:		(bitte Nachweis vorlegen)		

Formblatt 6a

(VB-Nummer 4 zu § 17 Abs. 1 BhV)

Zusammenstellung der Aufwendungen

Anlage zum Beihilfeantrag des/der _____ vom _____

A = Antragsteller E = Ehegatte K = Kinder

¹⁾ Prozenttarif ²⁾ kein Prozenttarif oder geringere Erstattung als vorgesehener Prozentsatz

Vom Antragsteller auszufüllen									Nicht vom Antragsteller auszufüllen								
Beleg Nr.	A E K	Datum der Rechnung	Rechnungsbetrag		Kostenerstattung von anderer Seite			Dem Grunde nach beihilfefähiger Betrag		A _____ %		E _____ %		K _____ %		_ _____ %	
			EUR	Ct	% ¹⁾	EUR ²⁾	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct	EUR	Ct
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
Summen																	

Nicht vom Antragsteller auszufüllen

Beleg Nr.	Erläuterungen bzw. ergänzende Bemerkungen

Formblatt 6b

(VB-Nummer 4 zu § 17 Abs. 1 BhV)

Beihilfefestsetzungsstelle

Geschäftszeichen

Festsetzung der Beihilfe

- Anlagen: 1 Zusammenstellung
 1 Geheft Rechnungsbelege
 1 Antragsvordruck

Herrn/Frau

Mit freundlichen Grüßen

 Name

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

Berechnung der Beihilfe

Beihilfefähiger Betrag

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

¹⁾ Nur ausfüllen bei Begrenzung der Beihilfe nach § 15 BhV.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist, unter Vorlage der betreffenden Belege, bei der oben genannten Beihilfefestsetzungsstelle schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen. Sollte über den Widerspruch ohne zureichenden Grund in angemessener Frist sachlich nicht entschieden werden, so kann Klage beim **Bayerischen Verwaltungsgericht** (Ort)

Postanschrift
 Hausadresse

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 und den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen. Sie 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.

Formblatt 7

(VB-Nummer 1 zu § 7 Abs. 2 BhV)

(Dienststelle/Festsetzungsstelle)

(den)

Herrn/Frau

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

Ihr Antrag vom

Meine Zeichen

Telefon

Datum

Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer Sanatoriumsbehandlung gemäß § 7 der Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) für

Patient/Name

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

aufgrund des amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens werden die Kosten für eine stationäre Behandlung in einem Sanatorium in

für die Dauer vonWochen nach Maßgabe der Beihilfavorschriften 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 8

(VB-Nummer 3 zu § 8 Abs. 3 Nr. 2 BhV)

(Dienststelle/Festsetzungsstelle)_____
(den)_____
Herrn/Frau.....
.....
.....
.....

Ihr Antrag vom

Meine Zeichen

Telefon

Datum

Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten einer Heilkur gemäß § 8 der Beihilfavorschriften des Bundes (BhV)

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 Beihilfavorschriften als beihilfefähig anerkannt.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind bis zu einem Betrag von 16,00 € (bei medizinischer Notwendigkeit für Begleitpersonen bis zu 13,00 €) täglich beihilfefähig, soweit die Aufwendungen über 12,50 € täglich (beziehungsweise 10,00 € täglich für die Begleitperson) hinausgehen.

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

Mit freundlichen Grüßen

Formblatt 9

(VB-Nummer 4 zu § 17 Abs. 1 BhV)

An Festsetzungsstelle

Antrag auf Abschlagszahlung

für eine zu erwartende Beihilfe bei

- stationärer Krankenhausbehandlung
- Anschlussrehabilitation
- Sanatoriumsbehandlung

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

1 Antragsteller (Beihilfeberechtigter)

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

2 Erkrankte Person

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

3 Kosten

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

4 Zahlungsweise

Ich bitte um Gewährung einer Abschlagszahlung. Die Überweisung soll erfolgen: <input type="checkbox"/> an mich <input type="checkbox"/> an das Krankenhaus <input type="checkbox"/> an die Rehabilitationseinrichtung <input type="checkbox"/> an das Sanatorium		
Name und Sitz des Geldinstituts		Kontoinhaber (falls nicht Antragsteller)
Bankleitzahl	Konto-Nr.	
.....	

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

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

Information der Beihilfefestsetzungsstellen in Bayern

Öffnungsaktion der privaten Krankenversicherung für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Beamte und Versorgungsempfänger ab 01.01.2005

Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung ist es der gesetzlichen Krankenversicherung nicht möglich, sog. beihilfekonforme Tarife anzubieten.

Um Beamten und Versorgungsempfängern, die die in der Vergangenheit bestehenden Öffnungsaktionen nicht genutzt haben, auch weiterhin die Möglichkeit eines Zugangs zu den beihilfekonformen Tarifen der privaten Krankenversicherungsunternehmen zu eröffnen, führen die privaten Krankenversicherungsunternehmen seit 01.01.2005 eine weitere Öffnungsaktion durch.

Im Rahmen dieser Aktion werden

- keine Anträge aus Risikogründen abgelehnt,
- keine Krankheitsausschlüsse festgeschrieben,
- Risikozuschläge –soweit überhaupt erforderlich- auf max. 30 v. H. begrenzt.

Diese zeitlich nicht befristete Öffnungsaktion gilt für Beamte und Versorgungsempfänger, die am 31.12.2004 freiwillig Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung waren, sowie deren Angehörige.

Nachfolgend werden Informationen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV), die auf deren Internetseite unter der Adresse - www.pkv.de – Rubrik „Rund um die PKV, Unterrubrik „Was und für Wen?“ abgerufen werden können, wiedergegeben:

PKV-Info

GKV-versicherte Beamte: Erleichterter Wechsel in die PKV

Stand: Januar 2005



Die private Krankenversicherung (PKV) bietet Beamten den passenden Versicherungsschutz, da ihre Tarife auf die Leistungen der Beihilfe genau abgestimmt werden können. Beamten und ihren Familienangehörigen wird so die Möglichkeit gegeben, sich rundum optimal für den Krankheitsfall abzusichern. Trotzdem gibt es immer noch eine kleine Gruppe von in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Beamten. Für diese sind die Aufnahmebedingungen in die PKV jetzt deutlich erleichtert worden. Konkret gilt dieses Angebot ab 1. Januar 2005 für gesetzlich versicherte Beamte, deren Dienstverhältnis zu diesem Zeitpunkt bereits besteht, sowie deren Familienangehörige. Im Folgenden möchten wir Sie über die Modalitäten informieren.

1. Um welchen Personenkreis handelt es sich?

- Beamte auf Probe, Zeit oder Lebenszeit mit Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge (Soldaten zählen nicht hierzu),
- Richter mit Anspruch auf Beihilfe und
- Versorgungsempfänger (Beamte und Richter im Ruhestand) mit Anspruch auf Beihilfe,

die am 31. Dezember 2004 bereits in einem der genannten Dienstverhältnisse standen und freiwillig in der GKV versichert sind, können jederzeit im Rahmen der Öffnung eine private Krankenversicherung abschließen.

- Auch für bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Familienangehörige der oben genannten Personen, die ebenfalls in der

GKV versichert sind, gilt die Öffnung.

Hierzu ist Folgendes zu beachten: Die Familienangehörigen müssen ihre private Krankenversicherung innerhalb eines Jahres nach dem Wechsel des Beihilfeberechtigten in die PKV abschließen, damit die erleichterten Bedingungen auch für sie gelten. Sind sie noch durch eine Pflichtmitgliedschaft oder Familienversicherung an die GKV gebunden, können sie innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Pflicht- oder Familienversicherung der GKV in die PKV wechseln. Ebenso besteht die Wechselmöglichkeit innerhalb von sechs Monaten, nachdem die Ehe mit einem Beihilfeberechtigten geschlossen wurde.

2. Wie sehen die erleichterten Zugangsbedingungen aus?

- Kein Antragsteller wird aus Risikogründen abgelehnt.
- Leistungsausschlüsse werden nicht vorgenommen.
- Zuschläge zum Ausgleich erschwerter Risiken werden – wenn sie überhaupt erforderlich sind – auf maximal 30 Prozent des tariflichen Beitrags begrenzt.

Der Versicherungsschutz ist so konzipiert, dass der Beihilfebemessungssatz auf bis zu 100 Prozent aufgestockt wird. Werden durch die Beihilfe auch Kosten für stationäre Wahlleistungen – wie z.B. Unterbringung im Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung – erstattet, so sind die Wahlleistungen Bestandteil des Versicherungsschutzes. Umfasst

jedoch die Beihilfe nur die allgemeinen Krankenhausleistungen, nicht aber die Wahlleistungen, so deckt auch der Versicherungsschutz nur diese Grundleistungen ab. Es besteht für den Beihilfeberechtigten die Möglichkeit, einen sog. Beihilfeergänzungstarif abzuschließen, der Wahlleistungen versichert oder auch den Versicherungsschutz z.B. für Zahnersatz verbessert. Für diese sog. Beihilfeergänzungstarife gelten die erleichterten Bedingungen allerdings nicht.

Auch in der privaten Pflegepflichtversicherung gelten für den unter 1. genannten Personenkreis erleichterte Bedingungen. So ist der Beitrag für die private Pflegepflichtversicherung begrenzt. Es gelten folgende Berechnungsgrundlagen:

- Oberste Grenze ist der Höchstbeitrag zur sozialen Pflegeversicherung;

er beträgt 1,7 Prozent multipliziert mit der Beitragsbemessungsgrenze (2005: 3.525 Euro pro Monat).

- Da ein Beamter aber Beihilfe bekommt, muss er nur einen Teil der Kosten privat versichern. Entsprechend gilt als Obergrenze dann auch 50 Prozent des Höchstbeitrages.
- Außerdem gilt für Ehepaare, deren Einkommen unterhalb bestimmter Einkommensgrenzen liegt, dass der Höchstbeitrag nicht für zwei Personen, sondern lediglich zu 150 Prozent (also eineinhalb Personen) zugrunde zu legen ist.

Die Unternehmen, die eine erleichterte Aufnahme zu den oben genannten Bedingungen ermöglichen, sind unten aufgeführt. Für Angebote wenden Sie sich bitte un-

mittelbar an die Unternehmen. Die jeweiligen Bedingungen können dort erfragt werden.

Beamtenanfänger, die ab dem 1. Januar 2005 verbeamtet werden, können im Rahmen der „Dauernden Öffnung der PKV für Beamtenanfänger“

(<http://www.pkv.de/downloads/iOeffnung.1.pdf>)

ebenfalls zu erleichterten

Bedingungen in eine beihilfekonforme private Krankenversicherung oder den beihilfekonformen Standardtarif

(http://www.pkv.de/downloads/INFO-Standardtarif%206_2004.pdf)

wechseln. Informationsbroschüren hierzu erhalten Sie kostenlos beim Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Mitgliedsunternehmen, die sich an der Aktion „Neue Öffnung der privaten Krankenversicherung“ beteiligen:

Allianz Private
Krankenversicherungs-AG,
80291 München,
Telefon: 0 89/67 85-0,
Telefax: 0 89/67 85-65 23,
www.gesundheit.allianz.de
E-Mail: service.apkv@allianz.de

Barmenia
Krankenversicherung a.G.,
42094 Wuppertal,
Telefon: 02 02/4 38-00,
Telefax: 02 02/4 38-28 46,
www.barmenia.de
E-Mail: info@barmenia.de

Bayerische
Beamtenkrankenkasse
Aktiengesellschaft,
Maximilianstr. 53,
81537 München,
Telefon: 0 89/21 60-0,
Telefax: 0 89/21 60-27 14,
www.vkb.de
E-Mail: service@vkb.de

CENTRAL
KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT,
50593 Köln,
Telefon: 02 21/16 36-0
Telefax: 02 21/16 36-2 00
www.central.de
E-Mail: info@central.de

Continentale
Krankenversicherung a.G.,
44118 Dortmund,
Telefon: 02 31/9 19-0,
Telefax: 02 31/9 19-29 13,
www.continentale.de
E-Mail: info@continentale.de

DBV-Winterthur
Krankenversicherung AG,
65178 Wiesbaden,
Telefon: 06 11/3 63-0,
Telefax: 06 11/3 63-40 15,
www.dbv.de
E-Mail: info@dbv-winterthur.de

Debeka
Krankenversicherungsverein
auf Gegenseitigkeit,
56058 Koblenz,
Telefon: 02 61/4 98-0,
Telefax: 02 61/4 14 02,
www.debeka.de
E-Mail: info@debeka.de

DEUTSCHER RING Kranken-
versicherungsverein a.G.,
20449 Hamburg,
Telefon: 0 40/35 99-0,
Telefax: 0 40/35 99-22 81,
www.deutscherring.de
E-Mail:
service@deutscherring.de

DKV
Deutsche Krankenversicherung
Aktiengesellschaft,
50594 Köln,
Telefon: 02 21/5 78-0,
Telefax: 02 21/5 78-36 94,
www.dkv.com
E-Mail:
kunden-center@dkv.com

Gothaer
Krankenversicherung AG,
50598 Köln,
Telefon: 02 21/30 90-0,
Telefax: 02 21/30 90-30 99,
www.gothaer.de
E-Mail: info@gothaer.de

HALLESCHE

Krankenversicherung
auf Gegenseitigkeit,
70166 Stuttgart,
Telefon: 07 11/66 03-0,
Telefax: 07 11/66 03-2 90,
www.hallesche.de
E-Mail: service@hallesche.de

HUK-COBURG-

Krankenversicherung AG,
Postfach 18 02,
96408 Coburg,
Telefon: 0 95 61/96-0,
Telefax: 0 95 61/96-36 36,
www.huk.de
E-Mail: info@huk-coburg.de

INTER

Krankenversicherung aG,
Postfach 10 16 62,
68016 Mannheim,
Telefon: 06 21/4 27-0,
Telefax: 06 21/4 27-9 44,
www.inter.de
E-Mail: info@inter.de

Landeskrankenhilfe V.V.a.G.,
21332 Lüneburg,
Telefon: 0 41 31/7 25-0,
Telefax: 0 41 31/40 34 02,
www.lkh.de
E-Mail: info@lkh.de

MÜNCHENER VEREIN

Krankenversicherung a.G.,
80283 München,
Telefon: 0 89/51 52-0,
Telefax: 0 89/51 52-15 01,
www.muenchener-verein.de
E-Mail:
info@muenchener-verein.de

SIGNAL

Krankenversicherung a.G.,
44121 Dortmund,
Telefon: 02 31/1 35-0,
Telefax: 02 31/1 35-46 38,
www.signal.de
E-Mail: info@signal-iduna.de

Süddeutsche

Krankenversicherung a.G.,
Postfach 19 23,
70709 Fellbach,
Telefon: 07 11/57 78-0,
Telefax: 07 11/57 78-7 77,
www.sdk.de
E-Mail: sdk@sdk.de

UNION

**KRANKENVERSICHERUNG
AKTIENGESELLSCHAFT,**
Postfach 10 31 52,
66031 Saarbrücken,
Telefon: 06 81/8 44-0,
Telefax: 06 81/8 44-29 09,
www.ukv.de
E-Mail: service@ukv.de

uniVersa

Krankenversicherung a.G.
90333 Nürnberg
Telefon: 09 11/53 07-0,
Telefax: 09 11/53 07-15 74,
www.universa.de
E-Mail: info@universa.de

VICTORIA

Krankenversicherung
Aktiengesellschaft,
40198 Düsseldorf,
Telefon: 02 11/4 77-0,
Telefax: 02 11/4 77-43 56,
www.victoria.de
E-Mail:
krankenversicherung@victoria.de

Geschäftszeichen bitte stets angeben

Die Beihilfe wird auf das Bezügekonto überwiesen.

Eingangsstempel:

Landesamt für Finanzen

Bei **erstmaliger Antragstellung** oder auf **Verlangen** der Beihilfestelle ist der Antrag vollständig auszufüllen. In **Folgeanträgen** sind die Fragen 1 - 6 zwingend zu beantworten. Zutreffendes bitte ausfüllen oder ankreuzen. Ggf. bitte Beiblatt für weitere Angaben verwenden.

Antrag auf Beihilfe mit Zusammenstellung der Aufwendungen

1	Name: Vorname:	Straße: PLZ, Ort:
	Geburtsdatum Änderungsdatum: <input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.	Dienststelle / Pensionsfestsetzungsbehörde
Besteht eine weitere Beihilfeberechtigung ? <input type="checkbox"/> ja, bei:		<input type="checkbox"/> nein
2	Wurden geltend gemachte Aufwendungen durch einen Unfall (jegliche Art von Verletzungen) verursacht? <input type="checkbox"/> ja, Unfalldatum: _____ (bitte ausführliche Unfallschilderung vorlegen und Aufwendungen kennzeichnen) Unfallart: <input type="checkbox"/> Dienstunfall <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> Schulunfall <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall Kommt ein Fremdverschulden in Betracht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
	3	War ein naher Angehöriger (Ehegatte, Kinder, Eltern der behandelten Person) bei Behandlungen tätig? <input type="checkbox"/> ja, Name des Behandlers: _____ (bitte Belege kennzeichnen)
4	Werden Aufwendungen für Krankheiten geltend gemacht, für die Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder eingestellt worden sind? <input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis vorlegen und die Aufwendungen kennzeichnen)	<input type="checkbox"/> nein
5	Werden Aufwendungen für einen stationären Krankenhausaufenthalt geltend gemacht? <input type="checkbox"/> ja Ist mit den behandelnden Ärzten eine <u>Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen</u> geschlossen worden? <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Wahlleistungsvereinbarung beilegen!) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
6	Haben sich Änderungen bei den Ziffern 7 – 13 gegenüber Ihrem letzten Antrag ergeben? <input type="checkbox"/> ja, bei Ziffer(n) _____ (bitte Fragen beantworten)	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> eine Pauschalbeihilfe für dauernde häusliche Pflege durch andere geeignete Personen für die Zeit vom _____ bis _____ wird beantragt. Eine Bestätigung über die Durchführung der Pflege, mit Angabe von Unterbrechungszeiträumen, ist beizufügen.	

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass alle Angaben Grundlage für die Beihilfegewährung sind und dass ich nachträgliche Preisnachlässe eingereichter Belege sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Ich verzichte auf die Rücksendung von Beihilfe- L e r f o r m u l a r e n .

Anzahl der eingereichten Belege:
Summe der Aufwendungen: _____ Euro

Telefon tagsüber: _____

Datum, Unterschrift

Beihilfeberechtigte(r) Bevollmächtigte(r)
 Nachweis liegt bei bzw. bereits vor

7 Antragsteller (nur von Beschäftigten im aktiven Dienst auszufüllen)						
<input type="checkbox"/> vollbeschäftigt seit: _____		<input type="checkbox"/> teilzeitbeschäftigt seit: _____		Zeitanteil (z.B. 19,25/38,50): _____		
Ist das Beschäftigungsverhältnis befristet? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____						<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie ohne Bezüge beurlaubt? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)						<input type="checkbox"/> nein
Wird während der Beurlaubung eine Erwerbstätigkeit ausgeübt? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ als: _____ bei: _____ Zeitanteil: _____						<input type="checkbox"/> nein
8 Vorname des Ehegatten (ggf. abweichender Familienname)					Geburtsdatum	
Hat der Ehegatte eine eigene Beihilfeberechtigung ? <input type="checkbox"/> ja, bei: _____						<input type="checkbox"/> nein
Ist der Ehegatte ohne Bezüge beurlaubt? <input type="checkbox"/> ja, vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> Elternzeit <input type="checkbox"/> sonstiger Urlaub (bitte Grund angeben)						<input type="checkbox"/> nein
Ist der Ehegatte erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja, als: <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer bei: _____ Zeitanteil: _____						<input type="checkbox"/> nein
Übersteigen die Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) des Ehegatten den Betrag von 18.000 Euro ? <input type="checkbox"/> ja, im Vorvorkalenderjahr der Antragstellung <input type="checkbox"/> ja, voraussichtlich im laufenden Kalenderjahr						<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
9 Welche Kinder sind im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig oder werden nur wegen der Höhe der Einkünfte und Bezüge nicht berücksichtigt?						
Vorname (ggf. abweichender Familienname)		Geburtsdatum		Bei Kindern in Berufsausbildung / Studium		
				Art der Ausbildung	Beginn	voraussichtliches Ende
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
d					<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ein Kind bei einer anderen Person im Familien-/Orts-/Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig? <input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ bei: _____ (falls ja, bitte Originalbelege für das Kind vorlegen)						<input type="checkbox"/> nein
Hat ein über 18-jähriges Kind seit dem letzten Antrag die Ausbildung beendet, unter- oder abgebrochen? <input type="checkbox"/> ja, Kind: _____ seit: _____						<input type="checkbox"/> nein
10 Besteht Krankenversicherungsschutz (bei 1. Antragstellung und Änderungen – bitte Nachweise vorlegen)						
ja (bei Ehegatte/Kind Vorname angeben)		privat	gesetzl.	sonst. zusätzl.	KV-Schutz (Art?)	
<input type="checkbox"/> für Antragsteller		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> für Ehegatte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> für Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> für Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> für Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> für Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein	
11 Besteht für geltend gemachte Aufwendungen zusätzlich Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung (z.B. nach Beamtenrecht, Soldatenrecht, Bundesversorgungsgesetz usw.)? <input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ (bitte Nachweis vorlegen u. Aufwendungen kennzeichnen)						<input type="checkbox"/> nein
12 Wird eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gewährt? <input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ seit: _____ (bitte Nachweis vorlegen)						<input type="checkbox"/> nein
13 Wird ein Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt? <input type="checkbox"/> ja, für Person(en): _____ seit: _____ <input type="checkbox"/> vom Rentenversicherungsträger <input type="checkbox"/> vom Arbeitgeber/Dienstherrn i. H. von mtl.: _____ Euro						<input type="checkbox"/> nein

Zusammenstellung der Aufwendungen zum Beihilfeantrag

von Herrn/Frau

vom

Beachten Sie bitte folgende Hinweise:

Die Zusammenstellung der Aufwendungen ist dem Beihilfeantrag beizufügen. Die Einträge und Belege bitte **nach Personen ordnen**. Bei gleichem Vornamen eines Elternteils und Kindes bitte **Belege des Kindes** mit „K“ kennzeichnen.

A = Antragsteller E = Ehegatte K = Kind

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