



Informationen
**Das bayerische
Beihilferecht**
Grundlagen, Fakten, Leistungen



Albert Füracker

Albert Füracker, MdL
Staatsminister

Auch im Beihilferecht machen sich stetiger Fortschritt und Digitalisierung deutlich bemerkbar. Technische und organisatorische Neuerungen vereinfachen die Abrechnung und beschleunigen die Bearbeitungsprozesse.

Mit „Beihilfe-Online“ haben Beamtinnen und Beamte sowie Versorgungsempfängerinnen und -empfänger des Freistaats Bayern die Möglichkeit, ihre Beihilfeanträge vollständig digital über das Portal „Mitarbeiterservice Bayern“ einzureichen. Das spart Porto aber vor allem auch Zeit. Über dieses Portal können auch Beihilfebescheide digital zugestellt und abgerufen werden. Daneben können mit der Beihilfe-App seit dem 1. Februar 2021 Beihilfeanträge schnell, sicher, barrierefrei und unkompliziert auch mit dem Smartphone eingereicht werden.

Auch auf Neuerungen im Gesundheitswesen reagiert das bayerische Beihilferecht: Erstattungsregelungen wurden aktualisiert und an Pflegereformen (z.B. Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade, Stärkung der ambulanten Pflege) und neue aufwendigere Diagnose- und Behandlungsmethoden angepasst. Eine Direktabrechnung von stationären Krankenhausleistungen wird nun ebenfalls ermöglicht, damit beihilfeberechtigte Patienten nicht mehr in Vorleistung für die erbrachten Behandlungsleistungen treten müssen.

Mit diesen Anpassungen stellen wir sicher, dass wir unseren Beamtinnen und Beamten, Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern in Bayern auch in Zukunft die besten Bedingungen und praktischsten Verfahren rund um die Beihilfe bieten können.

Diese Informationsbroschüre soll Ihnen einen Überblick über die wesentlichen Regelungen und Neuerungen des bayerischen Beihilferechts geben.

Blieben Sie gesund!

A. Was ist die Beihilfe?	6
I. Wer hat Anspruch auf Beihilfe?	7
1. Beihilfeberechtigte Personen	7
2. Berücksichtigungsfähige Angehörige	7
II. Wie hoch ist die Beihilfe (Bemessungssätze)?	8
III. Wie können Sie sich ergänzend absichern?	9
1. Private Krankenversicherung (PKV)	9
2. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	10
IV. Was müssen Sie tun, um Beihilfe zu erhalten?	11
1. Formblatt	11
2. Elektronische Antragstellung	12
3. Belege	12
4. Antragsfrist	12
V. Welche Aufwendungen sind beihilfefähig?	13
1. Ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen und Heilpraktikerleistungen	13
1.1 Besonderheiten bei zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen	14
1.2 Besonderheiten bei psychotherapeutischen Leistungen	14
2. Arznei- und Verbandmittel sowie vergleichbare Medizinprodukte	15
3. Heilbehandlungen	15
4. Hilfsmittel	15
5. Sehhilfen, sonstige visusverbessernde Maßnahmen	16
6. Häusliche Krankenpflege	16
7. Familien- und Haushaltshilfe	17
8. Fahrtkosten	18
9. Krankenhausbehandlung	18
10. Rehabilitationsleistungen	19
11. Kuren	20
12. Pflegeleistungen	20
13. Hospize	21
14. Vorsorgemaßnahmen	22

15. Geburt	22
16. Künstliche Befruchtung	23
17. Außerhalb des Bundesgebietes entstandene Aufwendungen	23
VI. In welchem Umfang müssen Sie sich selbst an den Aufwendungen beteiligen (Eigenbeteiligungen und Belastungsgrenze)?	24
B. Wo können Sie sich informieren?	26
I. Beihilferechtliche Fragen	26
II. Versicherungsrechtliche Fragen	26
III. Abkürzungen	26

Die Inhalte dieser Publikation beziehen sich in gleichem Maße auf sämtliche Geschlechter.



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 A „III. Wie können Sie sich ergänzend absichern?“).

Grundlagen für die Beihilfegewährung in Bayern sind Art. 96 des Bayerischen Beamtengesetzes (BayBG) und die Bayerische Beihilfeverordnung (BayBhV). Diese Vorschriften finden Sie im Internet unter www.stmfh.bayern.de, Rubrik „Themen – Öffentlicher Dienst“, Unterrubrik „Informationen für Beschäftigte des Freistaats Bayern“ und auf dem Bayernportal <https://www.freistaat.bayern/>, Rubrik „Übersicht – Leistungen“, Unterrubrik „Beihilfeleistungen; Beantragung durch Beamte des Freistaats Bayern“, Unterrubrik „Rechtsgrundlagen“.

I. Wer hat Anspruch auf Beihilfe?

1. Beihilfeberechtigte Personen

Beihilfeberechtigte Personen sind

- Beamtinnen und Beamte,
- Richterinnen und Richter,
- Dienstanfängerinnen und Dienstanfänger,
- Ruhestandsbeamtinnen und -beamte,
- Richterinnen und Richter im Ruhestand,
- Witwen und Witwer,
- Vollwaisen,
- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei vor dem
- 1. Januar 2001 begründetem Arbeitsverhältnis,

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 20.000 Euro 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 krankensicherungsrechtliche Fragestellungen sind durch Ihr/e Krankensicherungsunternehmen/Krankenkasse zu klären.

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

Kinder werden im 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.

II. Wie hoch ist die Beihilfe (Bemessungssätze)?

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

Dieser beträgt für

- aktive Bedienstete 50 Prozent
- aktive Bedienstete mit mindestens zwei berücksichtigungsfähigen Kindern 70 Prozent

Sind beide Elternteile im öffentlichen Dienst beschäftigt und beihilfeberechtigt: s. Abschnitt A Punkt I Unterpunkt 2.

- Ruhestandbeamtinnen und -beamte 70 Prozent
- Beamtinnen/Beamte in Elternzeit – unabhängig von der Anzahl der Kinder und der Bezüge 70 Prozent

- berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner 70 Prozent
- berücksichtigungsfähige Kinder 80 Prozent
- beihilfeberechtigte Waisen 80 Prozent

III. Wie können Sie sich ergänzend absichern?

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 Beihilfavorschriften 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/service/broschueren/verbraucher/oeffnungsaktion-der-pkv-fuer-beamte-und-angehoerige/>.

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, 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. er bzw. sie 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).

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

Im staatlichen Bereich sind für die Festsetzung und Auszahlung der Beihilfe die Dienststellen des Landesamtes für Finanzen zuständig. Welche Dienststelle für Ihre Beihilfefestsetzung zuständig ist, erfahren Sie im Internet unter www.lff.bayern.de, Rubrik „Das Landesamt“, Unterrubriken „Organisation“ und „Beihilfe“.

Die im Rahmen des Beihilfeverfahrens erhobenen Daten werden unter Beachtung der Vorgaben der EU-Datenschutzgrund-Verordnung und der nationalen Vorschriften (z. B. Bundes- und Bayerisches Datenschutzgesetz, Bayerisches Beamtenengesetz) verarbeitet und gespeichert.

1. Formblatt

Beihilfe wird nur auf schriftlichen Antrag der beihilfeberechtigten Person gewährt. Das entsprechende Formblatt erhalten Sie bei den Dienststellen des Landesamtes für Finanzen unter der zentralen Beihilfe-Hotline mit der Durchwahl 6666, per E-Mail an Poststelle-wue@lff.bayern.de oder im Internet unter www.lff.bayern.de im „Formularcenter: Beihilfe“ sowie im Portal Mitarbeiterservice Bayern (www.mitarbeiterservice.bayern.de).

2. Elektronische Antragstellung

Im Portal Mitarbeiterservice Bayern besteht seit April 2019 die Möglichkeit über die Anwendung BeihilfeOnline durchgängig papierlos Anträge mit Belegupload zu erstellen und elektronisch zu versenden. Darüber hinaus können Sie sich die Beihilfebescheide im Portal Mitarbeiterservice Bayern elektronisch bereitstellen lassen. Dies erfolgt im Digitalen Ordner, in dem die Beihilfebescheide verschlüsselt gespeichert werden.

Daneben können Sie seit dem 1. Februar 2021 auch mit Hilfe der App „Beihilfe Freistaat Bayern“ Beihilfeanträge per Smartphone stellen. Diese App wird im Apple App Store und im Google Play Store kostenlos zur Verfügung gestellt. Neben der Antragstellung mit Einreichen von Rechnungen bietet die App auch eine Antragsübersicht. Für die Nutzung der App ist die Registrierung im Portal Mitarbeiterservice Bayern zwingende Voraussetzung. Weitere Informationen zur Nutzung der App und zum Funktionsumfang finden Sie unter: www.beihilfeapp.bayern/informationen/.

3. Belege

Die geltend gemachten Aufwendungen müssen durch Belege nachgewiesen werden. Die Vorlage von Duplikaten ist ausreichend. Die übersandten Duplikate werden, sobald sie für die Beihilfebearbeitung nicht mehr gebraucht werden, von der Beihilfestelle vernichtet. Im staatlichen Bereich werden Belege generell nicht zurückgesandt.

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 Unterkunfts- und Verpflegungskosten anlässlich einer Heilkur mit dem Tag der Beendigung der Heilkur. Maßgebend ist das Datum des Eingangs des Antrags bei der Beihilfestelle. Für Aufwendungen, die vor dem 1. Januar 2020 entstanden sind, gilt weiterhin eine Antragsfrist von einem Jahr.

V. 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 Heilpraktikerleistungen

- 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 sowie vergleichbare Medizinprodukte

Die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker 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 Raucherentwöhnung 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.

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 Euro pro Aufenthaltstag im Krankenhaus) und
- gesondert berechnete Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers (Eigenbeteiligung: 7,50 Euro pro Aufenthaltstag im Krankenhaus, maximal für 30 Tage im Kalenderjahr).

Krankenhausrechnungen in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern können zwischen Krankenhaus und Beihilfestelle direkt abgerechnet, wenn der Krankenhausträger und der Beihilfeberechtigte dies wünschen und die Beihilfestelle der Direktabrechnung zustimmt.

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 Heilkurorteverzeichnis 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. Ebenfalls sind Aufwendungen der

Pflegeberatung nach Maßgabe des § 7a Abs. 4 und 5 des Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) 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.compass-pflegeberatung.de). 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 zuständige 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.

VI. In welchem Umfang müssen Sie sich selbst an den Aufwendungen beteiligen (Eigenbeteiligungen und Belastungsgrenze)?

Von der festgesetzten Beihilfe wird für jedes verordnete Arzneimittel, Verbandmittel oder Medizinprodukt ein Betrag von 3 Euro 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 eine Spenderin oder einen Spender von Organen, Geweben, Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen, wenn die Empfängerin oder 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 Broschüre kann Ihnen lediglich einen Überblick über das Beihilferecht geben. Wenn Sie weitere Informationen benötigen, hilft Ihnen Ihre zuständige Beihilfestelle gerne weiter.



B. Wo können Sie sich informieren?

I. Beihilferechtliche Fragen

Homepage des Landesamtes für Finanzen (www.lff.bayern.de), mit weiteren Hinweisen und Verlinkungen.

II. Versicherungsrechtliche Fragen

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Postfach 51 10 40
50946 Köln

Internet: www.pkv.de

III. Abkürzungen

Abs.	Absatz
AHB	Anschlussheilbehandlung
Art.	Artikel
BayBG	Bayerisches Beamtengesetz
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

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

Bei publizistischer Verwertung Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars erbeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt.

Herausgeber	Bayerisches Staatsministerium der Finanzen und für Heimat Öffentlichkeitsarbeit Odeonsplatz 4 80539 München
E-Mail	info@stmfh.bayern.de
Internet	www.stmfh.bayern.de
Rechtsstand	Oktober 2021 4. Auflage 2021
Titelbild	PantherMedia/Monika Schüll
Druck	www.onlineprinters.de

Inhalt gedruckt auf Recyclingpapier.

Wollen Sie mehr über die Arbeit der Bayerischen Staatsregierung wissen?

BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung. Unter www.servicestelle.bayern.de im Internet oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.



Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden.