

Informationen zum Öffentlichen Dienst

Das bayerische Beihilferecht

A. Was ist Beihilfe	3
B. Wer hat Anspruch auf Beihilfe	4
1. Beihilfeberechtigte Personen	4
2. Berücksichtigungsfähige Angehörige.....	4
C. Wie hoch ist die Beihilfe (Bemessungssätze).....	5
D. Wie können Sie sich ergänzend absichern	5
1. Private Krankenversicherung (PKV)	6
2. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	7
E. Was müssen Sie tun, um Beihilfe zu erhalten?	7
1. Formblatt.....	7
2. digitale Antragstellung..	8
3. Belege..	8
4. Antragsfrist..	8
F. Welche Aufwendungen sind beihilfefähig?	8
1. Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen und Heilpraktikerleistungen	8
1.1 Besonderheiten bei zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen	9
1.2 Besonderheiten bei psychotherapeutischen Leistungen	9
2. Arznei- und Verbandmittel sowie vergleichbare Medizinprodukte....	9
3. Heilbehandlungen.....	10
4. Hilfsmittel	10
5. Sehhilfen, sonstige visusverbessernde Maßnahmen.....	11
6. Häusliche Krankenpflege	11
7. Familien- und Haushaltshilfe.....	12
8. Fahrtkosten.....	12
9. Krankenhausbehandlungen	13
10. Rehabilitationsleistungen	13
11. Kuren	14
12. Pflegeleistungen	14
13. Hospize.....	15
14. Vorsorgemaßnahmen	15
15. Geburt.....	16
16. Künstliche Befruchtung	16
17. Außerhalb des Bundesgebietes entstandene Aufwendungen	17
G. In welchem Umfang müssen Sie sich selbst an den Aufwendungen beteiligen (Eigenbeteiligung und Belastungsgrenze). 17	
H. Wo können Sie sich informieren.....	18
1. Kontakt bei beihilferechtlichen Fragen	18
2. Abkürzungen.....	18

A. Was ist die Beihilfe

Beamtinnen und Beamte unterliegen seit 1. Januar 2009 der allgemeinen Krankenversicherungspflicht, nicht aber der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie bekommen konkret angefallene Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen sowie zu Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und Schutzimpfungen von ihrem Dienstherrn anteilig erstattet.

Die Beihilfe stellt somit nur eine ergänzende Fürsorgeleistung des Dienstherrn dar, sie deckt nur einen bestimmten Anteil der Kosten. Im Übrigen gilt der Grundsatz der Eigenvorsorge, Aufwendungen im Krankheitsfall und für die (ergänzende) Krankenversicherung sind grundsätzlich aus den Dienst- beziehungsweise Versorgungsbezügen zu bestreiten.

Beihilfeberechtigte sind daher gezwungen, die nicht durch Beihilfeleistungen gedeckten Aufwendungen unter anderem in Krankheitsfällen durch eine (ergänzende) Krankenversicherung abzusichern (vgl. hierzu Abschnitt D). Wie können Sie sich ergänzend absichern?“).

Grundlagen für die Beihilfegewährung in Bayern sind Art. 96 des Bayerischen Beamtengesetzes (BayBG) und die Bayerische Beihilfeverordnung (BayBhV).

B. Wer hat Anspruch auf Beihilfe?

1. Beihilfeberechtigte Personen

Beihilfeberechtigte Personen sind

- Beamtinnen und Beamte,
- Dienstanfängerinnen und Dienstanfänger,
- Ruhestandsbeamtinnen und – beamte,
- Witwen und Witwer,
- Vollwaisen,
- Tarifbeschäftigte, deren Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Januar 2001 begründet wurde,

wenn und solange Bezüge gezahlt oder nur wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden. Während der Elternzeit besteht ein Anspruch auf Beihilfe für Beamte und Beamtinnen auch dann, wenn keine Bezüge gezahlt werden.

Während einer familienpolitischen Beurlaubung besteht unter bestimmten Voraussetzungen ein eigenständiger Anspruch auf Krankenfürsorgeleistungen (vgl. Art. 89 BayBG). Der Umfang der Leistungen richtet sich ebenfalls nach der Bayerischen Beihilfeverordnung.

2. Berücksichtigungsfähige Angehörige

Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

- Ehegattinnen und Ehegatten sowie Lebenspartnerinnen und Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG). Die Aufwendungen des Ehegatten oder Lebenspartners sind nicht beihilfefähig, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten oder Lebenspartners nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz (EStG, ggfls. ergänzt um Kapitaleinkünfte nach § 2 Abs. 5a EStG) im zweiten Kalenderjahr vor Stellung des Beihilfeantrages 22.648 € (ab 01.01.2024: 20.878 €, ab 01.01.2025: 21.832 €, ab 01.01.2026: 22.648€) überstiegen hat und auch im laufenden Kalenderjahr übersteigen wird.

Nach Beendigung der Ehe (z. B. durch Scheidung) sind die Aufwendungen des ehemaligen Ehegatten oder Lebenspartners nicht (mehr) beihilfefähig. Evtl. sich hieraus ergebende krankenversicherungsrechtliche Fragestellungen sind durch Ihr/e Krankenversicherungsunternehmen/Krankenkasse zu klären.

- die im Orts- und Familienzuschlag nach dem Bayerischen Besoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder, sofern sie keinen eigenständigen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge haben.

Kinder werden im Orts- und Familienzuschlag berücksichtigt, wenn für sie Anspruch auf Kindergeld besteht. Sind beide Elternteile im öffentlichen Dienst beschäftigt und beihilfeberechtigt, erhält die Beihilfe derjenige, der den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag bezieht. Die Beihilfeberechtigten können gemeinsam eine abweichende Vereinbarung treffen, sofern nicht das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes eine feste Zuordnung vorsieht. Für nähere Auskünfte hierzu wenden Sie sich bitte an Ihre Beihilfestelle.

C. Wie hoch ist die Beihilfe (Bemessungsgrenze)

Die Beihilfe bemisst sich nach einem personenbezogenen Prozentsatz der beihilfefähigen – also erstattungsfähigen – Aufwendungen.

Dieser beträgt für

- | | |
|---|------|
| • aktive Bedienstete | 50 % |
| • aktive Bedienstete mit mindestens zwei berücksichtigungsfähigen Kindern | 70 % |

sind beide Elternteile im öffentlichen Dienst beschäftigt und beihilfeberechtigt:
s. Abschnitt B Punkt 2.

- | | |
|---|------|
| • Ruhestandbeamtinnen und -beamte | 70 % |
| • Beamtinnen/Beamte in Elternzeit | |
| unabhängig von der Anzahl der Kinder und der Bezüge | 70 % |
| • berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner | 70 % |
| • Witwen- und Witwerversorgungsbezieher | 70 % |
| • berücksichtigungsfähige Kinder | 80 % |
| • beihilfeberechtigte Waisen | 80 % |

D. Wie können Sie sich ergänzend absichern? Ergänzung der Beihilfe durch Krankenversicherung

Seit dem 1. Januar 2009 besteht eine Verpflichtung zum Abschluss einer Krankenversicherung. Zudem bestehen ohne einen Krankenversicherungsschutz unkalkulierbare wirtschaftliche und finanzielle Risiken.

1. Private Krankenversicherung (PKV)

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen bieten eine auf die oben genannten Erstattungssätze abgestimmte Teilkostenversicherung an, die zusammen mit den Beihilfeleistungen in der Regel eine umfassende Absicherung des Kostenrisikos bei Krankheit und Pflege ermöglicht (beihilfekonforme Versicherungstarife). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die PKV auf dem Individualprinzip basiert. Dies bedeutet, dass unabhängig von der Höhe des Einkommens die Höhe der zu leistenden Beiträge weitgehend durch das individuelle Gesundheitsrisiko bestimmt wird. Die Möglichkeit einer beitragsfreien Mitversicherung für Kinder und nicht erwerbstätige Ehegatten besteht nicht; für jede Person ist jeweils ein Versicherungsvertrag abzuschließen.

Grundsätzlich gilt auch in der PKV – vergleichbar der Beihilfe – das Kostenerstattungsprinzip. Zusätzlich zum beihilfekonformen Versicherungsschutz können ergänzende Versicherungen abgeschlossen und damit das Schutzniveau den individuellen Bedürfnissen angepasst werden. Informationen hierzu erteilen die privaten Krankenversicherungsunternehmen, beziehungsweise der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (im Internet unter: www.pkv.de).

Um bislang gesetzlich Versicherten und ihren Familienangehörigen den Übertritt in die (beihilfekonformen) Normaltarife der privaten Krankenversicherung zu erleichtern, bieten die privaten Krankenversicherungsunternehmen Öffnungsaktionen an.

Im Rahmen dieser Aktionen werden

- keine Antragsteller aus Risikogründen abgelehnt,
- keine Leistungsausschlüsse vorgenommen,
- Risikozuschläge auf maximal 30 Prozent des tariflichen Beitrages begrenzt.

Eine Öffnungsaktion besteht für so genannte „Berufsanfänger“ und seit dem 1. Januar 2019 auch für Beamte auf Widerruf mit Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfевorschriften des Bundes oder eines Landes. Die Möglichkeit des Wechsels zu den oben genannten Bedingungen besteht jedoch nur während der ersten sechs Monate seit Begründung des Dienstverhältnisses.

Ferner besteht für Beihilfeberechtigte, die am 31. Dezember 2004 freiwillig Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung waren, die Möglichkeit im Rahmen einer Öffnungsaktion zu den oben genannten Bedingungen in die private Krankenversicherung zu wechseln. Diese Wechselmöglichkeit ist zeitlich nicht befristet.

Eine Informationsbroschüre hierzu hat der PKV-Verband auch auf seiner Internetseite zur Verfügung gestellt: <https://www.pkv.de/> Rubrik: Positionen > Absicherung von Beamten > Broschüre zur Öffnungsaktion der Privaten Krankenversicherung).

2. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Beamtinnen und Beamte, die vor dem Eintritt in den öffentlichen Dienst Mitglieder der GKV waren, können auch im Beamtenverhältnis freiwillige Mitglieder der GKV bleiben. Kinder, Ehegattinnen und Ehegatten sowie Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sind unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert. Nähere Auskünfte hierzu erteilen die gesetzlichen Krankenkassen.

Allerdings müssen freiwillig in der GKV versicherte Beamtinnen und Beamte ihre Krankenversicherungsbeiträge in vollem Umfang selbst tragen; einen Beitragszuschuss des Dienstherrn – vergleichbar mit dem Arbeitgeberanteil bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern – erhalten sie nicht.

Der Beihilfeanspruch bleibt zwar grundsätzlich auch bei beihilfeberechtigten Personen, die Mitglieder der GKV sind, bestehen. Da es sich bei der Beihilfe um eine lediglich ergänzende Fürsorgeleistung handelt, sind anderweitig bestehende Ansprüche vorrangig in Anspruch zu nehmen. Zu diesen vorrangigen Ansprüchen zählen auch die Ansprüche eines Beihilfeberechtigten oder Angehörigen gegen eine Krankenkasse, d. h. diese Person wird auf die vorrangige Inanspruchnahme von Sachleistungen, also die Behandlung auf Chipkarte, verwiesen. Beihilfeleistungen können in diesen Fällen nur zu den Aufwendungen gewährt werden, die nicht dem Grunde nach zum Leistungskatalog der GKV zählen (Wahlleistungen im Krankenhaus, Zahnersatz, Heilpraktiker).

E. Was müssen Sie tun, um Beihilfe zu erhalten?

Für die Festsetzung und Auszahlung der Beihilfe an die Beamtinnen und Beamten sowie die Versorgungsempfängerinnen und –empfänger der Stadt Memmingen ist die Beihilfestelle der Stadt Memmingen zuständig (Kontaktdaten siehe letzte Seite)

Die im Rahmen des Beihilfeverfahrens erhobenen Daten werden auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Europ. Datenschutzgrundverordnung i. V. m. Art. 4 Abs. 1 Bayer. Datenschutzgesetz nach geltendem Beihilferecht erhoben und gespeichert und sind für die Festsetzung der Beihilfe erforderlich.

1. Formblatt

Beihilfe wird erstmalig nur auf schriftlichen Antrag der beihilfeberechtigten Person gewährt. Das entsprechende Formblatt können Sie im Intranet der Stadt Memmingen unter der Rubrik Personalportal / Beihilfe (www.memmingen.de/beihilfe) downloaden.

2. Digitale Antragstellung

Wir verweisen aufs Intranet der Stadt Memmingen bei Personalportal / Beihilfe / Hinweise (www.memmingen.de/beihilfe) zur Beihilfe-Antragstellung

3. Belege

Die geltend gemachten Aufwendungen müssen durch Belege nachgewiesen werden. Die Vorlage von Duplikaten ist ausreichend. Die übersandten Duplikate werden 5 Jahre aufbewahrt. Nach Abschluss der Beihilfearbeitung ist ein Zugriff auf diese Belege u.a. nur bei Anfragen durch beihilfeberechtigte Personen und zur Prüfung von Mehrfacherstattungen zulässig.

4. Antragsfrist

Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von drei Jahren nach Entstehen der Aufwendungen (zum Beispiel Kauf eines Medikaments) oder der Rechnungsstellung (zum Beispiel des Arztes oder Zahnarztes) beantragt wird. Bei der häuslichen Pflege (Pflegepauschale) beginnt die Antragsfrist mit dem letzten Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, und für die Unterkunft- und Verpflegungskosten anlässlich einer Heilkur mit dem Tag der Beendigung der Heilkur. Maßgebend ist das Datum des Eingangs des Antrags bei der Beihilfestelle.

F. Welche Aufwendungen sind beihilfefähig?

Aus Anlass einer Krankheit entstandene Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach medizinisch notwendig und der Höhe nach angemessen sind und die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

1. Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen und Heilpraktiken

- Die Angemessenheit ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen wird ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sowie der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) beurteilt.
- Die Aufwendungen sind grundsätzlich nur bis zu dem in den Gebührenordnungen angegebenen Schwellenwert (1-facher bis 2,3-facher Steigerungssatz) beihilfefähig. In besonderen Fällen kann die Gebühr bis zum maximal 3,5-fachen Satz als beihilfefähig anerkannt werden, wenn eine auf den Einzelfall bezogene Begründung des Arztes vorliegt. Ein über den

3,5-fachen Satz hinausgehender Steigerungssatz, den der Arzt nur aufgrund einer gesonderten Vereinbarung mit dem Patienten berechnen kann, ist nicht erstattungsfähig.

- Heilpraktikerleistungen sind bis zur Höhe der in der Anlage 1 zur BayBhV genannten Höchstbeträge angemessen.
- Für bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt sind, ist die Beihilfefähigkeit ganz oder teilweise ausgeschlossen. Eine Auflistung dieser Methoden enthält Anlage 2 zur BayBhV.

1.1 Besonderheiten bei zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen

- **Material- und Laborkosten bei Zahnersatz** (unter anderem Edelmetalle und Keramik) sind nur zu 60 Prozent beihilfefähig.
- **Kieferorthopädische Leistungen** sind grundsätzlich nur beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird. Bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern und in besonderen Ausnahmefällen, wenn nach einem zahnärztlichen Gutachten eine alleinige kieferorthopädische Behandlung medizinisch ausreichend ist, gilt die Altersbegrenzung nicht.
- **Implantate** sind grundsätzlich bis zu zwei Implantaten je Kieferhälfte beihilfefähig. Im gesamten Gebiss ist damit eine Beihilfeleistung zu acht Implantaten möglich. Nur bei wenigen, seltenen Indikationen ist die Anzahl nicht begrenzt.

1.2 Besonderheiten bei psychotherapeutischen Leistungen

In Abhängigkeit von Diagnosen und Therapieformen zählen psychotherapeutische Maßnahmen grundsätzlich zum Leistungskatalog der Beihilfe. Allerdings ist im Vorfeld die Durchführung eines Voranerkennungsverfahrens erforderlich (Ausnahme: Kurzzeittherapie, psychotherapeutische Akutbehandlung). Hierzu wird auch ein fachmedizinisches Gutachten über Indikation, Umfang der Behandlungsbedürftigkeit sowie die anzuwendende Therapieform (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Systemische Therapie) durchgeführt. Für nähere Auskünfte im Einzelfall wenden Sie sich bitte rechtzeitig vor Beginn der Behandlung an die für Sie zuständige Beihilfestelle.

2. Arznei- und Verbandmittel

Die aus Anlass einer Krankheit bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen oder Heilpraktikerleistungen nach §§ 8 bis 17 BayBhV verbrauchten oder schriftlich verordneten apothekenpflichtigen Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes und Verbandmittel sowie Medizinprodukte und dergleichen sind beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind.

- Mittel, bei denen überwiegend die Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund steht, beispielsweise Haarwuchsmittel, Präparate zur Gewichtsreduktion, zur Rauchentwöhnung oder zur Behandlung der erektilen Dysfunktion,
- Mittel, die geeignet sind Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, beispielsweise Diätkost – hierzu zählen auch Nahrungsergänzungsmittel –, Mineral- und Heilwasser,
- Vitaminpräparate, die keine Fertigarzneimittel im Sinn des Arzneimittelgesetzes darstellen und
- Geriatrika und Roborantia.

3. Heilbehandlungen

Ärztlich und zahnärztlich verordnete Heilbehandlungen wie zum Beispiel Krankengymnastik und Massagen sind bis zu den in Anlage 3 zur BayBhV genannten Höchstbeträgen beihilfefähig, wenn sie von Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalfachberufe durchgeführt werden.

4. Hilfsmittel

Aufwendungen für Anschaffung oder Miete, Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung sowie die Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln sind beihilfefähig, wenn diese vom Arzt schriftlich verordnet sind. Nähere Vorgaben enthält die Anlage 4 zur BayBhV. Danach kann unter anderem zu Aufwendungen für Gegenstände, die der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, keine Beihilfe gewährt werden

5. Sehhilfen, sonstige visusverbessernde Maßnahmen

Aufwendungen für schriftlich verordnete Sehhilfen zum Ausgleich einer Fehlsichtigkeit sind im Rahmen von Höchstsätzen beihilfefähig.

Grundsätzlich ist eine augenärztliche Verordnung erforderlich. Nur bei Folgeverordnungen ist die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers ausreichend.

Liegen die oben genannten Grundvoraussetzungen vor, können die Mehraufwendungen für Kontaktlinsen nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen im Rahmen von Höchstsätzen erstattet werden. Hierbei wird auf die entsprechenden Richtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung Bezug genommen. Liegt kein Ausnahmefall vor, werden die beihilfefähigen Höchstbeträge für eine Vergleichsbrille angesetzt.

Aufwendungen für Brillenfassungen, Bildschirmbrillen, Brillenetuis und Brillenversicherungen sind nicht beihilfefähig. Hinsichtlich Bildschirmbrillen oder sonstigen Brillen, die im beruflichen Bereich zum Einsatz kommen, wenden Sie sich bitte im Vorfeld unmittelbar an Ihre Dienststelle bzw. Personalamt.

Die Kosten für so genannte therapeutische Sehhilfen werden nach den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung als beihilfefähig anerkannt. Diese Art der Sehhilfen dient der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen.

Aufwendungen für sonstige visusverbessernde Maßnahmen (z. B. Austausch natürlicher Linsen, chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung, Implantation einer additiven oder phaken Intraokularlinse) sind unter bestimmten Voraussetzungen z. T. nur bei einer befürwortenden amts- oder vertrauensärztlichen Bewertung beihilfefähig

6. Häusliche Krankenpflege

Aufwendungen für eine nach ärztlicher Verordnung notwendige vorübergehende häusliche Pflege sind bis zur Höhe der Kosten, die auch von der AOK Bayern erstattet werden, beihilfefähig. Umfasst werden die Aufwendungen für Grundpflege (zum Beispiel Essen, Waschen, Anziehen), hauswirtschaftliche Versorgung (zum Beispiel Einkaufen, Kochen) und Behandlungspflege (zum Beispiel Verbandswechsel, Injektionen).

Darüber hinaus können auch die Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt, unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig sein.

7. Familien- und Haushaltshilfe

Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind bis zur Höhe der Kosten, die auch von der AOK Bayern erstattet werden, beihilfefähig, wenn

- die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (beispielsweise Krankenhausbehandlung) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,
- wenigstens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person im Haushalt verbleibt, die das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder pflegebedürftig ist,
- keine andere Person den Haushalt, ggf. auch an einzelnen Stunden oder Tagen, weiterführen kann.

Ferner sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe bis zu den vorgenannten Höchstgrenzen beihilfefähig

- in den ersten sieben Tagen nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung (beispielsweise Krankenhausbehandlung) oder
- wenn nach personenbezogener ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird.

8. Fahrtkosten

Fahrtkosten sind beihilfefähig bei

- Fahrten im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden,
- Rettungsfahrten und -flügen,
- Krankentransporten,
- Fahrten zu einer ambulanten Behandlung oder Operation, wenn dadurch ein stationärer Aufenthalt vermieden wird, und
- Fahrten zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen bei vorheriger Genehmigung durch die Festsetzungsstelle.

Die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer privaten Reise – insbesondere ins Ausland – sind nie beihilfefähig. Hier wird der Abschluss einer Auslandsrankenversicherung empfohlen.

9. Krankenhausbehandlung

Die Aufwendungen für voll- und teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen sind im folgenden Umfang beihilfefähig:

- allgemeine Krankenhausleistungen,
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen – Chefarztbehandlung (Eigenbeteiligung: 25 € pro Aufenthaltstag im Krankenhaus) und
- gesondert berechnete Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers (Eigenbeteiligung: 7,50 € pro Aufenthaltstag im Krankenhaus, maximal für 30 Tage im Kalenderjahr).

Bei Behandlungen in Privatkliniken sind die Kosten nur begrenzt beihilfefähig. Für nähere Auskünfte wird empfohlen, sich im Vorfeld einer Behandlung an die zuständige Beihilfestelle zu wenden.

10. Rehabilitationsleistungen

Aufwendungen für stationäre

- Anschlussheilbehandlungen (AHB),
- Suchtbehandlungen,
- Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen und
- Behandlungen im Rahmen einer familienorientierten Rehabilitation bei Krebs- oder Herzerkrankung eines Kindes oder bei einem an Mukoviszidose erkrankten Kind

sind beihilfefähig.

Aufwendungen für eine stationäre Anschlussheilbehandlung nach einem Krankenhausaufenthalt (zum Beispiel bei Maßnahmen der Endoprothetik, das heißt nach Einsetzen eines künstlichen Hüft oder Kniegelenks) sind beihilfefähig, wenn nach Bescheinigung eines Arztes die Maßnahme nach Art und Dauer notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind. Die Bescheinigung muss vor Beginn der Behandlung ausgestellt werden. Entsprechendes gilt bei Suchterkrankungen für die Entwöhnungsbehandlung.

Aufwendungen für eine stationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen sind beihilfefähig, wenn nach dem Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung medizinisch notwendig macht oder mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitationsempfehlung gegeben wurde und ambulante Behandlungen oder eine Kur (vgl. Abschnitt A „11. Kuren“) nicht ausreichend sind. Dauert die Maßnahme länger als 30 Tage, ist die Beihilfefähigkeit von der vorherigen Anerkennung durch die Beihilfestelle abhängig. Zur Unterstützung von

pflegenden Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen in der Ausübung ihrer Pflegetätigkeit sind Aufwendungen für eine stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung ausreichen, beihilfefähig.

11. Kuren

Aufwendungen für

- Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,
- Müttergenesungskuren, Mutter- oder Vater-Kind-Kuren und
- ambulante Heilkuren

sind beihilfefähig. Die Kur muss in einem Heilkurort, der im Heilkurortverzeichnis des Staatsministeriums enthalten ist, durchgeführt werden. Es ist nachzuweisen, dass ambulante Behandlungen nicht ausreichend sind.

Bei aktiven Bediensteten ist eine ambulante Heilkur nur beihilfefähig, wenn durch amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit erforderlich ist und die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Heilkur anerkannt hat.

Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen und Versorgungsempfängern ist der Nachweis der medizinischen Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch eine ärztliche Bescheinigung ausreichend.

12. Pflegeleistungen

Dauernd pflegebedürftig sind Personen, die wegen körperlicher, kognitiver oder psychischer Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingter Belastungen oder Anforderungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die sie nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können, für mindestens sechs Monate der Hilfe durch andere bedürfen.

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind Aufwendungen für häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege, sowie Pflegehilfsmittel, ein Entlastungsbetrag, die Kurzzeitpflege, die Verhinderungspflege, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und der Wohngruppenzuschlag sowie Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung einschließlich der damit verbundenen Leistungen zur sozialen Sicherung beihilfefähig. Die Pflegeberatung für Privatversicherte und Beihilfeberechtigte erfolgt durch die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH, Gustav-Heinemann-Ufer 74 C, 50968 Köln (beihilfe@compass-pflegeberatung.de; www.compasspflegeberatung.de). Die entsprechenden Kosten werden unmittelbar zwischen der COMPASS GmbH und den jeweiligen Beihilfestellen abgerechnet, d. h. die beihilfeberechtigte Person erhält hier keine Rechnung. Im ambulanten Bereich wird hierbei zwischen der Abrechnung von

konkreten Leistungen von Berufspflegekräften sowie einer pauschalierenden Abgeltung in Form eines Pflegegeldes unterschieden.

Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen ist abhängig von dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen nach dem SGB XI. Maßgebend ist die Einstufung der privaten oder sozialen Pflegeversicherung, die Sie zunächst bei diesen Institutionen beantragen müssen. Mit einem Abdruck der Einstufung können Sie dann Beihilfeleistungen beantragen.

Verschiedene pflegebedingte Leistungen werden auch als Dauerleistungen gewährt. Um im Bedarfsfall nähere Informationen (insbesondere zum vorstehend unter Ziffer 4 beschriebenen Antragsverfahren) zu erhalten, wenden Sie sich bitte an die Beihilfestelle.

13. Hospize

Aufwendungen stationärer und teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, sind beihilfefähig, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. Die Höhe richtet sich nach den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

14. Vorsorgemaßnahmen

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

- Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen,
- Untersuchungen zur Früherkennung bestimmter Krebserkrankungen (zum Beispiel Hautkrebs, Darmkrebs, Brustkrebs) unter Berücksichtigung von Altersgrenzen und Zeitabständen,
- Gesundheitsuntersuchungen, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit nach Vollendung des 35. Lebensjahres. Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig,
- Screenings zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen,
- prophylaktische zahnärztliche Leistungen und
- die Feststellungen eines erblich bedingten erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisikos sowie Darmkrebsrisikos.

Aufwendungen für bestimmte Maßnahmen im Zusammenhang mit einer medikamentösen Präexpositionsprophylaxe sind unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig.

Aufwendungen für amtlich empfohlene Schutzimpfungen (zum Beispiel Tetanus, Diphtherie) sind beihilfefähig. Eine Erstattung ist ausgeschlossen, wenn Impfungen nur anlässlich privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union erfolgen (zum Beispiel Gelbfieber).

15. Geburt

Neben den sonstigen allgemeinen ärztlichen Leistungen und der stationären Behandlung sind aus Anlass einer Schwangerschaft und Geburt beihilfefähig die Aufwendungen für

- die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung
- eine Hebamme,
- eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung in einem Krankenhaus bis zu zwei Wochen nach der Geburt,
- Krankenhausleistungen für das Kind.

Die Höhe der Erstattung der Kosten für Leistungen von Hebammen richtet sich nach der Verordnung über Gebühren für Hebammenhilfe außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

16. Künstliche Befruchtung

Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung sind zu 50 Prozent beihilfefähig, wenn

- die Maßnahmen nach ärztlicher Feststellung erforderlich sind,
- eine hinreichende Aussicht besteht, dass eine Schwangerschaft herbeigeführt wird,
- die Personen miteinander verheiratet sind,
- ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden,
- beide Ehepartner das 25. Lebensjahr vollendet haben,
- die Frau noch nicht das 40., der Mann noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet hat.
- Aufwendungen für die Kryokonservierung im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung sind unter gewissen Voraussetzungen ebenfalls beihilfefähig.

17. Außerhalb des Bundesgebietes entstandene Aufwendungen

Um die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Ausland entstanden sind, zu beurteilen, ist dem Grunde nach eine Aufteilung der Länder in drei Bereiche vorzunehmen.

Danach sind Aufwendungen, die

- in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union entstanden sind, beihilfefähig,
- in europäischen Ländern, die nicht der EU angehören, entstanden sind, im Rahmen des Kostenvergleichs beihilfefähig; maßgebend sind danach die Kosten, wie sie bei Verbleib am Wohnort im Inland entstanden und beihilfefähig gewesen wären,
- im sonstigen Ausland anlässlich eines vorübergehenden privaten Aufenthalts (zum Beispiel Urlaub) entstanden sind, von der Beihilfefähigkeit ausgenommen.

Diese Einschränkungen gelten nicht für Aufwendungen, die anlässlich von stationären Notfallbehandlungen entstehen.

Der Abschluss einer Auslandskrankenversicherung ist unabhängig vom Urlaubsort in jedem Fall zu empfehlen, um zum Beispiel Aufwendungen für einen eventuell notwendigen Rücktransport abzusichern.

G. In welchem Umfang müssen Sie sich selbst an den Aufwendungen beteiligen (Eigenbeteiligung und Belastungsgrenze)

Von der festgesetzten Beihilfe wird für jedes verordnete Arzneimittel, Verbandmittel oder Medizinprodukt ein Betrag von 3 € abgezogen.

Der Abzug unterbleibt bei

- Aufwendungen für Waisen, Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und berücksichtigungsfähige Kinder,
- Beihilfeberechtigten und Angehörigen, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung sind,
- Aufwendungen für Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- Aufwendungen für einen Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen, wenn der Empfänger der Spende

selbst beihilfeberechtigt ist oder zum Kreis der berücksichtigungsfähigen Angehörigen zählt.

Erreichen die Eigenbeteiligungen in der Summe die Belastungsgrenze, werden sie für den Rest des Kalenderjahres nicht mehr abgezogen. Die Belastungsgrenze beträgt zwei Prozent, für chronisch Kranke ein Prozent, der jährlichen Dienst- beziehungsweise Versorgungsbezüge – ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag – sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung. Die Beihilfestelle stellt die individuelle Höchstgrenze anhand der im Januar eines Kalenderjahres maßgebenden Bezüge und gegebenenfalls Renten des Beihilfeberechtigten fest. Das Jahreseinkommen wird bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 Prozent und für jedes berücksichtigungsfähige Kind um den sich nach § 32 Abs. 6 Sätze 1 und 2 EStG ergebenden Betrag vermindert. Diese Zusammenfassung kann Ihnen lediglich einen Überblick über das Beihilferecht geben. Wenn Sie weitere Informationen benötigen, hilft Ihnen Ihre Beihilfestelle gerne weiter.

H. Wo können Sie sich informieren

1. Kontakt bei beihilferechtlichen Fragen

Adresse	Consal Service GmbH Postfach 90 02 54 81502 München
Telefonische Erreichbarkeit	089/2160-8484
Montag bis Donnerstag Freitag	08:00 bis 16:00 Uhr 08:00 bis 15:00 Uhr
Per Mail	csg-beihilfe@vkb.de

Gerne sind auch die Mitarbeiter der städtische Beihilfestelle behilflich. Diese können Sie unter 08331/850-1252 bzw. 1256 oder beihilfestelle@memmingen.de erreichen. Sollten Sie ein persönliches Gespräch wünschen, vereinbaren Sie hierzu einen Termin.

2. Abkürzungen

Abs.	Absatz
AHB	Anschlussheilbehandlung
Art.	Artikel
BayBG	Bayerisches Beamtenengesetz
BayBhV	Bayerische Beihilfeverordnung
EStG	Einkommensteuergesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
LPartG	Lebenspartnerschaftsgesetz
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch
vgl.	vergleiche