

Verordnungsentwurf

des Staatsministeriums der Finanzen und für Heimat

Verordnung zur Änderung der Bayerischen Beihilfeverordnung

A) Problem

Der Deutsche Bundestag hat durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754, 2022 S. 1025) und das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 155), das zuletzt durch Art. 8w des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, die rechtliche Grundlage u. a. für Veränderungen im Leistungsbereich der gesetzlichen Pflegeversicherung geschaffen. Ergänzend hierzu wurde durch eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (BAnz AT 17. Februar 2021 B1), die am 18. Februar 2021 in Kraft getretenen ist, das Angebot an psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten insbesondere durch die Einführung der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung, die die Förderung der Durchführung von Therapien in Gruppenform zum Gegenstand hat, erweitert.

Das Gesundheitswesen unterliegt ferner einem stetigen Wandel und einer Weiterentwicklung. Eine sachgerechte Gewährung von Leistungen im Krankheitsfall erfordert deshalb auch eine stetige Fortentwicklung des beamtenrechtlichen Krankenfürsorgesystems der Beihilfe.

B) Lösung

- Normierung von Vorgriffsregelungen zur Sicherstellung einer rechtssicheren und sachgerechten Leistungsgewährung auf der Basis der geänderten Vorgaben des SGB XI
- Ergänzung der bestehenden Vorgaben bzgl. der Beihilfefähigkeit von psychotherapeutischen Leistungen um Normen zur Anerkennung der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung sowie Erweiterung des Kreises der Therapeutinnen

und Therapeuten bei Behandlungen von Personen zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr.

- Normierung verschiedener Vorgriffsregelungen zum Verzeichnis der beihilfefähigen Höchstbeträge unter gleichzeitiger punktueller Aktualisierung der beihilfefähigen Höchstbeträge unter Berücksichtigung der aktuellen Leistungsvorgaben im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Anpassung der Bayerischen Beihilfeverordnung (BayBhV) in verschiedenen Bereichen u. a. an geänderte bundesrechtliche Vorgaben sowie den aktuellen medizinischen Entwicklungsstand.
- Im Übrigen wird dem Änderungsbedarf Rechnung getragen, der sich bei der praktischen Anwendung zum Beihilferecht zwischenzeitlich ergeben hat.
- Einführung verschiedener Maßnahmen zur Erleichterung des Beihilfeverfahrens

C) Kosten

Die punktuelle Aktualisierung der beihilfefähigen Höchstbeträge führt zu Mehrkosten, die jedoch nicht quantifizierbar sind. Sie sind abhängig vom Ausmaß der tatsächlichen ärztlichen Verordnungen in den höher bewerteten Bereichen.

Die Erweiterung des Leistungskatalogs im Bereich der Psychotherapie durch die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung sowie Erweiterung des Kreises der Therapeutinnen und Therapeuten bei Behandlungen von Personen zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr führen tendenziell zu keinen Mehraufwendungen, da bei tiefenpsychologischen und analytischen Psychotherapien sowie Verhaltenstherapien, die in Gruppenform durchgeführt werden, eine geringere Höchstzahl der beihilfefähigen Sitzungen bestehen. Entsprechendes gilt für Behandlungen von Personen zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr, die nach den Vorgaben für Erwachsene behandelt werden sowie für die neuen Leistungsbereiche psychiatrische häuslichen Krankenpflege sowie tagesstationäre Behandlungen nach § 115e SGB V, wodurch stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden bzw. Liegezeiten verkürzt werden können.

Ein tatsächliches Einsparpotential ist abhängig vom Ausmaß der Inanspruchnahmen u. a. von gruppentherapeutischen Behandlungsansätzen.

Entsprechende Kostenentwicklungen können sich für kommunale und sonstige Dienstherren ergeben.

Entwurf

2030-2-27-F

**Verordnung
zur Änderung der
Bayerischen Beihilfeverordnung
vom [Ausfertigungsdatum]**

Auf Grund des Art. 96 Abs. 5 des Bayerischen Beamtengesetzes (BayBG) vom 29. Juli 2008 (GVBl. S. 500, BayRS 2030-1-1-F), das zuletzt durch Verordnung vom 4. Oktober 2023 (GVBl. S. 595) geändert worden ist, verordnet das Bayerische Staatsministerium der Finanzen und für Heimat:

§ 1

Die Bayerische Beihilfeverordnung (BayBhV) vom 2. Januar 2007 (GVBl. S. 15, BayRS 2030-2-27-F), die zuletzt durch § 9 des Gesetzes vom 10. März 2023 (GVBl. S. 80) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 3 Nr. 2 werden die Wörter „(Art. 36 Abs. 7 des Bayerischen Besoldungsgesetzes – BayBesG)“ gestrichen.
2. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Abs. 1 Nr. 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
 - b) In Abs. 2 Halbsatz 2 werden die Wörter „ , ggf. verlängert um Zeiträume nach § 32 Abs. 5 EStG“ gestrichen.
 - c) In Abs. 3 Nr. 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
3. § 5 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:

aa) Der Wortlaut wird Satz 1 und wie folgt geändert:

aaa) Vor Nr. 1 wird folgende Nr. 1 eingefügt:

„1. aus einem neuen Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem bereits bestehenden Dienstverhältnis,“.

bbb) Die bisherige Nr. 1 wird Nr. 2.

ccc) Die bisherige Nr. 2 wird Nr. 3 und die Wörter „; dies gilt nicht, soweit es sich bei dem neuen Versorgungsbezug um ein Witwengeld oder Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner handelt“ werden gestrichen.

bb) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„²Satz 1 Nr. 3 gilt nicht, soweit es sich bei dem neuen Versorgungsbezug um ein Witwengeld oder Versorgungsbezüge für hinterbliebene Lebenspartner handelt.“

b) In Abs. 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Vorschriften“ die Wörter „oder ein dem Grunde nach bestehender Anspruch auf Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen für Beamtinnen und Beamte“ eingefügt.

c) In Abs. 6 Satz 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

4. § 6 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 1 Satz 1 und Satz 5 Nr. 2 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

- b) In Abs. 2 Nr. 2 wird die Angabe „BayBesG“ durch die Wörter „des Bayerischen Besoldungsgesetzes (BayBesG)“ ersetzt.

5. § 7 Abs. 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Nr. 1 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- b) In Nr. 4 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt.
- c) Folgende Nr. 5 wird angefügt:

„5. Aufwendungen im Zusammenhang mit der Erbringung medizinischer Leistungen mittels Telekommunikationstechnologien für die Beschaffung, den Betrieb oder die technische Anbindung der Endgeräte sowie für Telekommunikationsdienstleistungen; dies gilt nicht für Aufwendungen für Geräte und deren Betrieb, die ausschließlich für eine medizinische Behandlung notwendig sind.“

6. § 9 wird wie folgt geändert:

- a) Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) ¹Zu den psychotherapeutischen Leistungen gehören Leistungen der

1. psychosomatischen Grundversorgung (§ 10),
2. Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung (Abs. 3),
3. psychotherapeutischen Akutbehandlung (Abs. 6),
4. tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 11),
5. Verhaltenstherapien (§ 12),
6. Systemischen Therapie (§ 12a).“

- b) Abs. 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) In Nr. 2 werden die Wörter „höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie bis zu acht“ durch das Wort „den“ ersetzt und nach dem Wort „Sitzungen“ wird die Angabe „nach Abs. 5“ eingefügt.

bbb) In Nr. 3 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

bb) In Satz 3 werden die Wörter „zuletzt geändert 22. November 2019 (BAnz AT 23. Januar 2020 B4)“ durch die Wörter „in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.

c) Nach Abs. 2 werden die folgenden Abs. 3 bis 5 eingefügt:

„(3) Auf die Einholung eines Gutachtens im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens nach Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 kann verzichtet werden, wenn sichergestellt ist, dass die zuständige Beihilfefestsetzungsstelle selbst in der Lage ist, Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung zu bewerten.

(4) ¹Aufwendungen für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung sind je Krankheitsfall für bis zu vier Sitzungen in Einheiten von 100 Minuten beihilfefähig. ²Bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sind unter Einbeziehung von Bezugspersonen zusätzlich bis zu 100 Minuten je Krankheitsfall beihilfefähig. ³Die Sitzungen können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden.

(5) ¹Aufwendungen für bis zu fünf probatorische Sitzungen, bei analytischer Psychotherapie für bis zu acht probatorische Sitzungen, sind beihilfefähig, auch wenn Bezugspersonen einbezogen werden. ²Bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer

geistigen Behinderung sind zwei zusätzliche probatorische Sitzungen beihilfefähig ³Die probatorische Sitzung umfasst im Einzelsetting 50 Minuten und im Gruppensetting 100 Minuten. ⁴Probatorische Sitzungen im Gruppensetting können auch in Einheiten von 50 Minuten unter entsprechender Erhöhung der Gesamtzahl der Sitzungen durchgeführt werden. ⁵Probatorische Sitzungen sind nicht auf die beihilfefähigen Kontingente der Behandlungen von Kurz- oder Langzeittherapien anzurechnen.“

d) Der bisherige Abs. 3 wird Abs. 6 und wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„¹Aufwendungen für Leistungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Sitzungen je Krankheitsfall beihilfefähig.“

bb) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„²Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Menschen mit einer geistigen Behinderung sind abweichend von Satz 1 bis zu 30 Sitzungen als Einzeltherapie unter Einbeziehung von Bezugspersonen beihilfefähig.“

cc) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3 und in Halbsatz 2 wird das Wort „gilt“ durch die Wörter „und Abs. 3 gelten“ ersetzt.

dd) Der bisherige Satz 3 wird Satz 4.

e) Die bisherigen Abs. 4 und 5 werden die Abs. 7 und 8.

f) Der bisherige Abs. 6 wird Abs. 9 und die Angabe „bzw.“ wird jeweils durch das Wort „oder“ ersetzt.

g) Der bisherige Abs. 7 wird Abs. 10.

7. In § 10 Abs. 3 Satzteil vor Nr.1 und Abs. 4 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

8. § 11 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Satzteil vor Nr. 1 werden die Wörter „nach Anlage Nr. 860 bis 865 GOÄ“ gestrichen.

bb) In Satz 5 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „ , auch in Fällen des § 9 Abs. 5.“ ersetzt.

b) Abs. 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt und nach der Angabe „24 Sitzungen“ die Wörter „ , bei Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und bei Menschen mit einer geistigen Behinderung für nicht mehr als 30 Sitzungen unter Einbeziehung von Bezugspersonen,“ eingefügt.

bb) In Satz 3 wird nach der Angabe „24“ die Angabe „oder 30“ eingefügt.

c) In Abs. 5 Satz 1 Satzteil vor Nr. 1, Satz 2 Satzteil vor Nr.1 und Satzteil nach Nr. 3 sowie Satz 3 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

d) Abs. 7 wird wie folgt geändert:

aa) Der Wortlaut wird Satz 1.

bb) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„²Abweichend von Satz 1 sind bei einem Beginn der Behandlung zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr auch Aufwendungen für Behandlungen von Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne des Abs. 6 zu den in Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 sowie Satz 3 genannten Grundsätzen beihilfefähig.“

9. § 12 wird wie folgt geändert:

- a) In Abs. 1 Satzteil vor Nr. 1 werden die Wörter „nach Anlage Nr. 870 und 871 GOÄ“ gestrichen.
- b) In Abs. 3 Satzteil vor Nr. 1 und Satz 2 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- c) Abs. 5 wird wie folgt geändert:
 - aa) Der Wortlaut wird Satz 1.
 - bb) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„²Abweichend von Satz 1 sind bei einem Beginn der Behandlung zwischen dem 18. und dem 21. Lebensjahr auch Aufwendungen für Behandlungen von Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne des Abs. 4 beihilfefähig.“

10. In § 12a Abs. 3 Satz 1 Satzteil vor Nr. 1 und Satz 2 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

11. In § 18 Satz 1 Nr. 4 werden nach dem Wort „Medizinproduktegesetzes“ die Wörter „in der am 25. Mai 2021 geltenden Fassung“ eingefügt.

12. § 19 wird wie folgt geändert:

- a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„²Aufwendungen für Ergotherapie (Teil 9 der Anlage 3) einschließlich der verbrauchten Stoffe sind bei einer schriftlichen Verordnung durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten ebenfalls beihilfefähig.“

bb) Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden die Sätze 3 und 4.

cc) Der bisherige Satz 4 wird Satz 5 und die Angabe „Satz 3“ wird durch die Angabe „Satz 4“ ersetzt.

b) In Abs. 2 Satz 1 Satzteil vor Nr. 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

c) Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor Nr. 1 werden nach der Angabe „(MAT)“ die Wörter „oder eine medizinische Trainingstherapie (MTT)“ eingefügt.

bb) In Nr.1 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

13. § 19b wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

b) Im Wortlaut werden die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ sowie die Angabe „Abs. 3“ durch die Angabe „Abs. 5 und 6“ ersetzt.

14. § 21 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und die Wörter „sowie für digitale Gesundheitsanwendungen“ werden angefügt.

b) In Abs. 2 wird nach dem Wort „gewordenen“ die Wörter „oder verlorengegangen“ eingefügt.

c) Abs. 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „und Geräte“ durch die Wörter „ , Geräte und Körperersatzstücke“ ersetzt.

bb) Die Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„²Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Batterien für Hörgeräte,
2. Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen sowie
3. Versicherungen für Hilfsmittel, Geräte und Körperersatzstücke im Sinne des Abs. 1 Satz 1.

³Die Sätze 1 und 2 Nr. 1 und 2 gelten nicht für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.“

d) Folgender Abs. 8 wird angefügt:

„(8) ¹Beihilfefähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen,

1. die im vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlichten Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V enthalten sind,
2. nach schriftlicher Verordnung einer Ärztin, eines Arztes, einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten,
3. in Höhe der Kosten für die Standardversion, sofern nicht aus ärztlicher oder therapeutischer Sicht die Notwendigkeit einer erweiterten Version schriftlich begründet wurde.

²Daneben sind die Aufwendungen für notwendiges und angemessenes Zubehör, soweit es ausschließlich für die Nutzung der Software zwingend erforderlich ist, beihilfefähig. ³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. die zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Endgeräte, deren technische Anbindung, Betrieb oder Telekommunikationsdienstleistungen,
2. Zweit- oder Mehrfachbeschaffungen zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten; dies gilt auch für den Fall, dass eine teurere Version der digitalen Gesundheitsanwendung Lizenzen für die Nutzung auf mehreren Endgeräten beinhaltet und
3. Zubehör, das den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen ist , insbesondere Aktualisierungs- oder Ergänzungssoftware für Betriebsprogramme, Kopfhörer, Mikrofone oder vergleichbare Hardware, digitale Waagen.“

15. § 22 wird wie folgt geändert:

- a) In Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- b) Abs. 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) In den Nrn. 1 und 2 werden jeweils nach der Angabe „(dpt)“ die Wörter „;bei Mehrstärkengläser ist der Fernteil maßgebend“ eingefügt.
 - bb) In Nr. 3 werden die Wörter „Dreistufen- oder Multifokalgläser“ durch das Wort „Gleitsichtgläser“ ersetzt.
- c) In Abs. 3 Satz 2 Satzteil vor Nr. 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- d) In Abs. 9 wird das Wort „Bildschirmbrillen“ durch das Wort „Bildschirmarbeitsbrillen“ ersetzt.

16. § 23 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 23

Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Schulung in Orientierung und Mobilität“.

b) Abs. 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nr. 1 wird die Angabe „ggf.“ gestrichen.

bb) Nr. 2 wird wie folgt geändert:

aaa) In Buchst a wird die Angabe „63,50 €“ durch die Angabe „85,00 €“ ersetzt.

bbb) In Buchst b wird die Angabe „50,48 €“ durch die Angabe „68,00 €“ ersetzt.

ccc) In Buchst c wird die Angabe „0,30 €“, durch die Angabe „0,40 €;“ ersetzt.

cc) Buchst. d wird aufgehoben.

dd) In Nr. 4 wird die Angabe „ggf.“ gestrichen.

17. § 24 wird wie folgt geändert:

a) Der Überschrift werden die Wörter „ , Übergangspflege im Krankenhaus“ angefügt.

b) Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 wird wie folgt gefasst:

„¹Die Aufwendungen einer nach Abs. 4 verordneten

1. notwendigen vorübergehenden häuslichen Krankenpflege in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung oder
2. psychiatrischen häuslichen Krankenpflege in Form von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung

sind beihilfefähig;“.

c) Abs. 2 wird wie folgt geändert:

aa) Im Satzteil vor Nr. 1 werden vor dem Wort „Kurzzeitpflege“ die Wörter „nach Abs. 4 verordnete“ eingefügt.

bb) In Nr. 2 wird das Wort „und“ durch einen Punkt ersetzt.

cc) Nr. 3 wird aufgehoben.

d) Die folgenden Abs. 3 und 4 werden angefügt:

„(3) ¹Aufwendungen für eine Übergangspflege, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (§ 28) vom Krankenhaus erbracht wird, sind für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung beihilfefähig, wenn

1. häusliche Krankenpflege (Abs. 1) oder
2. Kurzzeitpflege (Abs. 2, § 34) oder
3. Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen (§ 29) oder
4. Pflegeleistungen nach Abschnitt VI

nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden können. ²Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe der auf der Grundlage des § 39e SGB V in Verbindung mit § 132m SGB V vereinbarten Kosten. ³Nicht beihilfefähig sind während des Zeitraums der Übergangspflege Wahlleistungen im Sinne des Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG.

(4) Voraussetzung für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist bei Leistungen nach

1. Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 Nr. 1, Satz 2 und 3 sowie Abs. 2 die Verordnung durch eine Ärztin oder einen Arzt,
2. Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 Nr. 2 die Verordnung durch
 - a) eine Fachärztin oder einen Facharzt für
 - aa) Nervenheilkunde,

- bb) Neurologie,
 - cc) psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - dd) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - ee) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,
 - b) eine Psychologische Psychotherapeutin oder einen Psychologischen Psychotherapeuten,
 - c) eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; in therapeutisch begründeten Fällen auch in der Übergangsphase ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres der Patientin oder des Patienten,
3. Abs. 3 die Verordnung durch die behandelnde Krankenhausärztin oder den behandelnden Krankenhausarzt.“

18. In § 24a Abs. 1 Satz 5 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

19. In § 25 Abs. 3 Satz 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

20. § 26 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 Nr. 5 werden nach dem Wort „Behandlungen“ die Wörter „sowie bei Inanspruchnahme von Vorsorgemaßnahmen nach § 41“ eingefügt.
- b) In Satz 3 Halbsatz 2 wird nach dem Wort „Reisekostengesetzes“ die Angabe „(BayRKG)“ eingefügt.

21. In § 28 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 werden nach der Angabe „(BPfIV)“ die Wörter „sowie tagesstationäre Behandlungen nach § 115e SGB V“ eingefügt.

22. § 29 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:

aa) Der Wortlaut wird Satz 1 und im Satzteil nach Nr. 3 werden die Wörter „folgenden Absätze“ durch die Angabe „Abs. 2 bis 7“ ersetzt.

bb) Folgender Satz 2 wird angefügt:

„²Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder durch wohnortnahe Einrichtungen sind nach Maßgabe des Abs. 8 beihilfefähig.“

b) Abs. 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Satznummerierung „¹“ gestrichen.

bb) Die Sätze 2 bis 5 werden aufgehoben.

c) Nach Abs. 5 wird folgender Abs. 6 eingefügt:

„(6) ¹Voraussetzung 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 einer diagnosespezifischen fachärztlichen Bescheinigung 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. ²Eine Bescheinigung nach Satz 1 ist nicht erforderlich, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit (§ 40) eine Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme im Sinne des Abs. 4 erforderlich ist. ³Pflegen Beihilfeberechtigte (§ 2 Abs. 1 und 2) oder berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 3 Abs. 1 und 2) eine Angehörige oder einen Angehörigen ist abweichend von

Satz 1 eine begründete ärztliche Bescheinigung, dass die Maßnahme nach Abs. 4 nach Art und vorgesehener Dauer notwendig ist, ausreichend. ⁴Die Beihilfefähigkeit ist ab einer Dauer von 30 Tagen von der vorherigen Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Beihilfestelle abhängig. ⁵Die Anerkennung wird erteilt, wenn die lange Dauer ärztlich besonders begründet wird oder durch eine medizinische Bescheinigung nachgewiesen ist.“

d) Der bisherige Abs. 6 wird Abs. 7 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nr. 5 Satzteil vor Satz 2 Halbsatz 2 wird die Angabe „von 0,20 €“ durch die Wörter „und dem in Art. 6 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 BayRKG genannten Betrag“ ersetzt.

bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„³Im Rahmen einer familienorientierten Rehabilitation für berücksichtigungsfähige Kinder, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen oder Mukoviszidose leiden oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordern, gilt Satz 1 Nr. 3 und 5 unter sinngemäßer Anwendung des Satzes 2 auch für mehrere Begleitpersonen aus dem Kreis der Familienangehörigen.“

cc) In Satz 4 wird die Angabe „Abs. 5 Satz 2 bzw. 3“ durch die Wörter „Abs. 6 Satz 1 oder Satz 3 ersetzt.

e) Folgender Abs. 8 wird angefügt:

„(8) ¹Aus Anlass einer Behandlung in Einrichtungen nach Abs. 1 Satz 2 sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19, auch soweit eine Berechnung in Form von Tagespauschalen erfolgt,

2. für nachgewiesene Fahrtkosten bis zu 10 € pro Behandlungstag für die Hin- und Rückfahrt, sofern die Rehabilitationseinrichtung keine kostenfreie Transportmöglichkeit anbietet.

²Wurde ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in Art. 6 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 BayRKG genannte Betrag für jeden vollen Kilometer der Entfernung zwischen Wohnung und der Einrichtung beihilfefähig.“

23. § 30 wird wie folgt geändert:

- a) In Abs. 1 Nr. 2 werden das Wort „Müttergenesungskuren“ durch das Wort „Mütterkuren“ und die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- b) In Abs. 2 wird die Angabe „Abs. 5 Satz 2“ durch die Angabe „Abs. 6 Satz 1 oder Satz 3“ ersetzt.
- c) In Abs. 3 werden das Wort „Müttergenesungskuren“ durch das Wort „Mütterkuren“ und die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- d) Abs. 6 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 2 wird aufgehoben.
 - bb) Satz 3 wird Satz 2 und die Wörter „dem amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten“ werden durch die Wörter „nach einer diagnosespezifischen fachärztlichen Bescheinigung“ ersetzt.

24. § 32 wird wie folgt geändert:

- a) Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nr. 1 wird die Angabe „689 €“ durch die Angabe „761 €“ ersetzt.
 - bb) In Nr. 2 wird die Angabe „1 341 €“ durch die Angabe „1 432 €“ ersetzt.
- b) Abs. 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt geändert:

- aaa) In Nr. 1 wird die Angabe „316 €“ durch die Angabe „332 €“ ersetzt.
- bbb) In Nr. 2 wird die Angabe „545 €“ durch die Angabe „573 €“ ersetzt.
- ccc) In Nr. 3 wird die Angabe „728 €.“ durch die Angabe „765 €.“ ersetzt.
- ddd) In Nr. 4 wird die Angabe „901 €“ durch die Angabe „947 €“ ersetzt.

bb) Satz 7 Nr. 1 wird wie folgt gefasst:

- „1. während einer Verhinderungspflege nach § 33
 - a) Abs. 1 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr,
 - b) Abs. 2 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr und“.

cc) In Satz 10 werden die Wörter „Hilfe für behinderte Menschen“ durch das Wort „Behindertenhilfe“ ersetzt.

c) In Abs. 6 wird nach der Angabe „§ 37 Abs. 3“ die Angabe „bis 3c“ eingefügt.

25. § 33 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 33

Verhinderungspflege, Versorgung bei Inanspruchnahme von Vorsorge-
oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson“.

b) Nach Abs. 1 wird folgender Abs. 2 eingefügt:

„(2) ¹Betrifft die Verhinderung nach Abs. 1 Satz 1 eine pflegebedürftige Person der Pflegegrade 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet

hat, kann der beihilfefähige Höchstbetrag nach Abs. 1 Satz 1 um bis zu 100 % des Betrages nach § 34 Abs. 1 Satz 1 erhöht werden. ²Abs. 1 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.“

c) Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 3 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird das Wort „beihilfefähig.“ durch die Wörter „in Fällen

1. nach Abs. 1 für bis zu sechs Wochen und

2. nach Abs. 2 für bis zu zwei Monate

beihilfefähig.“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „findet Abs. 1“ durch die Wörter „finden die Abs. 1 und 2“ ersetzt.“

d) Die folgenden Abs. 4 und 5 werden angefügt:

„(4) ¹Aufwendungen für eine Versorgung einer pflegebedürftigen beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person in Einrichtungen nach § 29 Abs. 2 und 4, in der die Pflegeperson gleichzeitig selbst Leistungen

1. nach § 29 Abs. 2 und 4 oder

2. einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 23 Abs. 4 Satz 1 und § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB V, § 15 Abs. 2 SGB VI oder eine vergleichbare stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme,

in Anspruch nimmt, sind nach den näheren Vorgaben der Sätze 2 bis 4 sowie Abs. 5 beihilfefähig. ²Anstelle der Versorgung in einer Einrichtung nach § 29 Abs. 2 und 4 kann eine Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erfolgen, wenn die erforderliche Versorgung durch die Einrichtung nach § 29 Abs. 2 und 4 nicht sichergestellt werden kann. ³Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person selbst die Voraussetzungen für eine Beihilfegewährung nach § 29 Abs. 4 und 6 erfüllt. ⁴§ 32 Abs. 2 Satz 7 und 8 gilt nicht, solange sich die Pflegeperson in einer Einrichtung nach Satz

1 befindet und die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach Satz 1 oder Satz 2 versorgt wird.

(5) ¹Beihilfefähig sind bei einer Versorgung nach Abs. 4 Satz 1 die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die Unterkunft und Verpflegung sowie der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen bis zur Höhe des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts im Sinne des § 42a Abs. 5 Satz 2 bis 4 SGB XI. ²Abweichend von Satz 1 sind bei einer Versorgung nach Abs. 4 Satz 2 die Aufwendungen in Höhe des Gesamtheimentgelts für die jeweilige Pflegeeinrichtung im Sinne des § 42a Abs. 5 Satz 5 SGB XI beihilfefähig. ³§ 29 Abs. 7 Satz 1 Nr. 5 gilt entsprechend.“

26. § 34 wird wie folgt geändert:

- a) In Abs. 1 Satz 1 wird die Angabe „1 612 €“ durch die Angabe „1 774 €“ ersetzt.
- b) Abs. 3 wird wie folgt gefasst

„(3) § 33 Abs. 4 und 5 gilt entsprechend.“

27. § 35 wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 35

Aufwendungen für Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfelds sowie für digitale Pflegeanwendungen“.

- b) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„¹Beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. Pflegehilfsmittel,
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person,
3. digitale Pflegeanwendungen bei häuslicher Pflege, einschließlich ergänzender Unterstützungsleistungen durch ambulante Pflegeeinrichtungen, deren Erforderlichkeit das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte festgestellt hat, bis zu einem Betrag von insgesamt 50 € im Monat, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat.“

28. § 36 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„³Daneben sind Aufwendungen für Zuschläge nach den §§ 43b, 43c, 84 Abs. 9 SGB XI sowie § 132g SGB V beihilfefähig.“

bb) In Satz 5 werden nach dem Wort „gilt“ die Wörter „mit Ausnahme des Zuschlags nach § 132g SGB V“ eingefügt.

b) Abs. 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Aufwendungen“ die Wörter „zuzüglich eines gegebenenfalls zustehenden Zuschlags nach § 43c SGB XI“ eingefügt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

29. Dem § 37 werden die folgenden Sätze 3 und 4 angefügt:

„³Daneben sind Aufwendungen für einen Zuschlag nach § 132g SGB V beihilfefähig. ⁴Auf diesen Zuschlag ist § 31 Abs. 3 nicht anwendbar.“

30. § 38a wird wie folgt geändert:

- a) In Nr. 3 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und nach dem Wort „Wohnumfeldes“ werden die Wörter „sowie digitale Pflegeanwendungen“ eingefügt.
- b) Nach Nr. 6 wird folgende Nr. 7 eingefügt:

„7. Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach § 32 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 2 und Satz 2,“.
- c) Die bisherige Nr. 7 wird Nr. 8.

31. § 41 wird wie folgt geändert:

- a) In Abs. 1 Nr. 3 Halbsatz 2 wird die Angabe „70.“ durch die Angabe „75.“ ersetzt.
- b) Die Abs. 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„(2) ¹Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 3 beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem der in der Anlage 5 Nr. 1 genannten, im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK) zusammengeschlossenen universitären Zentren oder von deren Kooperationspartnern durchgeführt werden. ²Maßnahmen nach Satz 1 umfassen folgende Leistungen:

- 1. Risikofeststellung, Aufklärung und interdisziplinäre Beratung,
 - a) 900 € pro Familie für eine einmalige Risikofeststellung mit einer Aufklärung sowie einer interdisziplinären Erstberatung, einer Stammbaumerfassung und der Mitteilung des Genbefundes; die Pauschale umfasst auch die Beratung weiterer Familienmitglieder,

- b) bei Aufklärung zur diagnostischen genetischen Untersuchung durch einen Kooperationspartner der in Anlage 5 Nr. 1 genannten Zentren
 - aa) 400 €, sofern keine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum mehr erfolgt, oder
 - bb) 600 €, sofern noch eine Anschlussbetreuung im kooperierenden FBREK-Zentrum erfolgt,
 - c) 113 € einmalig für ein Entscheidungsscoaching für BRCA1/2-Mutationsträgerinnen durch spezialisiert Pflegende,
2. Genetische Untersuchung,
- a) 3 500 € für eine genetische Untersuchung bei einer an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankten Person (Indexfall); die genetische Analyse wird bei den Indexfällen durchgeführt; dabei handelt es sich in der Regel um einen diagnostischen Gentest, dessen Kosten der erkrankten Person zugerechnet werden,
 - b) 250 € für einen prädikativen Gentest; ein prädiktiver Gentest liegt vor, wenn sich aus dem Test keine Therapieoptionen für die Indexperson mehr ableiten lassen, die genetische Analyse also keinen diagnostischen Charakter hat; eine solche Situation ist gesondert durch eine schriftliche ärztliche Stellungnahme zu attestieren; die Kosten einer sich als prädiktiver Gentest darstellenden genetischen Analyse der Indexperson werden der gesunden ratsuchenden Person zugerechnet oder
 - c) sofern ratsuchende Personen bis 2015 getestet wurden,
 - aa) 2 600 € bei einer erneuten Genpanel-Untersuchung zur Komplettierung der Indextestung oder
 - bb) 920 € für eine bioinformatische Auswertung bei Vorliegen von Daten aus einer Komplementärdiagnostik,
3. Intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen,
- a) 672,80 € jährlich für intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgemaßnahmen oder
 - b) einmalig 672,80 €, sofern wegen des Wegfalls des erhöhten Risikos bei Nichterkrankten die intensivierte Früherkennung beendet wird

und im entsprechenden Kalenderjahr noch keine Pauschale nach Buchst. a erstattet wurde.

³Aufwendungen nach Satz 2 Nr. 2 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.

⁴Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Bestandteil der Früherkennungsmaßnahmen nach Satz 2 Nr. 3.

(3) ¹Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Darmkrebsrisiko sind für Personen nach den §§ 2 und 3 beihilfefähig, wenn die Maßnahmen in einem der in der Anlage 5 Nr. 2 genannten, im Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs (Hereditäres Nicht-Polypöses Colorektales Carcinom – HNPCC) zusammengeschlossenen universitären Zentren durchgeführt werden. ²Maßnahmen nach Satz 1 umfassen die

1. Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung,
 - a) einmalig 600 € für die erstmalige Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung einschließlich Erhebung des Familienbefundes und Organisation der diagnostischen Abklärung unter der Voraussetzung, dass die revidierten Bethesda-Kriterien in der Familie der ratsuchenden Person erfüllt sind,
 - b) 300 € für jede weitere Beratung einer Person, in deren Familie bereits das Lynch-Syndrom oder Polyposis-Syndrom bekannt ist,
2. Tumorgewebsdiagnostik,

500 € für die immunhistochemische Untersuchung am Tumorgewebe hinsichtlich der Expression der Mismatch-Reparatur-Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS sowie gegebenenfalls die Mikrosatellitenanalyse und Testung auf somatische Mutationen im Tumorgewebe; ist die Analyse des Tumorgewebes negativ und das Ergebnis eindeutig, sind Aufwendungen für weitere Untersuchungen auf eine Mutation nicht beihilfefähig,
3. Genetische Analyse,
 - a) 3 500 € für eine genetische Analyse zur Mutationssuche auf eine bis dahin in der Familie nicht identifizierte Keimbahnmutation bei einer an Darmkrebs erkrankten Person (Indexfall) oder bei Vorlie-

gen der Voraussetzungen bei einer ratsuchenden Person (Verdachtsfall), wenn die Einschlusskriterien und möglichst eine abgeschlossene Tumorgewebsdiagnostik, die auf das Vorliegen einer MMR-Mutation hinweist, vorliegen,

- b) 350 € für die prädiktive oder diagnostische Testung weiterer Personen auf eine in der Familie bekannte Genmutation,

4. Früherkennungsmaßnahmen,

540 € für eine jährliche endoskopische Untersuchung des Magendarmtraktes einschließlich Biopsien, Polypektomien und Videoendoskopien unter den Voraussetzungen, dass ein Lynch- oder ein Polyposis-Syndrom vorliegt.“

- c) Abs. 5 wird wie folgt geändert:

- aa) In Nr. 2 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

- bb) Folgende Nr. 3 wird angefügt:

- „3. ärztlich verordnete zugelassene Arzneimittel zur Präpositionsprophylaxe.“

32. § 43 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 Spalte „Indikationen“ wird wie folgt geändert:

- a) In Spiegelstrich 1 wird der Punkt am Ende durch ein Komma ersetzt.

- b) Folgender Spiegelstrich wird angefügt:

- „ – nach Kryokonservierung gemäß Abs. 4 bei nachgewiesener Fertilitätsstörung der Frau unabhängig von einer männlichen Fertilitätsstörung.“

33. In § 44 Abs. 5 Satzteil vor Nr. 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

34. In § 45 Abs. 1 Satz 5 werden die Wörter „stationären Notfallbehandlungen“ durch die Wörter „Notfallbehandlungen in Krankenhäusern“ ersetzt.

35. In § 46 Abs. 6 Satz 2 werden die Wörter „bzw. das Staatsministerium“ durch die Wörter „– im staatlichen Bereich das Staatsministerium –“ ersetzt.

36. § 47 wird wie folgt geändert:

a) In Abs. 2 Satz 4 Halbsatz 2 wird die Angabe „29“ durch die Angabe „28“ ersetzt.

b) Abs. 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 3 Halbsatz 2 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

bb) In Satz 5 Halbsatz 2 werden die Wörter „zwei % bzw. eins %“ durch die Wörter „2 % oder 1 %“ ersetzt.

37. § 48 wird wie folgt geändert:

a) Abs. 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „ , im staatlichen Bereich unter Verwendung der vom Staatsministerium herausgegebenen Formblätter“ gestrichen.

bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„²Zulässig ist die Verwendung von EDV-Ausdrucken der Beihilfefestsetzungsstellen.“

cc) In Satz 4 werden die Wörter „§ 1 Abs. 1 Satz 1 und 2 der Bayerischen E-Government-Verordnung“ durch die Wörter „§ 9 Abs. 1 Satz 1 und 2 der Bayerischen Digitalverordnung“ ersetzt.

- b) In Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 2 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- c) In Abs. 4 Satz 2 wird das Wort „stationäre“ durch das Wort „stationären“ ersetzt.
- d) In Abs. 5 wird die Angabe „§ 29 Abs. 5 Satz 4“ durch die Wörter „§ 26 Satz 1 Nr. 5, § 29 Abs. 6 Satz 4“ ersetzt.
- e) In Abs. 7 Satz 1 wird jeweils die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.
- f) Folgender Abs. 8 wird angefügt:

„(8) ¹Die nach Art. 96 Abs. 4 BayBG zuständigen Dienststellen überprüfen bei entsprechenden Anhaltspunkten die Möglichkeit der Feststellung und Geltendmachung etwaiger Regressansprüche. ²Zur Umsetzung im staatlichen Bereich ist die in Art. 96 Abs. 4 Satz 3 BayBG bezeichnete staatliche Stelle befugt, bei den Staatsanwaltschaften Auskünfte zu Strafverfahren gegen Leistungserbringer wegen berufsbezogener Vermögens- und Korruptionsdelikte einzuholen, die so erhaltenen Informationen darauf hin zu überprüfen, ob sich unter den Geschädigten Beihilfeberechtigte befinden und im Fall der Übereinstimmung zur Geltendmachung von Ansprüchen nach Satz 1 zu verwenden. ³Nähere Vorgaben zur Umsetzung können vom Staatsministerium und dem Staatsministerium der Justiz gemeinsam festgelegt werden. ⁴Die nach Art. 96 Abs. 4 Satz 3 BayBG zuständige staatliche Stelle hat die von den Staatsanwaltschaften übermittelten Daten unverzüglich zu löschen, sobald eine Verarbeitung dieser Daten für die Prüfung nach Satz 2 nicht mehr erforderlich ist. ⁵Dies gilt insbesondere für Daten Geschädigter, die nach der Prüfung als beihilfeberechtigt ausscheiden.“

38. § 51 wird wie folgt geändert

- a) In Abs. 1 wird die Angabe „bzw.“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

b) Dem Abs. 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

„³Bei Beurlaubungen ohne Dienstbezüge nach Art. 89 Abs. 1 und 4 BayBG, die vor dem ...**[einzusetzen: Tag vor dem Inkrafttreten der ÄndVO]** begonnen wurden, gilt § 5 Abs. 3 Satz 1 in der am ...**[einzusetzen: Tag vor dem Inkrafttreten der ÄndVO]** geltenden Fassung bis zur Beendigung der Beurlaubung.“

39. Anlage 2 wird wie folgt geändert:

a) Nr. 1 wird wie folgt geändert:

aa) Buchst. B Spiegelstrich 7 und Buchst. C Spiegelstrich 3 werden aufgehoben.

bb) In Buchst. H wird nach Spiegelstrich 1 folgender Spiegelstrich eingefügt:

„– Hernien, Behandlung ohne Operation“.

cc) Buchst. M wird aufgehoben.

dd) Dem Buchst. P Spiegelstrich 1 wird folgender Spiegelstrich vorangestellt:

„– Photobiomodulation (PBM) bei trockener altersbedingter Makuladegeneration (AMD)“.

ee) Dem Buchst. V wird folgender Spiegelstrich angefügt:

„– visuelle Restitutionstherapie“.

b) Nr. 2 wird wie folgt geändert

aa) Nach Buchst. g wird folgender Buchst. h eingefügt:

„h) Modifizierte Eigenblutbehandlung

Aufwendungen mit autologen Thrombozytenkonzentraten wie plättchenreiches Plasma (PRP) und plättchenreiches Fibrin (PRF) sind nur bei den folgenden Behandlungen beihilfefähig:

aa) Zahnheilkunde

nach Extraktion eines oder mehrerer Zähne

aaa) zum Volumenerhalt des Knochens beziehungsweise Alveolarfortsatzes (postextraktioneller, zum Beispiel präimplantologisch indizierter Kieferkammerhalt; Socket/Ridge Preservation) oder

bbb) zur Verbesserung der Alveolenheilung und Reduktion des Alveolitis-Risikos (PRF als solide PRF-Plug-Matrix) insbesondere im Rahmen einer operativen Weisheitszahnentfernung

bb) Augenheilkunde

bei einer trockenen Glandulae tarsales (Meibom-Drüsen-Dysfunktion, Sicca-Syndrom, Keratokonjunktivitis sicca etc.) mit autologen Serumaugentropfen aus Eigenblut als Tränenersatzstoff.“

bb) Die bisherigen Buchst. h und i werden die Buchst. i und j.

cc) Der bisherige Buchst. j wird Buchst. k und die Angabe „bzw.“ wird durch das Wort „oder“ ersetzt.

dd) Die bisherige Buchst. k wird Buchst. l.

40. Die Anlagen 3 und 4 erhalten jeweils die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

41. Anlage 5 wird wie folgt geändert:

a) Nr. 1 wird wie folgt geändert:

aa) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„1. Im Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK) zusammengeschlossene universitäre Zentren“.

bb) Nach Nr. 1.15 wird folgende Nr. 1.16 eingefügt:

„1.16 Lübeck
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs“.

cc) Die bisherigen Nrn. 1.16 bis 1.22 werden die Nrn. 1.17 bis 1.23.

b) Nr. 2 wird wie folgt gefasst

„2. Im Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs (HNPCC) zusammengeschlossene universitäre Zentren

2.1 Berlin

Gastroenterologie, Rheumatologie und Infektiologie der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hepatologie und Gastroenterologie der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Charité Mitte

2.2 Bochum

Medizinische Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Knappschaftskrankenhaus

2.3 Bonn

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Bonn, Biomedizinisches Zentrum

2.4 Dresden

Institut für Klinische Genetik des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden, Abteilung Chirurgische Forschung

2.5 Düsseldorf

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Düsseldorf

2.6 Halle (Saale)

Universitätsklinikum Halle (Saale)

2.7 Hamburg

II. Medizinische Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg

2.8 Hannover

Institut für Humangenetik der Medizinischen Hochschule Hannover

2.9 Heidelberg

Pathologisches Institut des Universitätsklinikums Heidelberg, Abteilung für Angewandte Tumorbologie

2.10 Leipzig

Klinik und Poliklinik für Onkologie, Gastroenterologie, Hepatologie, Pneumologie und Infektiologie des Universitätsklinikums Leipzig

2.11 Lübeck

Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Molekularpathologie, Campus Lübeck

2.12 Magdeburg

Medizinische Fakultät der Universitätsklinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg

2.13 München

Medizinische Klinik und Poliklinik IV der Ludwig-Maximilians-Universität München, Campus Innenstadt

Medizinisch-Genetisches Zentrum

2.14 Münster

Institut für Humangenetik des Universitätsklinikums Münster

2.15 Tübingen

Institut für Medizinische Genetik und angewandte Genomik des Universitätsklinikums Tübingen

2.16 Ulm

Klinik für Innere Medizin I des Universitätsklinikums Ulm“.

§ 2

Diese Verordnung tritt am ...**[einzusetzen: Datum des Inkrafttretens]** in Kraft.

München, den **[Ausfertigungsdatum]**

**Bayerisches Staatsministerium
der Finanzen und für Heimat**

Albert F ü r a c k e r , Staatsminister

Anhang
(zu § 1 Nr. 34)

Anlage 3
(zu § 19 Abs. 1)

Beihilfefähige Höchstbeträge für ärztlich und zahnärztlich verordnete Heilbehandlungen

¹Vorbemerkungen: Innerhalb des durch den Richtwert angegebenen Zeitrahmens ist die Therapiemaßnahme durchzuführen sowie die Vor- und Nachbereitung inklusive Dokumentation der Therapiemaßnahme. ²Der Richtwert darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

³Einige Maßnahmen sehen nach deren Durchführung eine Nachruhe vor. ⁴Der Zeitrahmen für die Nachruhe beträgt 20 bis 25 Minuten.

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag in Euro
Teil 1 Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	11,60
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	7,50
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90
	b) mittels Hauben	18,20
Teil 2 Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Befundung und Berichte	
	a) physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	16,50
	b) physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	63,50
4	Krankengymnastik (KG), auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	27,80
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage [KG-ZNS nach Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromus-	44,20

	kuläre Fazilitation (PNF)] bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 25 bis 35 Minuten	
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (KG-ZNS-Kinder nach Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 bis 45 Minuten	55,20
7	Krankengymnastik (KG) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	12,50
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) insbesondere bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	83,50
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	31,80
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	22,70
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 15 bis 25 Minuten	33,40
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik) als Einzelbehandlung, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	19,20
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	12,90
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,00
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe,	31,20

	Richtwert: 20 bis 30 Minuten	
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	21,80
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 bis 30 Minuten	15,60
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten je Behandlungstag	108,10
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten	52,40
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) als Einzelbehandlung, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,80
Teil 3 Massagen		
18	Massage eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perio- st-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	20,30
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 20 bis 30 Minuten	24,40
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,60
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	67,50
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität; Auf- wendungen für das notwendige Polster- und Binden- material (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	21,50
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der er- forderlichen Nachruhe, Richtwert: 15 bis 20 Minuten	31,70
Teil 4 Palliativversorgung		
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Pallia- tivversorgung,	66,00

	Richtwert: 60 Minuten	
Teil 5 Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 15 Minuten	13,60
23	Warmpackung eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Teilpackung	36,20
	c) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid, als Großpackung	47,80
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70
25	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30
26	Heublumensack, Peloidkompresse	12,10
27	Sonstige Packungen (zum Beispiel Wickel, Auflagen, Kompressen), auch mit Zusatz	6,10
28	Trockenpackung	4,10
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauße) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10
	b) Vollbad	17,60
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30

	b) Vollbad	52,70
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90
	b) Vollbad	43,30
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Photo-Therapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30
36	Medizinische Bäder mit Zusatz	
	a) Hand- oder Fußbad	8,80
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10
37	Gashaltige Bäder	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Hand- oder Fußbad, Teil- oder Vollbad mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge nach Nr. 36 Buchst. a bis c und nach Nr. 37 Buchst. b um 4,10 €. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nr. 36 Buchst. d beihilfefähig.	
Teil 6 Kälte- und Wärmebehandlung		
39	Kältetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen, Richtwert: 5 bis 10 Minuten	12,90
40	Wärmetherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mittels Heißluft Richtwert: 10 bis 20 Minuten	7,50
41	Ultraschall-Wärmetherapie, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	13,80

Teil 7 Elektrotherapie		
42	Elektrotherapie eines einzelnen Körperteils oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	8,20
43	Elektrostimulation bei Lähmungen, Richtwert: je Muskelnerveneinheit 5 bis 10 Minuten	17,60
44	Iontophorese	8,20
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad), Richtwert: 10 bis 20 Minuten	14,90
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 10 bis 20 Minuten	29,00
Teil 8 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie		
47	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall; bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig. Je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 60 Minuten	111,20
48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik; je Kalenderjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig, Richtwert: 30 Minuten	55,60
49	Bericht an die verordnende Person	6,20
50	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20
51	Einzelbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	49,40
	b) Richtwert: 45 Minuten	68,00
	c) Richtwert: 60 Minuten	86,50
52	Gruppenbehandlung bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	61,20
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen),	34,60

	Richtwert: 45 Minuten	
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	111,20
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10
Teil 9 Ergotherapie		
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80
54	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 45 Minuten	45,20
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 60 Minuten	60,90
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 75 Minuten	76,20
55	Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	135,60
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,32
56	Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	35,90
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	48,70
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 75 Minuten	60,30
57	Gruppenbehandlung (3 bis 6 Personen)	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	16,50
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	21,40

	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 105 Minuten	39,30
58	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	50,10
59	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung bei der Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall, Richtwert: 120 Minuten	152,40
60	Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 45 Minuten	39,40
61	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, je Teilnehmerin oder Teilnehmer, Richtwert: 60 Minuten	21,40
Teil 10 Podologie		
62	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	34,20
63	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	49,20
64	Podologische Befundung, je Behandlung	3,40
65	Erst- und Eingangsbefundung	
	a) Erstbefundung (klein), Richtwert: 20 Minuten	27,20
	b) Erstbefundung (groß), einmal je Kalenderjahr, Richtwert: 45 Minuten	54,50
	c) Eingangsbefundung, einmal je Leistungserbringer Richtwert: 20 Minuten	21,90
66	Therapiebericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	16,40
67	Anpassung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	96,40
68	Fertigung einer einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	52,80
69	Nachregulierung der einteiligen unilateralen oder bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	48,30
70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	92,00

71	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	52,60
72	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	16,80
73	Behandlungsabschluss ggf. unter Einschluss der Entfernung der Nagelkorrekturspange	25,20
Teil 11 Ernährungstherapie		
74	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 30 Minuten	38,70
75	Ernährungstherapeutische Anamnese, einmal je Behandlungsfall Richtwert: 60 Minuten	77,40
76	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten	63,40
77	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei	63,40
78	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,70
79	Ernährungstherapeutische Intervention als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
80	Ernährungstherapeutische Intervention im häuslichen oder sozialen Umfeld als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	77,40
81	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	27,10
82	Ernährungstherapeutische Intervention als Gruppenbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	54,20
Teil 12 Sonstiges		
83	Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal Werden auf demselben Weg mehrere Patientinnen oder Patienten besucht, sind die Aufwendungen nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	22,40
84	Besuch eines oder mehrerer Patienten in einer sozialen Einrichtung oder Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patient pauschal	14,61

85	Hausbesuch bei der Beratung im häuslichen und sozialen Umfeld (Mehraufwand) Der Hausbesuch ist nur beihilfefähig, wenn Leistungen nach der Nr. 55 Buchst. a bis c, Nr. 59 oder Nr. 80 ohne ärztlich verordneten Hausbesuch erbracht wurden. Aufwendungen für Leistungen der Nrn. 83 und 84 sind daneben nicht beihilfefähig.	22,40
86	Übermittlungsgebühr für Mitteilung oder Bericht an die verordnende Person	1,40“.

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

A

1. Abduktionslagerungskeil
2. Absauggerät (z.B. bei Kehlkopferkrankung)
3. Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z.B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)
4. Alarmgerät für Epileptiker
5. Anti-Varus-Schuh
6. Anus-praeter-Versorgungsartikel
7. Anzieh-/Ausziehhilfen
8. Aquamat
9. Armmanschette
10. Armtragegurt/-tuch
11. Arthrodesensitzkissen/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl
12. Atemtherapiegeräte
13. Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprühung)
14. Auffahrrampen für Krankenfahrstuhl
15. Aufrichteschlaufe
16. Aufrichtstuhl (für Aufrichtfunktion sind bis zu 150 € beihilfefähig)
17. Aufstehgestelle

18. Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)
19. Augenbadewanne/-dusche/-spülglas/-flasche/-pinsel/-pipette/-stäbchen
20. Augenschiellklappe, auch als Folie

B

1. Badestrumpf
2. Badewannensitz (nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritis)
3. Badewannenverkürzer
4. Ballspritze
5. Behinderten-Dreirad
6. Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
7. Bettnässer-Weckgerät
8. Bettschutzeinlagen (saugende Krankenunterlage) zur Sicherung der Behandlung einer Krankheit bei Harn- oder Stuhlinkontinenz oder beides
9. Beugebandage
10. Billroth-Batist-Lätzchen
11. Blasenfistelbandage
12. Blindenführhund (einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)
13. Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)
14. Blindenschriftmaschine
15. Blindenstock/-langstock/-taststock
16. Blutlanzette
17. Blutzuckermessgerät
18. Bracelet
19. Bruchband

C

1. Clavicula-Bandage
2. Communicator (bei Sprech- oder Sprachstörungen)
3. Computerspezialausstattung für Behinderte; Spezialhard- und -software bis zu 3 500 €, ggf. zuzüglich für eine Braillezeile mit 40 Modulen bis zu 5 400 €

D

1. Defibrillatorweste
2. Dekubitus-Schutzmittel (z.B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)
3. Delta-Gehrad
4. Drehscheibe, Umsetzhilfen
5. Duschsitz/-stuhl

E

1. Einlagen (orthopädische), auch sensomotorische/propriozeptive Einlagen
2. Einmal-Schutzhose bei Querschnittgelähmten
3. Ekzem-Manschette
4. Elektronische Systeme zur Informationsverarbeitung und Informationsausgabe für Blinde
5. Elektromobil
6. Elektro-Stimulationsgerät
7. Epicondylitisbandage/-spange mit Pelotten
8. Ernährungssonde

F

1. Farberkennungsgerät für Blinde sowie bei hochgradiger Sehbehinderung

2. Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
3. Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
4. Fingerling
5. Fingerschiene
6. Fixationshilfen
7. Fußteilentlastungsschuh

G

1. Gehgipsgalosse
2. Gehhilfen und -übungsgeräte
3. Gehörschutz
4. Genutrain-Aktiv-Kniebandage
5. Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
6. Geräte zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung einschließlich Sensoren bei Personen mit einer behandlungsbedürftigen Stoffwechselerkrankung wie einer behandlungsbedürftigen Diabetes mellitus, bei einer Verordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie sowie von sonstigen Fachärztinnen und Fachärzten mit einer diabetologischen Zusatzqualifikation; daneben sind die Aufwendungen eines Blutzuckermessgeräts zusätzlich beihilfefähig
7. Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
8. Gilchrist-Bandage
9. Gipsbett, Liegeschale
10. Glasstäbchen

11. Gummihose einschließlich saugender körpernah getragene Inkontinenzhilfen (insbesondere Fixierhosen für Inkontinenzvorlagen, saugende Inkontinenzhosen und -vorlagen) bei Blasen oder Darminkontinenz oder beides
12. Gummistrümpfe

H

1. Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
2. Handgelenkriemen
3. Hebekissen
4. Heimdialysegerät
5. Helfende Hand, Scherenzange
6. Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
7. Hörgeräte (Hinter-dem-Ohr-Geräte [HdO-Geräte] sowie In-dem-Ohr-Geräte [IdO-Geräte] einschließlich Otoplastik, Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte [C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals], drahtlose Hörhilfen), einschließlich der Nebenkosten, ab dem vollendeten 10. Lebensjahr begrenzt auf bis zu 1 500 € je Ohr, gegebenenfalls zuzüglich der Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Fernbedienung. Mehrkosten sind beihilfefähig, wenn nach einem fachärztlichen Gutachten (§ 48 Abs. 7) auf Grund einer beidseitigen an Gehörlosigkeit grenzenden Schwerhörigkeit oder bei vergleichbar schwerwiegenden Sachverhalten ansonsten eine ausreichende Versorgung Schwersthöriggeschädigter nicht zu gewährleisten ist.

I

1. Impulsvibrator
2. Infusionsbesteck ~~bzw.~~ oder-gerät und Zubehör
3. Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
4. Innenschuh, orthopädischer
5. Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)

6. Ipos-Vorfußentlastungsschuh

K

1. Kanülen und Zubehör
2. Katapultsitz
3. Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
4. Kieferspreizgerät
5. Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägrigkeit und bestehender Inkontinenz)
6. Klumpfußschiene
7. Klumphandschiene
8. Klyso
9. Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
10. Kniekappe/-bandage, Kreuzgelenkbandage
11. Kniepolster/Knierutscher bei Unterschenkelamputation
12. Knöchel- und Gelenkstützen
13. Körperersatzstücke einschließlich Zubehör (bei Brustprothesenhalter ist ein Eigenanteil von 15 €, bei Badeanzügen für Brustprothesenträgerinnen von 40 € zu berücksichtigen)
14. Kompressionsstrümpfe/-strumpfhose
15. Koordinator nach Schielbehandlung
16. Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
17. Kopfschützer
18. Korrektursicherungsschuh
19. Krabblerrahmen für Spastiker
20. Krampfaderbinde
21. Krankenfahrrad (auch elektrisch) mit Zubehör

- 22. Krankenpflegebett
- 23. Krankenstock
- 24. Kreuzstützbandage
- 25. Krücke

L

- 1. Latextrichter bei Querschnittlähmung
- 2. Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
- 3. Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
- 4. Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige
- 5. Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
- 6. Lispelsonde
- 7. Lumbalbandage

M

- 1. Malleotrain-Bandage
- 2. Mangoldsche Schnürbandage
- 3. Manutrain-Bandage
- 4. Maßschuhe (orthopädisch), die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen jeweils 64 € übersteigen (Eigenbeteiligung):
 - a) Straßenschuhe: Erstausrüstung 2 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 2 Jahren
 - b) Hausschuhe: Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 2 Jahren
 - c) Sportschuhe: Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 2 Jahren
 - d) Badeschuhe: Erstausrüstung 1 Paar; Ersatzbeschaffung in der Regel frühestens nach 4 Jahren

e) Interimsschuhe, ohne Ansatz einer Eigenbeteiligung

5. Milchpumpe
6. Mundsperrer
7. Mundstab/-greifstab

N

1. Narbenschützer
2. Neurodermitis-Overall für Kinder vor Vollendung des 12. Lebensjahres, begrenzt auf zwei pro Jahr bis zu 80 € je Overall

O

1. Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. Ä., auch Haltemanschetten usw.
2. Orthesenschuhe, soweit die Aufwendungen 64 € übersteigen
3. Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
4. Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen, bis zu maximal sechs Paar Schuhen pro Jahr
5. Orthopädischer Spezialschuh für Diabetiker, soweit die Aufwendungen 64 € übersteigen

P

1. Pavlikbandage
2. Penisklemme
3. Peronaeusschiene, Heidelberger Winkel
4. Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung
5. Polarimeter
6. Psoriasiskamm

Q

Quengelschiene

R

1. Reflektometer
2. Rektophor
3. Rollbrett
4. Rutschbrett

S

1. Schede-Rad
2. Schlafpositionsgerät zur Lagetherapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe (eine gleichzeitige Versorgung mit einem Atemtherapiegerät ist nicht beihilfefähig)
3. Schutzbrille für Blinde
4. Schutzhelm für Behinderte
5. Schwellstromapparat
6. Segofix-Bandagensystem
7. Sicherheitsmechanismus zum Schutz vor Nadelstichverletzungen für dritte Personen, wenn der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige selbst nicht zur Anwendung des Hilfsmittels in der Lage ist und es hierfür einer Tätigkeit der dritten Person bedarf, bei der eine Infektionsgefahr durch Stichverletzungen, insbesondere durch Blutentnahmen und Injektionen, besteht oder angenommen werden kann
8. Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
9. Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
10. Skolioseumkrümmungsbandage
11. Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
12. Sphinkter-Stimulator

13. Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
14. Spreizfußbandage
15. Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
16. Spritzen
17. Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkband-Schädigung, Lähmungszuständen und Achillessehnnenschädigung; die gleichzeitige Anerkennung der Aufwendungen einer Orthese gegebenenfalls zuzüglich eines Orthesenschuhs ist ausgeschlossen
18. Stehübungsgerät
19. Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
20. Strickleiter
21. Stubbies
22. Stumpfschuhhülle
23. Stumpfstrumpf
24. Suspensorium
25. Symphysen-Gürtel

T

1. (Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar
2. Therapeutisches Bewegungsgerät (nur mit Spasmenschaltung)
3. Therapiestuhl
4. Tinnitus-Gerät
5. Toilettenhilfen bei schwerbehinderten Menschen oder Personen mit Hüfttotalendoprothesen
6. Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
7. Tragegurtsitz

U

1. Übertragungsanlagen – zur Befriedigung von allgemeinen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zusätzlich zu einem Hörgerät oder einem Cochlea-Implantat oder wenn bei peripherer Normalhörigkeit auf Grund einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung eine pathologische Einschränkung des Sprachverstehens im Störschall besteht
2. Übungsschiene
3. Urinale
4. Urostomie-Beutel

V

1. Verbandsschuh (Einzelschuhversorgung)
2. Vibrationstrainer bei Gehörlosigkeit

W

1. Wasserfeste Gehhilfe
2. Wechseldruckgerät
3. Wright-Peak-Flow-Meter

Z

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set

BEGRÜNDUNG:

I. Allgemeines

1. Der Deutsche Bundestag hat durch Rechtsänderungen, die im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GvWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754, 2022 S. 1025) und im Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) vom 19. Juni 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 155), das zuletzt durch Art. 8w des Gesetzes vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) geändert worden ist, normiert sind, die rechtliche Grundlage für Veränderungen im Leistungsbereich der gesetzlichen Pflegeversicherung geschaffen.

Ergänzend hierzu wurde durch eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie, die am 18. Februar 2021 in Kraft getretenen ist, das Angebot an psychotherapeutischen Leistungsangebot insbesondere durch die Einführung der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung, erweitert.

2. Mit den entsprechenden Anpassungen der Bayerischen Beihilfeverordnung erfolgt eine systemkonforme Normierung der vom Bundestag beschlossenen inhaltlichen Vorgaben auf das eigenständige Beihilferecht.
3. Im Übrigen wird die Bayerische Beihilfeverordnung in verschiedenen Bereichen an den aktuellen medizinischen Entwicklungsstand angepasst. Ferner werden redaktionelle Unstimmigkeiten bereinigt.
4. Die Änderungen beruhen weitgehend auf geändertem Bundesrecht und unterliegen nicht dem Geltungsbereich der Paragraphenbremse.

II. Zu den einzelnen Vorschriften

Zu § 1

Änderung der Bayerischen Beihilfeverordnung

Zu Nr. 1 (§ 2)

Folgeänderung aufgrund des Gesetzes zur Neuausrichtung orts- und familienbezogener Besoldungsbestandteile vom 10. März 2023 (GVBl. Nr. 5/2023 S. 80).

Zu Nr. 2 (§ 3)

Zu Buchst. a und c

Redaktionelle Bereinigungen.

Zu Buchst. b

Die bisherigen Vorgaben zu einer möglichen Verlängerung des Zeitraums der Berücksichtigungsfähigkeit um die § 32 Abs. 5 des Einkommensteuergesetzes (EStG) genannten Zeiträume sind aufgrund der zeitlichen Begrenzung der Anwendung des § 32 Abs. 5 EStG (vgl. § 52 Abs. 32 Satz 2 EStG) durch Zeitablauf entbehrlich.

Zu Nr. 3 (§ 5)

Zu Buchst. a

Zu Doppelbuchst. aa

Zu Dreifachbuchst. aaa

Auflösung einer seltenen Konkurrenzsituation (zum Beispiel im Hochschulbereich). Danach wird ausgeschlossen, dass bei zwei aktiven Dienstverhältnissen eine Beihilfegewährung aus zwei nebeneinanderstehende Beihilfeansprüche erfolgt. Inhaltlich entspricht dies den Vorgaben beim Aufeinandertreffen von zwei Beihilfeberechtigungen aufgrund der Ansprüche aufgrund von zwei Versorgungsbezügen.

Zu Dreifachbuchst. bbb

Folgeänderung zu Dreifachbuchst. aaa.

Zu Dreifachbuchst. ccc

Folgeänderung zu Dreifachbuchst. aaa. Im Übrigen vgl. Doppelbuchst. bb.

Zu Doppelbuchst. bb

Zur redaktionellen Klarstellung wird der zweite Halbsatz der bisherigen Nr. 3 inhaltlich unverändert in einen neuen Satz 2 überführt.

Zu Buchst. b

Es wird klargestellt, dass auch ein dem Grunde nach bestehender, das heißt auch nachrangiger Anspruch auf Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegeln für Beamtinnen und Beamte zum Ausschluss der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger führt. Aufwändige Wechsel der Zuständigkeit zwischen verschiedenen Dienstherrn bei Übergang zum Beispiel von der Elternzeit in eine familienpolitische Beurlaubung werden vermieden (Verwaltungsvereinfachung, insbesondere durch nicht mehr erforderlichen dienstherrenübergreifenden Wechsel der Zuständigkeiten).

Durch eine Übergangsregelung in § 51 wird sichergestellt, dass es bei Beurlaubungen nach Art. 89 Abs. 1 und 4 des Bayerischen Beamtengesetzes (BayBG), die vor dem **[Tage vor dem Inkrafttreten dieser ÄndVO]** begonnen werden, es bei den Zuständigkeiten nach dem bis dahin geltenden Rechtsstand des § 5 Abs. 3 Satz 1 verbleibt (Nr. 30)

Zu Buchst. c

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Nr. 4 (§ 6)

Zu Buchst. a

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Buchst. b

Redaktionelle Folgeänderung zu Nr. 1.

Zu Nr. 5 (§ 7)

Zu Buchst. a

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Buchst. b und c

Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind die zur Nutzung telemedizinischer Maßnahmen wie etwa Telesprechstunden erforderlichen Endgeräte (zum Beispiel Smartphone, Tablet, Laptop, Smartwatch, Kamera). Es ist davon auszugehen, dass diese Endgeräte regelmäßig nicht ausschließlich für die Nutzung der telemedizinischen Maßnahme angeschafft und verwendet werden und heutzutage im Rahmen der allgemeinen Lebensführung bereits im Haushalten vorhanden sind.

Ebenfalls ausgeschlossen sind die anfallenden Kosten für den Strom und Datenverbrauch (allgemeinen Lebenshaltungskosten). Zum einen ist es in der Praxis nahezu ausgeschlossen, den durch die digitale Erbringung medizinischer Leistungen erhöhten Strom und Datenverbrauch gezielt nachweis- und nachprüfbar zu erfassen. Zum anderen sind die zusätzlichen Kosten für den erhöhten Stromverbrauch sowie den erhöhten Datenverbrauch im Zeitalter von WLAN sowie Flatratetarifen vernachlässigbar.

Vom Ausschluss nicht erfasst werden medizinisch-technischer Geräte, welche beispielsweise bei der Übertragung von Daten von implantierten Medizinprodukten (zum Beispiel Herzschrittmacher) für die telemedizinische Fernkontrolle oder ausschließlich für die medizinische Behandlung (zum Beispiel Transmitter beim Telemonitoring bei chronischer Herzinsuffizienz mittels kardialer Aggregate) notwendig sind bzgl. der Aufwendungen für Beschaffung und Betrieb dieser Geräte. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind auch bei diesen Geräten die Kosten für Telekommunikationsdienstleistungen.

Zu Nr. 6 (§ 9)

Zu Buchst. a

Aufgrund der Erweiterung des Katalogs der psychotherapeutischen Leistungen um die Gruppendynamischen Grundversorgung (vergleiche Buchst. c) wird Satz 1 zur besseren Handhabung und unter Berücksichtigung der Intensität der verschiedenen Behandlungsformen numerisch untergliedert.

Zu Buchst. b

Zu Doppelbuchst. aa

Zu Dreifachbuchst. aaa

Folgeänderung zu Buchst. c

Zu Dreifachbuchst. bbb

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Doppelbuchst. bb

Inhaltliche Anpassung der jeweils maßgebenden Fundstelle.

Zu Buchst. c

Abs. 3

In der Vergangenheit sind die bei psychotherapeutischen Langzeittherapien zwingend eingeholten Gutachten in der Regel den Therapievorschlügen der behandelnden ärztlichen und nichtärztlichen Therapeutinnen und Therapeuten gefolgt. Es wird deshalb eine Grundlage für den fakultativen Verzicht auf das psychotherapeutische Gutachterverfahren eingeführt. Die Durchführung eines Gutachterverfahrens bei bestehenden individuellen Unklarheiten ist jedoch mit Rücksicht insbesondere auf die kommunalen Dienstherrn weiterhin möglich. Demgemäß bleibt es Festsetzungsstellen, die den erforderlichen Sachverstand z.B. aufgrund ihrer Größe nicht im erforderlichen Maß vorhalten können, unbenommen, das bisherige Gutachterverfahren beizubehalten.

Im Fall der Nutzung der fakultativen Verzichtsmöglichkeit kann jedoch das Verwaltungsverfahren beschleunigt, zugunsten der Beihilfeberechtigten der Beginn von psychotherapeutischen Langzeittherapien früher ermöglicht und gleichzeitig Ausgaben verringert werden (Wegfall der im bisherigen zweistufigen Gutachterverfahren anfallenden Kosten für Gutachten von jeweils 50 €, die in voller Höhe von der zuständigen Beihilfestelle zu tragen sind).

Abs. 4

Aufnahme der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung in den Leistungskatalog der Beihilfe entsprechend des für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen geltenden § 11a der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Abs. 4

Angesichts der heute bestehenden Vielfalt bei der Inanspruchnahme von probatorischen Sitzungen erfolgt eine Festlegung der beihilferechtlichen Vorgaben in einem neuen Abs. 5 in Anlehnung an den für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen geltenden § 12 Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Zu Buchst. d

Zu Doppelbuchst. aa und bb

Präzisierung der bisherigen Ausnahmeregelung in einem neuen Satz 2. Diese inhaltliche Anpassung in Anlehnung an die auf Bundesrecht beruhenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 13 Psychotherapie-Richtlinie) dient der Übernahme des heute anerkannten Leistungsstandards. Da bereits in § 7 Abs. 1 Satz 2 eine Bezugnahme auf die amtlichen Gebührenordnungen erfolgt, wird zur Vermeidung einer Mehrfachverweisung die bisherige Bezugnahme auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gestrichen.

Zu Doppelbuchst. cc

Klarstellung, dass der nach Abs. 5 (neu) mögliche Verzicht auf Einholung einer gutachtlichen Bewertung ebenfalls beim Wechsel von einer Kurz- zu einer Langzeittherapie anzuwenden ist.

Zu Doppelbuchst. dd

Folgeänderung zu Doppelbuchst. bb

Zu Buchst. e bis g

Folgeänderung zu Buchst. c, mit einer redaktionellen Bereinigung in Buchst. f.

Zu Nr. 7 (§ 10)

Redaktionelle Bereinigungen.

Zu Nr. 8 (§ 11)

Zu Buchst. a

Zu Doppelbuchst. aa

Da bereits in § 7 Abs. 1 Satz 2 eine Bezugnahme auf die amtlichen Gebührenordnungen erfolgt, wird zur Vermeidung einer Mehrfachverweisung die bisherige Bezugnahme auf die GOÄ gestrichen.

Zu Doppelbuchst. bb

Nach den bisherigen Erfahrungen in der täglichen Praxis werden Anträge auf eine psychotherapeutische Weiterbehandlung nach Ausschöpfung der normierten Höchstgrenze oftmals von den hinzugezogenen Gutachterinnen und Gutachtern abgelehnt. Es wird deshalb klargestellt, dass die Anerkennung einer weiteren begrenzten Anzahl von Sitzungen auch in den Fällen, in denen nach § 9 Abs. 5 - neu - zunächst auf die Einholung eines Gutachtens verzichtet wurde, nur auf der Grundlage eines befürwortenden Gutachtens möglich ist.

Zu Buchst. b

Neben einer redaktionellen Bereinigung erfolgt eine Differenzierung der Zahl der Sitzungen einer Kurzzeittherapie nach verschiedenen Personengruppen entsprechend des für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen geltenden § 11a der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Zu Buchst. c

Redaktionelle Bereinigungen.

Zu Buchst. d

Die Behandlung von Personen zwischen dem 18. und 21. Lebensjahres kann auch von Psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten mit entsprechender Ausbildung zur Behandlung von Erwachsenen zu den in Abs. 1 genannten Rahmenbedingungen für Erwachsene durchgeführt werden. Diese inhaltliche Anpassung an die auf Bundesrecht beruhenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 1 Abs. 4 Satz 3 und 4 der Psychotherapie-Richtlinie) dient der Übernahme des heute anerkannten Leistungsstandards.

Zu Nr. 9 (§ 12)

Zu Buchst. a

Da bereits in § 7 Abs. 1 Satz 2 eine Bezugnahme auf die amtlichen Gebührenordnungen erfolgt, wird zur Vermeidung einer Mehrfachverweisung die bisherige Bezugnahme auf die GOÄ gestrichen.

Zu Buchst. b

Redaktionelle Bereinigungen.

Zu Buchst. c

Die Behandlung von Personen zwischen dem 18. und 21. Lebensjahres kann auch von Psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeuten mit entsprechender Ausbildung zur Behandlung von Erwachsenen durchgeführt werden. Diese inhaltliche Anpassung an die auf Bundesrecht beruhenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 1 Abs. 4 Satz 3 und 4 der Psychotherapie-Richtlinie) dient der Übernahme des heute anerkannten Leistungsstandards.

Zu Nr. 10 (§ 12a)

Redaktionelle Bereinigungen.

Zu Nr. 11 (§ 18)

Vergleichbar § 31 Abs. 1 Satz 2 SGB V wird zur Eingrenzung der Medizinprodukte, die als Arzneimittel zu bewerten sind, als Referenz auf das Medizinproduktegesetz in der bis einschließlich 25. Mai 2021 geltenden Fassung Bezug genommen.

Zu Nr. 12 (§ 19)

Zu Buchst. a

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gilt seit 2020 eine erweiterte Verordnungsbefugnis für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für Ergotherapie im Bereich der Heilmittel (BAnz AT 17. Dezember 2020 B7). Durch die systemkonforme Übertragung in das

Beihilferecht wird eine Beschleunigung der Behandlung erreicht, da die bisher erforderliche zusätzliche ärztliche Inanspruchnahme zur Ausstellung einer entsprechenden Verordnung von ergotherapeutischen Leistungen entfällt.

Zu Buchst. b

. Redaktionelle Bereinigung.

Zu Buchst. c

Redaktionelle Anpassung an die bereits in der Anlage 3 Nr. 16 enthaltene Sprachregelung sowie Durchführung einer redaktionellen Bereinigung

Zu Nr. 13 (§ 19b)

Redaktionelle Anpassung an die Neufassung des § 9 des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes durch das Gesetz vom 21. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3229) sowie Durchführung einer redaktionellen Bereinigung.

Zu Nr. 14 (§ 21)

Zu Buchst. a

Folgeänderung zu Buchst. d.

Zu Buchst. b

Durch die Ergänzung wird eine Regelungslücke bezüglich verloren gegangener beihilfefähiger Hilfsmittel (zum Beispiel Hörgeräte) geschlossen, die Verwaltungspraxis wird vereinfacht.

Zu Buchst. c

Zu Doppelbuchst. aa

Klarstellung, dass die Vorgaben des Abs. 4 Satz 1 auch für Körpersatzstücke gelten.

Zu Doppelbuchst. bb

Satz 2

In zunehmenden Maß werden für Hilfsmittel, Geräte und Körperersatzstücke die verschiedensten Versicherungen (zum Beispiel Garantieverlängerungen) angeboten. Vergleichbar dem bestehenden Ausschluss für Brillenversicherungen (§ 22 Abs. 9) wird in der Nr. 3 klargestellt, dass neben den bisherigen Ausschlüssen (Nrn. 1 und 2) Versicherungen für Hilfsmittel, Geräte und Körperersatzstücke ebenfalls nicht beihilfefähig sind.

Satz 3

Klarstellung, dass von den bestehenden Ausnahmen für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Aufwendungen für Versicherungen nicht erfasst werden.

Zu Buchst. d

Durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) vom 9. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2562) wurde für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung eine neuartige und speziellen Form der medizinischen Versorgung mittels Gesundheits-Apps als neue Leistung eingeführt (§ 33a SGB V). Da zwischenzeitlich die Anwendung von Digitalen Gesundheitsanwendung auch in der Praxis als etabliert anzusehen ist, erfolgt mittels der Ergänzung des § 21 um einen neuen Abs. 8 eine systemkonforme Übertragung in das bayerischen Beihilferecht.

Zu Satz 1

Zur Abgrenzung von medizinisch notwendigen digitalen Gesundheitsanwendungen von Fitness- und anderer Gesundheitssoftware wird auf das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, das auch Maßgaben, Diagnosen und Voraussetzungen sowie Nutzungs- und Anwendungsdauer enthält, zurückgegriffen. Bekanntmachung zu den digitalen Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte werden im BAnz veröffentlicht.

Angemessen im Sinne des § 7 sind regelmäßig die Aufwendungen der Standardversion einer digitalen Gesundheitsanwendung. Erweiterte Versionen können in Ausnahmefällen dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die Notwendigkeit der Anwendung einer erweiterten Version schriftlich begründet wird, zum Beispiel in der schriftlichen Verordnung (zum Beispiel die erweiterte Version ermöglicht erst die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung für behinderungsbedingt eingeschränkte Personen).

Satz 2

Für einige digitalen Gesundheitsanwendungen wird zur Sicherstellung der Funktion spezielles Zubehör benötigt. Durch Satz 2 wird sichergestellt, dass in diesen Fällen das für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen erforderliche Zubehör – abweichend von Satz 3 Nr. 3 – beihilfefähig ist.

Satz 3 Nr.1

Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind die zur Nutzung der Digitalen Gesundheitsanwendung erforderlichen Endgeräte (zum Beispiel Smartphone, Tablet, Laptop, Smartwatch), da davon auszugehen, dass diese Endgeräte regelmäßig nicht ausschließlich für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen angeschafft und verwendet werden bzw. bereits im Haushalt vorhanden sind. Es ist davon auszugehen, dass heutzutage solche Endgeräte im Rahmen der allgemeinen Lebensführung in Haushalten bereits vorhanden sind.

Ebenfalls als Teil der allgemeinen Lebenshaltung sind die anfallenden Kosten für Strom und Datenverbrauch nicht beihilfefähig, da zum einen ein Software bedingter Mehrverbrauch an Strom nicht nachprüfbar zu erfassen ist. Gleich gilt angesichts von WLAN-Verbindung und Flatratetarifen für einen möglichen Datenmehrverbrauch.

Satz 3 Nr. 2

Die Nutzung von Zweit- und Mehrfachbeschaffungen von digitalen Gesundheitsanwendungen zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten ist als medizinisch nicht notwendig zu bewerten, da hierfür regelmäßig der Nutzerkomfort im Vordergrund stehen. Dies gilt auch für den Fall, dass eine teurere Version der digitalen Gesundheitsanwendung beschafft wird, welche Lizenzen zur Nutzung auf mehreren Endgeräten beinhaltet.

Satz 3 Nr. 3

Die Aufwendungen für Zubehör, das auch ohne die digitale Gesundheitsanwendung genutzt werden kann (zum Beispiel Kopfhörer, digitale Waagen) sind als Teil der allgemeinen Lebenshaltung nicht beihilfefähig.

Zu Nr. 15 (§ 22)

Zu Buchst. a

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Buchst. b

Doppelbuchst aa

Normative Klarstellung zur Erhöhung der Rechtssicherheit mit Festlegung auf den in der Fachwelt üblichen Fernwert.

Doppelbuchst. bb

Ein erforderlicher Sehausgleich in mehreren Entfernungsbereichen, der durch eine Sehhilfe erfolgen soll, wird heute üblicherweise mittels Gleitsichtgläser sichergestellt. Mit der Änderung erfolgt eine normative Anpassung an die heutige übliche Versorgungsform.

Zu Buchst. c

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Buchst. d

Redaktionelle Klarstellung, dass nur Sehhilfen, die für die Tätigkeit am Arbeitsplatz benötigt werden, von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind. Die angemesseneren Aufwendungen für Bildschirmarbeitsbrillen werden in vollem Umfang von Dienstherrn übernommen.

Zu Nr. 16 (§ 23)

Zu Buchst. a

Redaktionelle Anpassung an die heute übliche Bezeichnung.

Zu Buchst. b

Zu Doppelbuchst. aa und dd

Redaktionelle Bereinigungen.

Zu Doppelbuchst. bb und cc

Anpassung der beihilfefähigen Höchstbeträge an die Vergütungssätze des Vertrags gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Blindenlangstöcken sowie der Schulung in Orientierung und Mobilität (O&M) für blinde und sehbeeinträchtigte Menschen.

Zu Nr. 17 (§ 24)

Zu Buchst. a

Folgeänderung zu Buchst d

Zu Buchst. b

Klarstellung, dass neben der körperbezogenen Behandlungspflege, bei psychisch schwer erkrankten Menschen auch die psychiatrische häusliche Krankenpflege als besondere Form der häuslichen Krankenpflege beihilfefähig ist. Dadurch können Krankenhausaufenthalte vermieden und Liegezeiten verkürzt werden (Kosteneinsparung).

Zu Buchst c

Folgeänderung zu Buchst. d, Abs. 4 (neu)

Zu Buchst. d

Abs. 3 (neu)

Durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz wurde 2021 für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung die Übergangspflege im Krankenhaus, die in unmittelbarem Anschluss an eine abgeschlossene stationäre Krankenhausbehandlung vom bisher behandelnden Krankenhaus erbracht wird, als neue Leistung eingeführt (§ 39e SGB V). Mit der Ergänzung des § 24 um einen neuen Abs. 3 erfolgt eine systemkonforme Übertragung in die Bayerische Beihilfeverordnung.

Beihilfefähig ist der Betrag, der nach § 132m SGB V von den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft geschlossen werden, vergleiche auch die Gemeinsame Empfehlung zur Erbrin-

gung und Abrechnung einer Übergangspflege im Krankenhaus für privat krankenversicherte Patienten zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der privaten Krankenversicherung vom 15. März 2022.

Da es sich somit um keine originären Krankenhausleistungen im Sinne des § 28 handelt, sind Aufwendungen für gegebenenfalls an den Tagen der Übergangspflege zusätzlich liquidierte Wahlleistungen nicht beihilfefähig, demzufolge sind auch keine Eigenbehalte nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG zu berücksichtigen.

Mit den vorstehenden Änderungen wird eine entsprechende Vorgriffsregelung entbehrlich (Schreiben des StMFH vom 3. Dezember 2021, Gz. 25-P 1820-9/60).

Abs. 4 (neu)

Die Spezialität der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege bedingt einerseits die Öffnung der Verordnungsfähigkeit auch auf nichtärztliche Therapeutinnen und Therapeuten – und damit eine systemkonforme Übertragung der im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bestehenden Verordnungsmöglichkeiten (Verordnungsbefugnis von Psychotherapeuten für psychiatrische häusliche Krankenpflege vom 17. September 2020 (BANZ AT 4. Dezember 2020 B3) als auch die Beschränkung auf bestimmte indikationsbezogene Fachärztinnen und Fachärzte. Ferner wird klargestellt, dass bei allen Formen einer vorübergehenden Krankenpflege nach den Abs. 1 bis 3 die Vorlage einer entsprechenden Verordnung erforderlich ist.

Zu Nr. 18 (§ 24a)

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Nr. 19 (§ 25)

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Nr. 20 (§ 26)

Zu Buchst. a

Es wird klargestellt, dass die Nr. 5 während des Zeitraums einer Ausnahmesituation nicht nur Fahrten anlässlich von Behandlungen, sondern auch Fahrten zur Inanspruchnahme von in diesen Zeitraum fallenden, in der Regel turnusmäßigen Vorsorgeleistungen (zum Beispiel Krebsvorsorgeuntersuchungen) oder Schutzimpfungen erfasst.

Zu Buchst. b

Es handelt sich um eine redaktionelle Ergänzung.

Zu Nr. 21 (§ 28)

Durch das Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfLEG) vom 22. Dezember 2022 (BGBl. I S. 2793) wurden der Leistungskatalog des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch ab 1. Januar 2023 erweitert. In Form des neuen § 115e SGB V ist in geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Krankenhausbehandlung die Möglichkeit einer tagesstationären Behandlung im Krankenhaus vorgesehen. Durch die systemkonforme Übertragung auf den Bereich entstehen keine Mehrkosten, vielmehr ist in den entsprechenden Behandlungsfällen von Einsparungen auszugehen (Vermeidung einer Übernachtung im Krankenhaus).

Zu Nr. 22 (§ 29)

Buchst. a

Folgeänderung zu Buchst. b, c und e.

Buchst. b und c

Zur Verbesserung der Anwendbarkeit werden die bisherigen komplexen Vorgaben des Abs. 5 in zwei Absätze aufgeteilt.

Abs. 5

Entspricht dem bisherigen Satz 1 (erfasst Anschlussheil- und Suchtbehandlungen nach Abs. 2 und 3).

Abs. 6 (neu)

Erfasst die Voraussetzungen zur Anerkennung der Aufwendungen der Behandlung in sonstigen stationären Rehabilitationseinrichtungen (Abs. 4) einschließlich der Abweichungen für pflegende Personen sowie bei Feststellung einer Rehabilitationsbedürftigkeit im Rahmen der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit durch eine soziale oder private Pflegeversicherung.

Bislang werden weitüberwiegend alle im individuellen Krankheitsfall fachärztlich verordneten bzw. befürworteten stationären Rehabilitationsmaßnahmen auf der Grundlage des Ergebnisses eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachterverfahrens bewilligt. Hierbei ist festzustellen, dass die amtsärztlichen Bewertungen in der Regel nicht von den diagnosespezifischen fachärztlichen Bescheinigungen der Notwendigkeit einer im individuellen Fall erforderlichen stationären Rehabilitationsmaßnahme abweichen. Es erfolgt deshalb die Umstellung der Prüf- und Bewilligungsvoraussetzungen vom amtsärztlichen Gutachterverfahren hin zu einer alleinigen diagnosespezifischen fachärztlichen Bescheinigung.

Dadurch wird das Verwaltungsverfahren vereinfacht und beschleunigt (Entlastung der Gesundheitsämter, Beschleunigung des Beginns einer stationären Rehabilitationsbehandlung), die Ausgaben werden verringert (Wegfall der Beihilfe zu Kosten der Begutachtung durch Gesundheitsämter).

Buchst. d

Doppelbuchst. aa

Die bisherige Berechnung der individuellen Entfernungspauschale anhand eines festen nominalen Betrages pro Entfernungskilometer wird durch einen dynamischen Bezug auf den in Art. 6 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 des Bayerischen Reisekostengesetzes genannten Betrag ersetzt. Eine vergleichbare Bezugnahme besteht bereits in § 26 Satz 3.

Doppelbuchst. bb

Erweiterung der Indikationen für familienorientierte Rehabilitationen um Organtransplantationen. Das Verwaltungsverfahren wird vereinfacht (sachlich gerechtfertigte Ausnahmeentscheidungen nach § 49 Abs. 2 sind nicht mehr erforderlich, Beschleunigung des Beginns entsprechender Rehabilitationsmaßnahmen).

Doppelbuchst. cc

Folgeänderung zu Buchst. b und c.

Zu Buchst e

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung werden die Voraussetzungen der Beihilfegewährung von wohnortnahen ambulanten Rehabilitationen zur Verwaltungsvereinfachung eigenständig normiert und damit gewährleistet, dass die beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen in der Regel die für Behandlungen berechneten Tagespauschalen beihilfefähig sind. Angesichts der täglichen Rückkehr in das häusliche Umfeld sind gesondert verrechnete Kosten der Verpflegung während des Aufenthalts in Rehabilitationseinrichtung als Kosten der allgemeinen Lebenshaltung, die aus den Bezügen zu bestreiten sind, nicht beihilfefähig. Soweit ein von der Einrichtung zur Verfügung gestellter bzw. organisierter Fahrdienst nicht bereits durch die Tagespauschale abgedeckt ist, wird ein eigenständiger beihilfefähiger Höchstbetrag unabhängig von der Art des individuell gewählten Transportmittels normiert. Die Begrenzung des beihilfefähigen Höchstbetrages erfolgt aufgrund der durch die Wohnortnähe möglichen Nutzung von Verkehrsverbünden sowie des Deutschladtickets im öffentlichen Nahverkehr.

Zu Nr. 23 (§ 30)

Zu Buchst. a und c

Redaktionelle Anpassung an die heute übliche Bezeichnung sowie Durchführung einer redaktionellen Bereinigung.

Zu Buchst. b

Redaktionelle Folgeänderung zu Nr. 17 Buchst c.

Zu Buchst. d

Das bisherige Voranerkennungsverfahren auf der Grundlage einer amts- oder vertrauensärztlichen Begutachtung bei aktiven beihilfeberechtigten Personen wird aufgehoben, da in der Vergangenheit die amtsärztliche Bewertung in der Regel nicht

von der ärztlichen Bescheinigung der Notwendigkeit einer im individuellen Fall erforderlichen Kurmaßnahme abgewichen ist. Sie wird ersetzt durch eine Bescheinigung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes, die bereits heute bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen und Versorgungsempfängern ausreichend ist. Bei einer wiederholten Durchführung von Kurmaßnahmen in kürzeren Zeiträumen als drei Jahren bei schweren chronischen Erkrankungen erfolgt eine Umstellung der Prüf- und Bewilligungsvoraussetzungen vom amtsärztlichen Gutachterverfahren hin zu einer alleinigen diagnosespezifischen fachärztlichen Bescheinigung.

Das Verwaltungsverfahren wird vereinfacht (Entlastung der Gesundheitsämter, Beschleunigung des Beginns einer Kurmaßnahme bei aktiven beihilfeberechtigten Personen bzw. bei wiederholten Maßnahmen in kürzeren Zeitabständen), die Ausgaben werden verringert (Wegfall der Beihilfe zu Kosten der Begutachtung durch Gesundheitsämter).

Zu Nr. 24 (§ 32)

Zu Buchst. a

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz sowie dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz wurde die Leistungsbeträge des SGB XI im Bereich der Berufspflegekräfte angehoben. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 und 3 werden die beihilfefähigen Leistungen auf den entsprechenden Satz des SGB XI angehoben. Bei den Pflegeraden 4 und 5 werden die bisherigen beihilfefähigen Höchstbeträge beibehalten, da diese die (neuen) Höchstsätze nach dem SGB XI übersteigen. Mit der Änderung werden die entsprechende Vorgriffsregelungen entbehrlich (Schreiben des StMFH vom 3. Dezember 2021, Gz. 25-P 1820-9/60 sowie vom 8. Dezember 2023, Gz. 25-P 1820-9/93).

Zu Buchst. b

Doppelbuchst. aa

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz wurde das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfe angehoben. Dem entsprechend wird die Pflegepauschale ebenfalls systemkonform erhöht. Mit der Änderung wird die entsprechende Vorgriffsregelungen entbehrlich (Schreiben des StMFH vom 8. Dezember 2023, Gz. 25-P 1820-9/93).

Doppelbuchst. bb

Erweiterung des Zeitraums der hälftigen Fortgewährung der gewährten Pflegepauschale als Folgeänderung zu Nr. 25 Buchst. b.

Doppelbuchst. cc

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der durch die Verordnung zur Änderung der Bayerischen Beihilfeverordnung vom 18. August 2021 (GVBl S. 558) erfolgte Änderung der Bezeichnung des § 37.

Zu Buchst. c

Redaktionelle Anpassung der Vorgaben für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Beratungsbesuche an die aktuelle Fassung des § 37 SGB XI.

Zu Nr. 25 (§ 33)

Zu Buchst. a

Folgeänderung zu Buchst. d

Zu Buchst. b und c

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz wurde die Rahmenbedingungen für die Inanspruchnahme einer Verhinderungspflege von pflegbedürftigen Personen der Pflegegrade 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ab 1. Januar 2024 erweitert. Mit der Änderung des § 33 erfolgt eine systemkonforme Übertragung der erweiterten Möglichkeit der Inanspruchnahme in das Beihilferecht, die entsprechende Vorgriffsregelung wird entbehrlich (Schreiben des StMFH vom 8. Dezember 2023, Gz. 25-P 1820-9/93).

Zu Buchst. d

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz wurde die Möglichkeiten einer Verhinderungspflege im Fall der eigenen Rehabilitationsbedürftigkeit der pflegenden Person erweitert. Mittels der neuen Abs. 4 und 5 erfolgt eine systemkonforme Übertragung des Inhalts § 42a SGB XI in das Beihilferecht.

Zu Nr. 26 (§ 34)

Zu Buchst. a

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz wurde der Leistungsbe-
träge für Kurzzeitpflege angehoben. Dem entsprechend wird der beihilfefähige Betrag
ebenfalls systemkonform erhöht. Mit der Änderung wird die entsprechende Vorgriffs-
regelungen entbehrlich (Schreiben des StMFH vom 3. Dezember 2021, Gz. 25-
P 1820-9/60).

Zu Buchst. b

Folgeänderung zu Nr. 20 Buchst. d.

Zu Nr. 27 (§ 35)

Systemkonforme Übertragung der in §§ 40a, 39a und § 40b Abs. 1 SGB XI enthaltenen
Vorgaben in das Beihilferecht.

Zu Nr. 28 (§ 36)

Zu Buchst. a

Doppelbuchst. aa

Durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz wurden der Leistungs-
katalog des SGB XI ab 1. Januar 2022 erweitert. In Form des neuen § 43c SGB XI ist
eine Begrenzung des Eigenanteils von stationär gepflegten Personen der Pflegegrade
2 bis 5 an den Pflegekosten vorgesehen, dessen Höhe in Abhängigkeit von der Dauer
der stationären Pflege zunimmt und von den Kostenträgern zu übernehmen ist. Eine
systemkonforme Entlastung von beihilfeberechtigten Personen erfolgt in Form eines
individuellen Zuschlags zu den Pflegekosten im Sinne des § 36 Abs. 1 Satz 2.

Zudem wird die Bezugnahme auf verschiedenen Besitzstandsregelungen des § 141 SGB
XI, die durch Zeitablauf gegenstandslos sind, gestrichen.

Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz wurde bereits 2015 die Möglichkeit geschaffen,
dass zugelassene Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für
behinderte Menschen den betreuten Personen eine gesundheitliche Versorgungspla-
nung für die letzte Lebensphase anbieten können. Inhalt dieser Leistungen ist die Be-
ratung über medizinische und pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten
Lebensphase und das Aufzeigen von Hilfe und Angeboten der Sterbebegleitung. Da
Pflegeheime in zunehmendem Maß von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, wird

der Zuschlag nach § 132g SGB V in den Katalog der beihilfefähigen Aufwendungen aufgenommen.

Doppelbuchst. bb

Bei Leistungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase handelte es sich um keine originären Leistungen der Pflegeversicherung. Mit der Ergänzung wird klargestellt, dass für diese Leistung der Halbteilungsgrundsatz des § 28 Abs. 2 SGB XI nicht gilt.

Zu Buchst. b

Zu Doppelbuchst. aa

Folgeänderung zu Buchst. a. Bei der Berechnung der einkommensabhängigen Differenzkostenbeihilfe nach § 36 Abs. 3 Satz 1 BayBhV verringern sich im Teilbereich der Pflegekosten durch den Zuschlag nach § 43c SGB XI die zu bewertenden Differenzkosten.

Mit den vorstehenden Änderungen wird eine entsprechende Vorgriffsregelung entbehrlich (Schreiben des StMFH vom 3. Dezember 2021, Gz. 25-P 1820-9/60).

Zu Doppelbuchst. bb

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Nr. 29 (§ 37)

Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe betreut werden, können ebenfalls Leistungen der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase in Anspruch nehmen (§ 312g SGB V). Mit der Änderung wird sichergestellt, dass für vergleichbare beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähige Personen (insbesondere Waisen und Kinder) der Zuschlag nach § 132g SGB V ebenfalls beihilfefähig ist. Ferner wird klargestellt, dass für diese Leistung der Halbteilungsgrundsatz des § 28 Abs. 2 SGB XI nicht gilt.

Zu Nr. 30 (§ 38a)

Zu Buchst. a

Folgeänderung zu Nr. 27.

Zu Buchst. b

Es erfolgt eine systemkonforme Vervollständigung der für Angehörige des Pflegegrades 1 bestehenden Ansprüche.

Zu Buchst. c

Folgeänderung zu Buchst. b.

Zu Nr. 31 (§ 41)

Zu Buchst. a

Die inhaltliche Anpassung an die ab 1. Juli 2024 geänderte, auf Bundesrecht beruhenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses dient der Übernahme des anerkannten Leistungsstandards.

Zu Buchst. b

Die notwendigen Anpassung der Abrechnungsvorgaben an die vielfältigen materiellen Änderungen der 4. Anschlussvereinbarung vom 20. Juli 2021 und der 5. Anschlussvereinbarung vom 1. Januar 2024 zur Vereinbarung vom 24. August 2006 zwischen dem PKV-Verband und dem Universitätsklinikum Köln sowie den beigetretenen Zentren über die Risikofeststellung, interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennungsmaßnahmen von Patientinnen und Ratsuchenden mit familiärer Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs sowie der 3. Anschlussvereinbarung vom 3. Januar 2023 zur Vereinbarung vom 17. Mai 2016 zwischen dem PKV-Verband und dem Universitätsklinikum Bonn sowie den beigetretenen Zentren des Deutschen Konsortium Familiärer Darmkrebs wird in Form einer Neufassung der Abs. 2 und 3 umgesetzt.

Zu Buchst. c

Zur besseren Unterscheidung von Arzneimittel, die anlässlich von Erkrankungen verordnete werden, wird in der neuen Nr. 3 klargestellt, dass die als Ergebnis der ärztlichen Untersuchung nach § 41 Abs. 5 Nr. 2 verordneten Arzneimittel zur Präexposition prophylaxe ebenfalls beihilfefähig sind.

Zu Nr. 32 (§ 43)

Die inhaltliche Anpassung an die auf Bundesrecht beruhenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses dient der Übernahme der heute anerkannten Leistungsstandards.

Zu Nr. 33 (§ 44)

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Nr. 34 (§ 45)

Klarstellung, dass von der Ausnahmeregelung des Satzes 3 nicht nur Notfallbehandlungen mit Übernachtung im Krankenhaus (stationäre Behandlungen), sondern auch Notfallbehandlungen im Krankenhaus, die keine Übernachtung im Krankenhaus erfordern, erfasst werden.

Zu Nr. 35 (§ 46)

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Nr. 36 (§ 47)

Zu Buchst. a

Der künftige Einsatz von Prüfsoftware bei stationären Krankenhausbehandlungen wird nicht nur bei einer Direktabrechnung, sondern auch bei einer üblichen Beantragung von Beihilfeleistungen zu Krankenhausbehandlung tendenziell zu einem zunehmenden Erläuterungsbedarf mit dem jeweils behandelnden Krankenhaus führen, was bei einer einheitlichen Bearbeitung des Beihilfeantrages zu zeitlichen Verzögerungen auch bei einfach zu prüfenden und festzusetzenden weiteren Belegen führen kann. Dies wird durch die Regelung vermieden.

Zu Buchst. b

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Nr. 37 (§ 48)

Zu Buchst. a

Doppelbuchst. aa und bb

Die Herausgabe von verbindlich anzuwendenden Antragsvordrucken durch das Staatsministerium der Finanzen und für Heimat ist nicht mehr erforderlich, da das Landesamt für Finanzen von der bisher in § 48 Abs. 1 Satz 2 eröffneten Möglichkeit zur Abweichung umfassend Gebrauch gemacht hat, soweit nicht eine elektronische Antragstellung durch beihilfeberechtigte Personen erfolgt. Kommunale Dienstherren können geeignet Antragsvordrucke auf der Homepage des Landesamts für Finanzen abrufen und nach den jeweiligen Belangen anpassen.

Doppelbuchst cc

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund des Inkrafttretens der Bayerischen Digitalverordnung anstelle der Bayerischen E-Government-Verordnung.

Zu Buchst. b und c

Redaktionelle Bereinigungen.

Zu Buchst. d

Ausweitung der Möglichkeit zur nachträglichen Genehmigung von Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen bei Vorliegen eines entschuldbaren Versäumnisses.

Zu Buchst. e

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Buchst. f

. Zur Prüfung, ob die Voraussetzungen der Geltendmachung eines Regresses vorliegen, ist die nach Art. 96 Abs. 4 BayBG zuständige Dienststelle auf nähere Informationen angewiesen. Hiervon sind auch besondere Kategorien personenbezogener Daten, nämlich Gesundheitsdaten (Art. 9 Abs. 1 DSGVO), umfasst. Bei der Erfassung und Auswertung der Daten durch diese Stellen handelt es sich um eine Verarbeitung personenbezogener Daten, die einer Rechtsgrundlage bedarf, Art. 6 Abs. 1 DSGVO.

Die zusätzlichen Voraussetzungen für die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten liegen vor, da sie zur Geltendmachung bzw. Ausübung von Rechtsansprüchen (Art. 9 Abs. 2 Buchst. f DSGVO) erfolgt.

Für den Fall, dass diesbezüglich Auskünfte der Staatsanwaltschaften als zuständiger Stelle erforderlich sind, ist eine gesonderte Rechtsgrundlage erforderlich, die in Satz 2 ff. zur Regelung der beiden Seiten der Informationsübermittlung geschaffen wird (Doppeltürprinzip). Dabei ermöglicht Satz 2 die Anfrage der in Art. 96 Abs. 4 Satz 3 BayBG bezeichneten Stellen zwecks berufsbezogener Vermögens- und Korruptionsdelikte sowie die Erfassung der dadurch erhaltenen Informationen, einschließlich der in diesem Zusammenhang gegebenenfalls vorliegenden Daten zu in diesen Tatkomplexen begangenen vermögensbezogenen Urkundendelikten sowie im Fall der Übereinstimmung mit vorhandenen Beihilfedaten deren Verwendung zur Geltendmachung von Regressansprüchen nach Satz 1. Die Staatsanwaltschaften dürfen zur Prüfung der Voraussetzungen eines Regresses auf Anfrage eine Auskunft erteilen, wenn sich Anhaltspunkte dafür finden, dass unter den Geschädigten auch Beihilfeberechtigte sind. Derartige Anhaltspunkte ergeben sich für die zuständige Staatsanwaltschaft aus der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungspraxis und der kriminalistischen Erfahrung (vergleiche etwa BVerfG [Vorprüfungsausschuss], Beschluss vom 23. Juli 1982 – Az. 2 BvR 8/82; BVerfG [Kammer], Beschluss vom 18. Januar 1994 – Az. 2 BvR 1912/93 –, Rn. 4). Im Rahmen des Ermittlungsverfahrens muss ohnehin ermittelt werden, ob die betroffenen Leistungsempfänger gesetzlich oder privat versichert sind. Sofern sich unter den privat Versicherten Beamte oder Pensionäre befinden bzw. wenn Geschädigte in ihren Vernehmungen mitteilen, dass sie Rechnungen bei der Beihilfe eingereicht haben, sind dies eindeutige Hinweise auf eine Betroffenheit der Beihilfe. Selbiges gilt, wenn in den bei Durchsuchungen beschlagnahmten Unterlagen Beihilfebescheide oder sonstige Korrespondenz mit Beihilfestellen aufgefunden werden.

Die Informationen über Leistungserbringer und Geschädigte sowie eine Beschreibung des Tatvorwurfs sind für die zuständigen Stellen im Sinne des Satzes 1 notwendig, um ihre Betroffenheit und die Voraussetzungen eines Regresses prüfen zu können. Die Staatsanwaltschaften können die Auskunft auch durch eine Abschrift des rechtskräftigen Urteils oder Strafbefehls erteilen.

Satz 3 legt fest, dass die Einzelheiten des Verfahrens zwischen dem Staatsministerium der Finanzen und für Heimat und dem Staatsministerium der Justiz festzulegen sind.

Hierbei ist auch eine weitere abstrakte Eingrenzung vor einer Datenübermittlung, insbesondere anhand der Höhe der Schadenssumme, durch gegebenenfalls ein mehrstufiges Verfahren, die Häufigkeit der Anforderungen pro Jahr, möglich. Dadurch lässt sich vermeiden, dass Daten nicht betroffener (insbesondere nicht beihilfeberechtigter) Personen verarbeitet werden.

Satz 4 legt klarstellend fest, dass Daten unverzüglich zu löschen sind, sobald eine Verarbeitung für die Prüfung des Regressverfahrens nicht mehr erforderlich ist.

Sonstige Erkenntnisse der nach Satz 1 zuständigen Dienststelle dürfen wie bisher nach den allgemeinen Regeln zur Begründung eines Anfangsverdachts nach § 152 der Strafprozessordnung an die Ermittlungsbehörden weitergegeben werden.

Zu Nr. 38 (§ 51)

Zu Buchst. a

Redaktionelle Bereinigung.

Zu Buchst. b

Erforderliche Folgeänderung zu Nr. 3 Buchst. b zur Aufrechterhaltung des bis zum **[Tag vor dem Inkrafttreten der Änderungsverordnung]** geltenden rechtlichen Status quo.

Zu Nr. 39 (Anlage 2, Beihilfefähigkeit wissenschaftlich nicht allgemein anerkannter Methode)

Zu Buchst. a

Zu Doppelbuchst. aa und bb

Verbesserte Abgrenzung des Ausschlusses von heutigen anerkannten Methoden insbesondere im orthopädischen Bereich.

Zu Doppelbuchst. aa und ee

Neue Formulierung des computergestützten Gesichtsfeldtrainings zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung (ehemals im Buchst. C geregelt) um klarzustellen, dass nur die visuelle Restitutionstherapie und nicht andere Formen des computergestützten Gesichtsfeldtrainings, zum Beispiel die

Kompensationstherapie, vollständig ausgeschlossen ist.

Zu Doppelbuchst. dd

Eine Evidenz für die Photobiomodulation bei trockener altersbedingter Makuladegeneration wird von der Österreichischen Ophthalmologische Gesellschaft e. V. als nicht ausreichend erachtet. Bestätigt wird dies auch durch die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft e. V. (DOG). Das Verfahren ist deshalb als wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode zu werten.

Zu Buchst. a Doppelbuchst cc und Buchst. b

Im Gegensatz zur Vergangenheit gibt es für die Eigenblutbehandlung zwischenzeitlich wissenschaftlich erwiesene Einsatzgebiete, z.B. die Verwendung von Thrombozytenkonzentraten in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (vgl. wissenschaftliche Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zur „Verwendung von Thrombozytenkonzentraten“, Stand 07/2021) oder autologe Eigenserumaugentropfen, weshalb ein genereller Ausschluss der Eigenblutbehandlung zumindest bei verschiedenen Indikationen nicht mehr dem wissenschaftlichen Stand des hochdynamischen Feldes entspricht. Deshalb wird die modifizierte Eigenblutbehandlung in Nr.1 (Völliger Ausschluss) gestrichen und in modifizierter Form in Nr. 2 (Teilweiser Ausschluss) aufgenommen.

Zu Nr. 40

Anlage 3, Beihilfefähig Höchstbeträge für ärztlich und zahnärztlich verordnete Heilbehandlungen

Aufgrund des Umfangs der erforderlichen Änderungen wird die Anlage 3 neu gefasst. Mit der Änderung werden entsprechende Vorgriffsregelungen unter Einführung einer neuen fortlaufenden Nummerierung der Leistungspositionen normiert (Schreiben des StMFH vom 21. Dezember 2021, Gz. 25-P 1820-9/78, vom 22. März 2022, Gz. 25-P 1820-22/1, und 2. Mai 2023, Gz. 25-P 1820-12/137). Darüber hinaus werden die beihilferechtlichen Höchstbeträge für Heilbehandlungen an die jeweiligen Höchstpreise im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst. Ferner erfolgt die Aufnahme neuer Leistungspositionen sowie eine Anpassung bestehender Leistungsbe-

schreibungen entsprechend den Änderungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Anlage 4, Beihilfefähige ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

Aufgrund des Umfangs der erforderlichen Änderungen wird die Anlage 4 neu gefasst. Zur Verbesserung der Zitierfähigkeit erfolgt innerhalb der Abschnitte nach Buchstaben eine fortlaufende Nummerierung. Inhaltlich sind folgende Änderungen enthalten:

- anatomischen Brillenfassung
Da dieser Begriff „" in der Fachwelt nicht bekannt ist, wird das Hilfsmittel aus dem Verzeichnis gestrichen.
- Bettschutzeinlagen
Normative Klarstellung, dass neben tragbaren Inkontinenzhilfen auch Bettschutzeinlagen bei entsprechender ärztlicher Verordnung beihilfefähig sind.
- Communicator
Erweiterung der Einschränkung des Hilfsmittels um eine vorliegende Sprachstörung, da auch Sprachbehinderungen durch einen Communicator ausgeglichen werden können.
- Elektromobil
Bislang werden Elektromobile unter dem Begriff Krankenfahrrstuhl (Rollstuhl) subsumiert. Als Oberbegriff für elektronische Mobilitätshilfen für Behinderte zur Erleichterung der Alltagsbewältigung wird auch angesichts der im Vergleich zu Krankenfahrrstühlen anderen Optik zur Vereinfachung der Anwendung eine eigenständige Beschreibung eingeführt.
- (Mini-)Fonator
Aufhebung der Angaben zur Vermeidung einer Mehrfachbenennung. Diese Geräte sind als Vibrationstrainer bei Gehörlosigkeit bereits beihilfefähig.
- Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung
Die Beschränkung des Hilfsmittels auf Personen mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus wird ausgeweitet, da auch bei anderen Erkrankungen eine kontinuierliche Gewebezuckermessung nebst Warnfunktion geboten ist (www.diabetesde.org Rubrik Diabetes-Wissen > Infomaterial zum Download > Infos von A bis Z > CGM Leitfaden). Zudem wurde das Wort „insulinpflichtig“ durch „behandlungsbedürftig“ ersetzt, da es in manchen Fällen keiner zusätzlichen Insulingabe

mehr bedarf.

- Gummihose bei Blasen- oder Darminkontinenz oder beides
Klarstellung, dass saugende körpernah getragene Inkontinenzhilfen bei Blasen- oder Darminkontinenz neben einer Gummihose ebenfalls beihilfefähig sind
- Hörgeräte
Redaktionelle Klarstellung, dass mit dem bisherigen Begriff „Taubheit“ die Gehörlosigkeit und nicht die Taubheit beispielsweise von Gliedmaßen erfasst sein soll.
- Krankenfahrstuhl mit Zubehör
Redaktionelle Klarstellung, dass alle Formen der Antriebstechnik erfasst werden.
- Schlafpositionsgerät
Aufnahme des Schlafpositionsgerät in den Katalog der beihilfefähigen Hilfsmittel, da es sich nach der S3-Leitlinie „Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörung“ (Kapitel „Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen“) um eine grundsätzlich mögliche Therapie bei positionsabhängiger obstruktiver Schlafapnoe handelt, das heißt eine positive Bewertung der medizinischen Notwendigkeit erfolgt. Im Vergleich zu einer Therapie mit einem Schlafapnoe-Gerät (CPAP-Gerät) und Gesichtsmaske sind die Einschränkungen wesentlich geringer.
- Toilettenhilfe
Redaktionelle Anpassung an die heute übliche Bezeichnung.
- Vibrationstrainer
Klarstellung, dass mit dem bisherigen Begriff „Taubheit“ die Gehörlosigkeit und nicht die Taubheit beispielsweise von Gliedmaßen erfasst sein soll.

Zu Nr. 41 (Anlage 5, Klinische Zentren mit umfassender Versorgungskonzepten zur Erkennung und Therapie von erblich bedingten Krebserkrankungen)

Vergleiche Nr. 26 Buchst. b

Zu § 2

Die Vorschrift regelt den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen.