



Beihilfe – häufig gestellte Fragen:

1. Was ist Beihilfe?

Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamtinnen und Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt.

Beihilfe ist eine Leistung des Dienstherrn, die er im Rahmen seiner Fürsorgepflicht den Beihilfeberechtigten zu bestimmten Aufwendungen gewährt. Die Beihilfe ergänzt die Eigenvorsorge (Kranken- und Pflegeversicherung), die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

2. Wer erhält Beihilfe?

Beamte/innen, Richter/innen, Ruhestandsbeamte/innen sowie deren Hinterbliebene erhalten für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen Beihilfen, solange sie Anspruch auf Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwen- oder Waisengeld haben.

Berücksichtigungsfähige Angehörige sind der Ehegatte des Beihilfeberechtigten (sofern dessen Einkommen 18.000 Euro im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung nicht erreicht) sowie die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten (soweit diese nicht aus eigenem Recht beihilfeberechtigt sind).

Beschäftigte, deren Arbeitsverhältnis vor

dem 01.01.2001 begründet worden ist, erhalten Beihilfen in entsprechender Anwendung der Vorschriften für Beamtinnen/Beamte. Zu Pflegeaufwendungen können Beschäftigte jedoch – unabhängig vom jeweiligen krankenversicherungsrechtlichen Status – keine Beihilfeleistungen erhalten. Ein bisher bestehender Beihilfeanspruch bleibt erhalten, wenn Sie unmittelbar, d.h. ohne zeitliche Unterbrechung, aus dem beihilfeberechtigenden Beschäftigungsverhältnis des öffentlichen Dienstes in den städtischen Dienst übergetreten sind.

3. Wofür wird Beihilfe gewährt?

Beihilfe wird u. a. für Aufwendungen auf Grund von Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, für Schutzimpfungen und für Rehabilitationsbehandlungen und Kuren gewährt.

Bei den pflichtversicherten Arbeitnehmern werden Beihilfen hauptsächlich zu Aufwendungen für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Prothesen) und zu Heilpraktikeraufwendungen gewährt. Bei zahnprothetischen Maßnahmen, die ab dem 01.07.2005 durchgeführt werden, werden nur noch Aufwendungen im Rahmen der Regelversorgung (Festzuschüsse) als beihilfefähig anerkannt. Aufwendungen für implantologische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sind nicht mehr beihilfefähig.

4. Wie hoch ist die gewährte Beihilfe?

Beihilfeberechtigte Personen	erhalten Beihilfen		
	für sich	den Ehegatten	die Kinder
	in Höhe von ...% der beihilfefähigen Aufwendungen		
Aktive Beamte ²⁾ mit weniger als zwei berücksichtigungsfähigen Kindern	50	70	80
Aktive Beamte ^{1) 2)} mit mindestens zwei berücksichtigungsfähigen Kindern	70 bzw. 50	70	80
Ruhestandsbeamte und Witwen-/Witwerversorgungsempfänger	70	70	80
Vollwaisen, die als solche beihilfeberechtigt sind	80	-	-

1) Der bei mehreren Beihilfeberechtigten nur einmal zu gewährende erhöhte Bemessungssatz von 70 % wird nur dem Beihilfeberechtigten gewährt, der die entsprechenden Kinderanteile im Familienzuschlag erhält. Eine hiervon abweichende Zuordnung ist nur im Fall einer gemeinsamen anderweitigen Bestimmung durch die Beihilfeberechtigten möglich; bereits vor dem 1. Januar 2007 getroffene Vereinbarungen gelten fort. Abweichende Bestimmungen sollen nur in Ausnahmefällen geändert werden (§ 46 Abs. 2 BayBhV).

2) Teilzeitbeschäftigung hat bei Beamtinnen und Beamte keine Auswirkung auf die Höhe der Beihilfeleistungen. Bei **Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern** werden die Beihilfeleistungen **anteilig**, entsprechend der persönlichen Arbeitszeit im Verhältnis zur Regelarbeitszeit gewährt.

5. **Was ist bei der Beantragung von Beihilfe zu beachten?**

Eine Beihilfe wird nur auf schriftlichen Antrag der beihilfeberechtigten Person gewährt. Für die Antragstellung sind Formblätter vorgeschrieben. Diese stehen Ihnen im Mitarbeiterportal bzw. Intranet *zum Download* zur Verfügung

Der Beihilfeantrag muss vom Beihilfeberechtigten eigenhändig unterschrieben werden. Soll eine andere Person zur Stellung von Beihilfeanträgen berechtigt sein, so ist hierüber eine *Vollmacht* vorzulegen.

Bei der erstmaligen Antragstellung sind durchgängig vollständige Angaben erforderlich. Angaben zu den Versicherungsverhältnissen, zur Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sowie zu eventuell gezahlten Zuschüssen zum Krankenversicherungsbeitrag sind durch Vorlage geeigneter Nachweise zu belegen. Änderungen in den persönlichen Verhältnissen sind dem BeihilfeCenter umgehend mitzuteilen.

Für eine Antragstellung müssen die Aufwendungen insgesamt mindestens 200 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus 10 Monaten diese Summe nicht, kann nach Ablauf von 10 Monaten (ausgehend von den Rechnungsdaten bzw. der Kaufdaten bei Arzneimitteln) auf Antrag Beihilfe gewährt werden, wenn die Aufwendungen 15 Euro übersteigen. Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. In der Regel genügt die Vorlage von Rechnungsduplikaten oder Kopien.

6. **Welche Antragsfristen sind zu beachten?**

Beihilfen müssen *innerhalb eines Jahres* nach Entstehen der Aufwendungen oder der erstmaligen Ausstellung der Rechnung (Rechnungsdatum, Kaufdatum des Medikaments oder Hilfsmittels) beantragt werden. Maßgebend ist das Eingangsdatum des Beihilfeantrages beim BeihilfeCenter.

7. **Ist die Art des Krankenversicherungsverhältnisses für die Beihilfehöhe von Bedeutung?**

Die Höhe der festzusetzenden Beihilfe richtet sich nach der Art des Krankenversicherungsverhältnisses. Da die Beihilfe nachrangig ist, sind Aufwendungen, für die der Berechtigte anderweitig Ersatz beanspruchen kann, grundsätzlich nicht beihilfefähig. Aus diesem Grund benötigt das

BeihilfeCenter stets aktuelle Informationen über die Art des Krankenversicherungsverhältnisses.

8. **Wann ist eine vorherige Anfrage beim BeihilfeCenter notwendig?**

Aufwendungen für (stationäre) Rehabilitationsleistungen, Kuren, ambulante Psychotherapien und besondere Auslandsbehandlungen sind im Regelfall nur dann beihilfefähig, wenn diese vor Beginn der Behandlung vom BeihilfeCenter anerkannt worden sind.

In Zweifelsfällen empfiehlt sich eine Rückfrage beim BeihilfeCenter.

9. **Werden im Ausland entstandene krankheitsbedingte Aufwendungen erstattet?**

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 (z. B. Schweiz), entstanden sind, im Rahmen des Kostenvergleichs beihilfefähig; beihilfefähig sind danach die Kosten, wie sie bei Verbleib am Wohnort im Inland entstanden und beihilfefähig gewesen wären,

- im sonstigen Ausland anlässlich eines vorübergehenden Aufenthalts entstanden sind, von der Beihilfefähigkeit ausgenommen.

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

10. **Kann für Sehhilfen noch eine Beihilfe gewährt werden?**

Die Beihilfefähigkeit von Sehhilfen wurde mit der Änderung der Beihilfavorschriften zum 01.01.2004 stark eingeschränkt. Seither sind Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen für Personen über 18 Jahren – in Anlehnung an die Änderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung – nur noch bei Vorliegen besonders schwerwiegender medizinischer Indikationen beihilfefähig.

11. Was muss bei zahnärztlichen Behandlungen und Zahnersatz beachtet werden?

Bei Aufwendungen für Zahnersatz (Kronen, Brücken, Implantate usw.) sind die Material- und Laborkosten (einschließlich Edelmetall und Keramik, ohne Glaskeramik) zu 40 % beihilfefähig.

Kieferorthopädische, implantologische und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen beihilfefähig.

12. Wann ist ein Heil- und Kostenplan erforderlich?

Die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes vor Behandlungsbeginn ist grundsätzlich nicht erforderlich, da Art. 86 a Bayer. Beamtenengesetz (BayBG) und die Bayer. Beihilfeverordnung (BayBhV) auch bei umfangreichen zahnärztlichen Maßnahmen kein Voranerkennungsverfahren vorsieht. Eine Ausnahme besteht nur bei kieferorthopädischen Behandlungen, wo ausdrücklich die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes gefordert wird.

Das BeihilfeCenter empfiehlt, zusätzlich bei implantologischen Leistungen einen Heil- und Kostenplan vorzulegen.

Bei anderen Maßnahmen (z. B. bei kleineren Restaurationen wie Füllungen, Inlays und Kronen) sollte im Normalfall von ei-

nem Heil- und Kostenplan abgesehen werden, zum einen um Ihrerseits Kosten zu sparen (die GOZ-Nr. 002 – Heil- und Kostenplan auf Anforderung des Patienten – ist nicht beihilfefähig), zum anderen um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BeihilfeCenters von nicht zwingend notwendigen Prüfungen zu entlasten.

Die im Heil- und Kostenplan ausgewiesenen Beträge sind sowohl hinsichtlich der zahnärztlichen Honorarleistungen als auch der Material- und Laborkosten ausdrücklich als „vorläufig“ zu betrachten. Aus diesem Grund und auch im Interesse der Rechtsklarheit beschränkt sich das BeihilfeCenter bei der Auswertung der Kostenvoranschläge auf die allgemeine Darstellung der in §§ 7 und 8 BayBhV festgelegten Grundsätze der Beihilfefähigkeit zahnärztlicher Leistungen und verzichtet hierbei im Regelfall bewusst auf die Ermittlung eines Betrages, da eine Festsetzung des beihilfefähigen Betrages erst aufgrund der endgültigen Rechnung möglich ist.

(Dieses Informationsblatt wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden.)

Haben Sie noch Fragen zur Beihilfe?

Als **Ansprechpartner** stehen Ihnen unter folgenden Telefonnummern die Beihilfesachbearbeiter/innen zur Verfügung:

Telefonnummer 09131/86 + Nebenstelle:

Beihilfe Buchst. A-Dies	Nst. -12 98
Beihilfe Buchst. Diet-Gott	Nst. -12 94
Beihilfe Buchst. Gotu-Hah, Sachgebietsleitung	Nst. -12 90
Beihilfe Buchst. Hai-Hz	Nst. -12 91
Beihilfe Buchst. I-Kreis	Nst. -21 46
Beihilfe Buchst. Kreit-Mah, ambulante Pflege A-K, stationäre Pflege A-Z	Nst. -12 96
Beihilfe Buchst. Mai-Prel	Nst. -12 93
Beihilfe Buchst. Prem-Schmidp	Nst. -28 02
Beihilfe Buchst. Schmidt-Se	Nst. -12 91
Beihilfe Buchst. Sf-T, ambulante Pflege L-Z	Nst. -12 95
Beihilfe Buchst. U-Z	Nst. -12 97

Stand: 07/2011