

Merkblatt zur Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz

vom 22. Juni 2011 (GVBl. S. 199) zuletzt geändert durch die sechste Landesverordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz vom 2. November 2021 (GVBl. S. 577)

Für unsere Pfarrerinnen, Pfarrer, Beamtinnen, Beamte, Witwen, Witwer und Waisen finden nach § 13 des Pfarrdienstgesetzes Pfalz (PfDG.Pfalz) bzw. § 9 des Gesetzes über das Kirchenbeamtenrecht in der Evangelischen Kirche der Pfalz (Protestantische Landeskirche) (KBG.Pfalz) die Beihilfevorschriften des Landes Rheinland-Pfalz entsprechende Anwendung.

Dieses Merkblatt gibt Ihnen einen Überblick über die wesentlichen Inhalte der Beihilfenverordnung des Landes Rheinland-Pfalz (BVO) und soll Ihnen helfen, Ihre Ansprüche im Krankheits-, Geburts- und Pflegefall kennen zu lernen. Das Merkblatt behandelt nur die in der Praxis am häufigsten vorkommenden Fälle. Es erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Rechtsansprüche können nicht abgeleitet werden. Für die Festsetzung der Beihilfe sind ausschließlich die BVO und das Landesbeamtengesetz (LBG) in der jeweils geltenden Fassung maßgebend.

Weitere Informationen zur Beihilfegewährung, Anträge, Vordrucke etc. erhalten Sie auch im Intranet der Landeskirche unter <https://intranet.evkirchepfalz.de/>.

Falls zu einem bestimmten Thema ein ausführlicheres Merkblatt zur Verfügung steht, wird im folgenden Text darauf hingewiesen.

Für Ihre Fragen stehen Ihnen natürlich auch die Mitarbeiterinnen der Beihilfestelle zur Verfügung. Sie erreichen sie wie folgt:

Postanschrift:

Evangelische Kirche der Pfalz (Protestantische Landeskirche)
Beihilfestelle
Domplatz 5
67346 Speyer

Beihilfesachbearbeitung (A-Z):

Frau Nina Strauß
Telefon: 06232/667-341
Fax: 06232/667-484
E-mail: Nina.Strauss@evkirchepfalz.de

Beihilfesachbearbeitung (A-Z):

Frau Laura Hoffmann
Telefon: 06232/667-425
Fax: 06232/667-484
E-mail: Laura.Hoffmann@evkirchepfalz.de

Beihilfesachbearbeitung (N-Z):

Frau Melanie Lang

Telefon: 06232/667-426

Fax: 06232/667-484

E-mail: Melanie.Lang@evkirchepfalz.de

Inhalt:	Seite
1. Für wen wird Beihilfe gezahlt?	3
1.1 Beihilfeberechtigte Personen	3
1.2 Berücksichtigungsfähige Angehörige	3
2. Für welche Aufwendungen wird Beihilfe gezahlt?	4
2.1 Aufwendungen in Krankheitsfällen	4
2.2 Aufwendungen im Pflegefall	10
2.3 Aufwendungen für Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge	10
2.4 Aufwendungen für Heilkuren, Anschlussheil- und Sanatoriumsbehandlungen (einschließlich Eltern-Kind-Kuren)	11
2.5 Aufwendungen bei Schwangerschaft, Geburt, künstlicher Befruchtung, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbrüchen und Sterilisation	11
2.6 Aufwendungen im Ausland	12
2.7 Aufwendungen bei Unfällen und Verletzungen	13
3. Bemessung der Beihilfe	13
4. Begrenzung und Selbstbehalte	14
4.1 Begrenzung der Beihilfe (100%-Grenze)	14
4.2 Kostendämpfungspauschale	14
5. Was gilt für gesetzlich krankenversicherte Beihilfeberechtigte und deren berücksigungsfähige Angehörige?	14
6. Beantragung der Beihilfe	15
7. Bescheid über die Gewährung der Beihilfe	15

1. Für wen wird Beihilfe gezahlt?

1.1. Beihilfeberechtigte Personen

Beihilfeberechtigt sind Beamten und Beamte, Ruhestandsbeamten und Ruhestandsbeamte, Witwen und Witwer sowie hinterbliebene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und Waisen, **wenn und solange** sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten.

Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn keine Dienstbezüge gezahlt werden

- während der Elternzeit,
- während einer Beurlaubung nach § 76 LBG zur Betreuung eines Kindes oder zur Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen, sofern Sie keinen Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 Sozialgesetzbuch V (SGB) haben oder nicht berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r einer beihilfeberechtigten Person werden,
- während eines Urlaubes / sonstiger Beurlaubung von höchstens 30 Kalendertagen.
- Stirbt die beihilfeberechtigte Person, erhält die Beihilfe zu den bis zum Tod entstandenen Aufwendungen die Erbin, der Erbe oder die Erbgemeinschaft.

1.2. Berücksichtigungsfähige Angehörige

1.2.1 Ehegattinnen / Ehegatten oder Lebenspartnerinnen / Lebenspartner

Die Berücksichtigungsfähigkeit von Ehegattinnen / Ehegatten oder Lebenspartnerinnen / Lebenspartnern von beihilfeberechtigten Personen hängt von deren Einkünften im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrages ab.

Die Einkommensgrenze liegt bei

- **20.450,00 EUR** bei Ehen und Lebenspartnerschaften, die vor dem 1. Januar 2012 eingegangen wurden, wenn der Beihilfeanspruch bis zum 31. Dezember 2011 begründet worden ist.
- Bei nach dem 31. Dezember 2011 eingegangenen Ehen und Lebenspartnerschaften
17. 000,00 Euro
- Bei vor dem 1. Januar 2012 eingegangenen Ehen und Lebenspartnerschaften und Begründung des Beihilfeanspruch nach dem 1. Januar 2012 **17.000,00 Euro**

Ausführliche Erläuterungen können Sie dem Merkblatt über die Berücksichtigung von Ehegattinnen / Ehegatten oder Lebenspartnerinnen / Lebenspartner bei der Beihilfe entnehmen.

1.2.2 Kinder

Kinder der beihilfeberechtigten Person sind berücksichtigungsfähig, wenn sie im Familienzuschlag der beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind. Ein Kind, das bei mehreren beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig ist, wird bei der Person berücksichtigt, die den entsprechenden Anteil des Familienzuschlags tatsächlich erhält. Erhält keine beihilfeberechtigte Person den Familienzuschlag, ist das Kind bei der Person zu berücksichtigen, die

dem Familienzuschlag vergleichbare Vergütungsbestandteile erhält, im Übrigen bei der Person, die das Kindergeld bezieht. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, für die der Anspruch auf den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag entfällt, weil das Kind ein Zweitstudium oder eine Zweitausbildung mit gleichzeitigem Beschäftigungsverhältnis durchgeführt und das Kindergeld oder der Kinderfreibetrag wegen der schädlichen Stundenzahl (§ 32 Abs. 4 Satz 2 und 3 EStG) nicht gewährt wird, längstens jedoch nur für den Zeitraum, für den grundsätzlich Anspruch auf den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag bestehen würde.

2. Für welche Aufwendungen wird Beihilfe gezahlt?

Beihilfefähig sind Aufwendungen, wenn sie **medizinisch notwendig** und **der Höhe nach angemessen** sind und ihre Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. Aus diesem Grund ist in der Regel die Angabe der **Diagnose auf Rechnungen, Verordnungen, Attesten etc. notwendig**. Hat die Beihilfestelle Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit, kann sie auch Gutachter (z. B. Amtsärzte) beteiligen.

Was angemessen ist, ergibt sich grundsätzlich aus dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Im Übrigen werden in der BVO und in den Anlagen zur BVO Höchstbeträge für verschiedene Leistungen festgelegt (z. B. Physiotherapie, Heilpraktikerbehandlungen).

2.1 Aufwendungen in Krankheitsfällen

Folgende Aufwendungen sind im Krankheitsfall **nicht** beihilfefähig:

- Wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden, die in der Anlage 1 zur BVO aufgeführt sind,
- Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit einer oder eines nahen Angehörigen. Als nahe Angehörige gelten Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen, Lebenspartner, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person.

2.1.1 Ärztliche Leistungen

Beihilfefähig sind die von Ärzten in Rechnung gestellten Kosten, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden. Im Regelfall sind die Gebührensätze der GOÄ für ärztliche Leistungen bis zum 2,3-fachen Satz, für überwiegend medizinisch-technische Leistungen bis zum 1,8-fachen Satz und für Laborleistungen bis zum 1,15-fachen Satz beihilfefähig. Liegt eine ausreichende Begründung für eine besonders schwierige oder zeitaufwendige Leistung im Einzelfall vor, können die Kosten für die ärztlichen Leistungen bis zum 3,5-fachen Satz, für medizinisch-technische Leistungen bis zum 2,5-fachen Satz und für die Laborleistungen bis zum 1,3-fachen Satz berücksichtigt werden. Nicht beihilfefähig sind Leistungen, die auf Verlangen gemäß § 1 Abs. 2 GOÄ erbracht werden.

2.1.2 Zahnärztliche Leistungen

Honorarkosten von Zahnärzten sind, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden, beihilfefähig. Im Regelfall sind die Gebührensätze der GOZ bis zum 2,3-fachen Satz der Gebührenordnung beihilfefähig. Liegt eine ausreichende medizinische Begründung vor, können die Aufwendungen bis zum 3,5-fachen Satz berücksichtigt

werden. Nicht beihilfefähig sind Leistungen, die auf Verlangen gemäß § 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3 GOZ erbracht werden.

Zahntechnische Leistungen (z. B. Material- und Laborkosten für Kronen, Inlays, Brücken) sind zu 60% beihilfefähig.

Kieferorthopädische Maßnahmen sind beihilfefähig, wenn

- sie zur Herstellung der Kaufähigkeit oder der Verhütung einer Krankheit notwendig sind **und**
- ein Heil- und Kostenplan der Beihilfestelle vorgelegt wird.

Implantologische Leistungen einschließlich der vorbereitenden und ergänzenden Maßnahmen sind nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen beihilfefähig. Das entsprechende Formblatt erhalten Sie von der Beihilfestelle. Ohne Vorliegen von bestimmten Indikationen sind mehr als zwei Implantate je Kiefer nicht beihilfefähig. Unabhängig von den Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit der Implantatversorgung sind die Suprakonstruktionen (z. B. Kronen, Brücken) auf Implantaten nach den oben genannten Voraussetzungen und Einschränkungen beihilfefähig.

Wartezeiten:

Aufwendungen für zahntechnische Leistungen nach § 12 Abs. 2 und 3 BVO sowie in diesem Zusammenhang erbrachte zahntechnische Leistungen und für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (§ 13 BVO; 8000er GOZ Nummern) und implantologische Leistungen (§ 14 BVO) **sind nur beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte Person bei Beginn der Behandlung mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt ist.** Eine Beschäftigung gilt auch dann als ununterbrochen, wenn ein Beamtenverhältnis auf Widerruf durch die Ablegung einer Prüfung geendet hat und die Antragstellerin oder der Antragsteller innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten nach dem Ausscheiden wieder in den öffentlichen Dienst eintritt.

Diese o. g. Beschränkungen der **Wartezeiten gelten nicht**, wenn

- die Leistungen auf einem Unfall beruhen,
- die beihilfeberechtigte Person zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist oder
- die beihilfeberechtigte Person ohne ihre Tätigkeit im öffentlichen Dienst bei einer anderen beihilfeberechtigten Person nach § 4 BVO (berücksichtigungsfähige Angehörige) oder entsprechenden bundes- oder landesrechtlichen oder sonstigen Vorschriften berücksichtigungsfähig wäre.

2.1.3 Psychotherapeutische Leistungen

Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlungen sind grundsätzlich nur dann beihilfefähig, wenn die Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Bitte fordern Sie die entsprechenden Antragsformulare **rechtzeitig vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie** bei der Beihilfestelle an. Sie haben je nach Psychotherapieart die Möglichkeit, bis zu fünf probatorische Psychotherapiesitzungen in Anspruch zu nehmen. Für Ihre Fragen steht Ihnen die Beihilfestelle zur Verfügung. Aufwendungen für Psychotherapiebehandlungen beim **Heilpraktiker** sind nicht beihilfefähig.

2.1.4 Heilpraktische Leistungen

Die Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind bis zu den in der Anlage 5 der BVO (§ 11 Abs. 1 Nr. 3 BVO) bestimmten Höchstbeträgen beihilfefähig.

2.1.5 Arznei- und Verbandsmittel

Aufwendungen für Arznei-, Verbandsmittel und dergleichen sind nur beihilfefähig, wenn diese von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern nach Art und Menge vor der Beschaffung schriftlich verordnet werden.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen; hierzu gehören insbesondere Nahrungsergänzungsmittel, diätische Lebensmittel, Vitamine (Ausnahme: nachgewiesener Vitaminmangel durch Laboruntersuchung), Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwässer und medizinische Körperpflegemittel,
- Mittel zur überwiegenden Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zur Abmagerung oder Zügelung des Appetits und Regulierung des Körbergewichts,
- Mittel zur Verbesserung des Haarwuchses und
- Geriatrika und Stärkungsmittel.

Dies gilt auch dann, wenn Ihnen diese Mittel ärztlich verordnet wurden. Bei manchen Erkrankungen gibt es **Ausnahmen für Nahrungsergänzungsmittel und diätische Lebensmittel**; hierfür benötigt die Beihilfestelle zur Überprüfung der Beihilfefähigkeit ein **ärztliches Attest/Labornachweis über die medizinische Notwendigkeit**.

2.1.6 Heilbehandlungen

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen (z. B. Krankengymnastik, Massagen) sind beihilfefähig, wenn sie

- zuvor von einem Arzt nach Art und Anzahl schriftlich verordnet wurden (bitte legen Sie die ärztliche Verordnung der Rechnung bei),
- von Angehörigen der Heilberufe Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut, Ergotherapeut, Physiotherapeut, Krankengymnast, Logopäde, staatlich geprüfter Atem-, Sprech-, Stimmlerner der Schule Schlaffhorst-Anderson, akademischer Sprachtherapeut, der über eine Zulassung zur Leistungserbringung im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen verfügt, klinischer Linguist, Masseur, medizinischer Bademeister, Podologe durchgeführt werden.

Die Aufwendungen sind bis zu den in Anlage 3 der BVO genannten Höchstbeträgen beihilfefähig.

Massagen sind neben den krankengymnastischen Behandlungen nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden (Anlage 3 zu § 22 BVO).

Krankengymnastische Behandlungen, Massagen, Bewegungsübungen und manuelle Therapien sind neben der gerätegestützten Krankengymnastik (maximal 25 Sitzungen pro Krankheitsfall) nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden (Anlage 3 zu § 22 BVO).

Aufwendungen für eine **erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)** sind aufgrund bestimmter Diagnosen beihilfefähig. Für Informationen steht Ihnen die Beihilfestelle zur Verfügung.

2.1.7 Hilfsmittel

Zu den Hilfsmitteln gehören z. B. Brillen, Hörgeräte, orthopädische Einlagen, orthopädische Maßschuhe, Blutzuckermessgeräte, Rollstühle, Kompressionsstrümpfe. Es sind nur die Hilfsmittel beihilfefähig, die in der Anlage 4 Nr. 1 zu § 34 BVO aufgeführt sind und die vor der Anschaffung schriftlich verordnet wurden.

Für einige Hilfsmittel (z. B. Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Perücke (Chemopatienten), orthopädische Maßschuhe) gelten Höchstbeträge oder Eigenanteile. Für **Brillen und Kontaktlinsen** gibt es ein eigenes Merkblatt.

Blutdruckmessgeräte, Bestrahlungslampen, Fieberthermometer, Allergiebettbezüge, Fitnessgeräte und dergleichen Hilfsmittel sind nicht beihilfefähig, weil deren Anschaffungskosten den **Aufwendungen der allgemeinen Lebensunterhaltung** zuzuordnen sind.

Aufwendungen für den Betrieb und Unterhalt der Gegenstände sind beihilfefähig, soweit sie im Kalenderjahr 100,00 EUR übersteigen. Die Aufwendungen für Reparaturen der Gegenstände sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.

2.1.8 Stationäre Krankenhausbehandlung

Beihilferechtlich wird zwischen zugelassenen (§ 24 BVO) und nicht zugelassenen Krankenhäusern (§ 26 BVO) unterschieden.

Zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V sind

- Hochschulkliniken,
- Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind und
- Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Auskünfte hierzu erteilt Ihnen das jeweilige Krankenhaus.

Bei stationären Behandlungen in diesen Krankenhäusern sind die allgemeinen Krankenhausleistungen (DRG-Fallpauschalen) beihilfefähig.

Krankenhäuser ohne Zulassung

Bei stationären Behandlungen in **Krankenhäusern ohne Zulassung**, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen, aber nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind (sogenannte Privatkliniken), sind die Aufwendungen nur bis zu bestimmten Höchstgrenzen beihilfefähig. **Es**

sind hohe Eigenanteile zu erwarten. Vor der Aufnahme in ein solches Krankenhaus empfiehlt es sich deshalb, eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Beihilfestelle zur Prüfung der Höhe der Beihilfe einzureichen.

Wahlleistungen

Neben den allgemeinen stationären Krankenhausleistungen sind darüber hinaus unter bestimmten Voraussetzungen auch die Aufwendungen für Wahlleistungen beihilfefähig. Anspruch auf Beihilfe für Aufwendungen für Wahlleistungen nach § 24 Abs. 2 BVO besteht für beihilfeberechtigte Personen, die bei Begründung oder Umwandlung des Beamtenverhältnisses gegenüber der Beihilfestelle innerhalb der Ausschlussfrist von drei Monaten erklären, dass sie für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen in Anspruch nehmen wollen. Der Anspruch auf Wahlleistungen besteht nur gegen Zahlung eines Betrages von 26,00 EUR monatlich. Die Erklärung beinhaltet das Einverständnis, dass der Betrag monatlich von den Bezügen einbehalten wird.

Wahlleistungen in zugelassenen Krankenhäusern:

- Wahlärztliche Leistungen nach § 16 Satz 2 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), § 17 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und
 - Unterkunft nach § 16 Satz 2 BPfIV, § 17 KHEntgG
 - a. bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers oder
 - b. 50% der Kosten für ein Einbettzimmer, wenn die allgemeine Krankenhausleistung nur Zimmer mit drei oder mehr Betten umfassen und als gesondert berechnete Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten werden,
- abzüglich eines Betrages von 12,00 EUR täglich.**

Wahlleistungen in nicht zugelassenen Krankenhäusern (Privatkliniken):

- a. Leistungen (identisch mit den wahlärztlichen Leistungen in zugelassenen Krankenhäusern) und
- b. Unterkunft bis zur Höhe von 1,5% der oberen Korridorgrenze des nach § 10 Abs. 9 KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertes (2022 = 57,49 EUR) **abzüglich eines Betrages von 12,00 EUR täglich.**

2.1.9 Behandlungspflege und vorübergehende häusliche Krankenpflege

Zur Behandlungspflege gehört z. B. das Wechseln von Verbänden, das Verabreichen von Spritzen, die nicht von einem Arzt, sondern von einem ambulanten Pflegedienst durchgeführt werden.

Die häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, wobei die Grundpflege überwiegen muss) umfasst Tätigkeiten wie z. B. Hilfe beim An- und Ausziehen und Hilfe bei der Körperpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Eine Beihilfe für die vorübergehende häusliche Krankenpflege wird in der Regel für die Dauer von bis zu sechs Monaten gewährt.

Falls bei Ihnen oder bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine Behandlungspflege oder vorübergehende häusliche Krankenpflege notwendig ist, muss der Arzt die Art und den Umfang der erforderlichen Maßnahme ärztlich bescheinigen. Die Aufwendungen sind grundsätzlich beschränkt auf die durchschnittlichen monatlichen Kosten einer Berufspflegekraft.

2.1.10 Palliativversorgung

Aufwendungen für spezialisierte ambulante, stationäre oder teilstationäre Palliativversorgung sind beihilfefähig.

2.1.11 Familien- und Haushaltshilfen

Eine Familien- und Haushaltshilfe führt den Haushalt weiter, wenn die Person, die sonst den Haushalt führt, stationär behandelt werden muss (z. B. Krankenhaus). Falls Sie eine solche Hilfe benötigen sollten, setzen Sie sich mit der Beihilfestelle in Verbindung. Sie informiert Sie, welche Beihilfe zu solchen Aufwendungen nach der BVO gewährt werden kann.

2.1.12 Fahrtkosten

Beihilfefähig sind Aufwendungen für **zuvor ärztliche verordnete Fahrten** nach § 30 Abs. 1 BVO:

- Nr. 1 im Zusammenhang mit stationären Krankenhausbehandlungen einschließlich vor- und nachstationären Behandlungen; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist (§ 30 Abs. 1 Nr.1 BVO),
- Nr. 2 anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung (§ 30 Abs. 1 Nr.2 BVO),
- Nr. 3 mit einem Krankentransportfahrzeug, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtung des Krankentransportwagens erforderlich ist (§ 30 Abs. 1 Nr. 3 BVO).
- Nr. 4 zu ambulanten Behandlungen einer Grunderkrankung, die eine hohe Behandlungs frequenz über einen längeren Zeitraum bedarf und diese Behandlung oder der zu diesem Behandlungsverlauf führende Krankheitsverlauf die behandelte Person so beeinträchtigt, dass eine Beförderung unerlässlich ist.

Nr. 1 gilt entsprechend bei verordneten Fahrten durch Psychologische Psychotherapeutinnen oder Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jungendpsychotherapeuten, wenn die Fahrten im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Behandlung stehen.

Beihilfefähig sind Aufwendungen für **Fahrten ohne ärztliche Verordnung** nach § 30 Abs. 2 BVO:

- Nr. 1 Rettungsfahrten und -flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist (§ 30 Abs. 2 Nr. 1 BVO),
- Nr. 2 Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie (§ 30 Abs. 2 Nr. 2 BVO),
- Nr. 3 regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines Kindes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und der einer stationären Langzeittherapie erfordernden Geschwulsterkrankung oder vergleichbaren schweren Erkrankung medizinisch notwendig ist (§ 30 Abs. 2 Nr. 3 BVO) und
- Nr. 4 **Fahrten nach § 30 Abs. 1 BVO** Nr. 1-3 sowie Fahrten zu ambulanten Behandlungen von beihilfeberechtigten Personen oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merzeichen „G“, „aG“, „Bl“ oder „H“ vorlegen

oder die Pfleggrade 3,4 oder 5 nachweisen oder deren Mobilität vergleichbar beeinträchtigt ist. (§ 30 Abs. 2 Nr. 4 BVO).

Die Fahrtkosten sind nach § 30 Abs. 3 BVO angemessen:

- Nr. 1 bei Rettungsfahrten und -flügen und Krankentransportfahrten bis zu den nach dem jeweiligen Landesrecht berechneten Beträgen (§ 30 Abs. 3 Nr. 1 BVO),
- Nr. 2 bei Benutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel bis zur Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse (§ 30 Abs. 3 Nr. 2 BVO),
- Nr. 3 bei Benutzung eines privaten Personenkraftwagens bis zu dem in § 6 Abs. 1 Satz 1 des Landesreisekostengesetzes genannten Betrages; bei gemeinsamer Fahrt einer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person mit weiteren beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen mit einem Personenkraftwagen sind die Fahrtkosten insgesamt nur einmal beihilfefähig (§ 30 Abs. 3 Nr. 3 BVO) und
- Nr. 4 bei Benutzung eines Taxis bis zur Höhe der nach der jeweiligen Taxiordnung berechneten Taxe (§ 30 Abs. 3 Nr. 4 BVO).

Nicht beihilfefähig sind nach § 30 Abs. 4 BVO

- Nr. 1 die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist (§ 30 Abs. 4 Nr. 1 BVO),
- Nr. 2 die Kosten für die Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen (§ 30 Abs. 4 Nr. 2 BVO),
- Nr. 3 die Kosten für Beförderung anderer Personen als der erkrankten Person, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig (§ 30 Abs. 4 Nr. 3 BVO),
- Nr. 4 die Kosten für andere als unter **§ 30 Abs. 2 Nr. 3 BVO** genannten Besuchsfahrten (§ 30 Abs. 4 Nr. 4 BVO),
- Nr. 5 die Kosten für die Gepäckbeförderung (§ 30 Abs. 4 Nr. 5 BVO).

2.2 Aufwendungen im Pflegefall

Die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege trifft der medizinische Dienst der privaten oder gesetzlichen Pflegekasse. Er erstellt ein ärztliches Gutachten, aufgrund dessen die Einstufung in eine Pflegestufe (ab 2017: Pflegegrad) erfolgt. Wird durch den medizinischen Dienst festgestellt, dass Sie pflegebedürftig sind, erhalten Sie zu den Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege eine Beihilfe. Um die für Sie zustehende Beihilfe für die Pflege festsetzen zu können, benötigt die Beihilfestelle eine Kopie des Einstufungsbescheids der Pflegekasse.

Näheres entnehmen Sie dem Merkblatt zu Aufwendungen im Pflegefall. Für Fragen und Beratung steht Ihnen die Beihilfestelle zur Verfügung.

2.3 Aufwendungen für Maßnahmen zur Gesundheitsfürsorge

Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen sind unter Beachtung bestimmter Altersgrenzen (§ 43 BVO) beihilfefähig:

- ärztliche Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche,
- Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen und
- Gesundheitsuntersuchungen, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

Aufwendungen für andere ärztliche Untersuchungen, die durchgeführt werden, **ohne dass Krankheitssymptome vorliegen**, sind nicht beihilfefähig. Ärztlich durchgeführte Untersuchungen zum Ausschluss einer HIV-Infektion sind beihilfefähig.

Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung im Rahmen des Früherkennungsprogramms für erblich belastete Personen mit einem erhöhten familiären Brust- oder Eierstockkrebsrisiko sind nur bei einer Leistungserbringung durch von der Deutschen Krebshilfe zugelassenen Zentren und nach Maßgabe der Anlage 6 der BVO beihilfefähig.

Falls bei Ihnen ein **Gentest** durchgeführt werden soll, setzen Sie sich vor der Durchführung mit der Beihilfestelle wegen der Kostenübernahme in Verbindung.

Gesundheits- oder Präventionskurse sind im Kalenderjahr für die Teilnahme an bis zu zwei Kursen in den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum beihilfefähig. Die Beihilfe beträgt höchstens 75,00 EUR pro Kurs. **Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig**, wenn der Kurs von einer gesetzlichen Krankenkasse als förderfähig anerkannt worden ist oder wenn der Kurs von einer oder einem Angehörigen der Heilfachberufe nach § 22 Abs. 1 Satz 3 BVO oder von einem Diätassistenten durchgeführt wird. Aufwendungen für Anmeldegebühren und Mitgliedsbeiträge sind nicht beihilfefähig.

Folgende Schutzimpfungen sind beihilfefähig:

- von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Schutzimpfungen,
- FSME-Schutzimpfungen und
- Grippeschutzimpfungen

Nicht beihilfefähig sind Impfungen, die aus Anlass einer privaten Reise außerhalb der Mitgliedstaaten der EU oder schul-, ausbildungs-, studien- oder berufsbedingt erforderlich geworden sind.

2.4 Aufwendungen für Heilkuren, Anschlussheil- und Sanatoriumsbehandlungen (einschließlich Eltern-Kind-Kuren)

Zu den Aufwendungen für eine Heilkur, eine Anschlussheilbehandlung (Reha), eine Sanatoriumsbehandlung können Sie unter bestimmten Voraussetzungen eine Beihilfe erhalten.

Näheres zu den jeweiligen Behandlungsarten, den Voraussetzungen und dem Antragsverfahren können Sie dem Merkblatt Heikur, AHB, Sanatorium entnehmen. Für Fragen und Beratung steht Ihnen die Beihilfestelle zur Verfügung.

2.5 Aufwendungen bei Schwangerschaft, Geburt, künstlicher Befruchtung, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbrüchen und Sterilisation

2.5.1 Schwangerschaft und Geburt

Die Aufwendungen für die Schwangerschaftsüberwachung, Schwangerschaftsgymnastik, für die Hebamme und den Entbindungsgelehrten, die Entbindung in einem Krankenhaus oder einem Geburtshaus, für Pflegekräfte bei ambulanter oder häuslicher Entbindung sowie gegebenenfalls Aufwendungen für häusliche Krankenpflege und eine Familien- und Haushaltshilfe sind beihilfefähig.

Für die **Säuglings- und Kleinkinderausstattung** wird eine Beihilfe von 150,00 EUR gewährt. Die Pauschale können Sie mit dem Beihilfeantrag beantragen (im Beihilfeantrag in der Spalte Aufwendungen „Säuglingsausstattung“ eintragen). Die Pauschale wird mit Ihrem Beihilfeantrag ausbezahlt.

2.5.2 Künstliche Befruchtung

Die Aufwendungen sind unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig. Für Fragen und Beratung steht Ihnen die Beihilfestelle zur Verfügung.

2.5.3 Empfängnisregelung

Aufwendungen für ärztliche Beratung einschließlich hierzu erforderlicher Untersuchungen und ärztlich verordnete empfängnisregelnde Mittel sind beihilfefähig.

Beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für die ärztliche Beratung zur Erhaltung der Schwangerschaft sowie die ärztliche Untersuchung und Begutachtung als Voraussetzung für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch und eine nicht rechtswidrige Sterilisation sowie die Durchführung.

2.6 Aufwendungen im Ausland

Aufwendungen, die **außerhalb der Bundesrepublik Deutschland** entstehen, sind nach der BVO beihilfefähig,

- wenn sie innerhalb der Europäischen Union entstehen **oder**
- wenn sie höchstens 1.000,00 EUR betragen **oder**
- bei in der Nähe der deutschen Grenze (30 km) wohnenden oder sich aufhaltenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss **oder**
- wenn zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss **oder**
- die beihilfeberechtigte Person ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland hat; dies gilt auch für die im Haushalt lebenden Angehörigen,
- bei dringenden unaufschiebbaren Behandlungen auf einer Dienstreise **oder**
- wenn die Behandlung wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten außerhalb der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union zwingend notwendig ist und die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Im Übrigen sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung am inländischen Wohnort der beihilfeberechtigten Person beihilfefähig wären.

Für Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gelten besondere Voraussetzungen. Für Fragen und Beratung steht Ihnen die Beihilfestelle zur Verfügung.

Belege in ausländischer Sprache müssen grundsätzlich den im Inland gestellten Anforderungen entsprechen, d. h. es müssen die Diagnose und die erbrachten Leistungen ersichtlich sein. **Fügen Sie bitte eine Übersetzung bei.** Die Übersetzung muss bei Belegen, die nicht in einer Amtssprache eines Mitgliedsstaates der EU abgefasst sind, beglaubigt sein, wenn die Aufwendungen mehr als 500,00 EUR betragen. Die Kosten der Übersetzung und Beglaubigung sind nicht beihilfefähig.

Bei Rechnungsbeträgen in ausländischer Währung können Sie den tatsächlichen Devisen-Wechselkurs nachweisen. Falls er nicht nachgewiesen wird, werden die Aufwendungen mit dem Wechselkurs umgerechnet, der am Tag des Eingangs des Beihilfeantrags bei der Beihilfestelle gilt.

2.7 Aufwendungen bei Unfällen und Verletzungen

Wenn Sie Aufwendungen einreichen, die durch einen Unfall, eine Verletzung oder sonstiges schädigendes Ereignis entstanden sind (z. B. im Haushalt, in der Schule oder im Kindergarten, Dienst-, Arbeits- und Freizeitunfälle), fügen Sie Ihrem Beihilfeantrag bitte immer eine kurze Unfallschilderung bei.

Liegt Drittverschulden vor bzw. ist die Schuldfrage des Unfalles (z. B. Verkehrsunfall) noch nicht geklärt, setzen Sie sich bitte mit der Beihilfestelle wegen der Vorgehensweise in Verbindung.

3. Bemessung der Beihilfe

Der Beihilfebemessungssatz ist personenbezogen und beträgt im Regelfall für Aufwendungen, die entstanden sind

- | | |
|---|------|
| - für die beihilfeberechtigte Person im aktiven Dienst | 50% |
| - für die beihilfeberechtigte Person im Ruhestand | 70% |
| - für berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten oder Lebenspartnerinnen und Lebenspartner | 70% |
| - für berücksichtigungsfähige Kinder oder beihilfeberechtigte Waisen | 80% |
| - für beihilfeberechtigte Witwen, Witwer sowie hinterbliebende Lebenspartnerinnen und Lebenspartner | 70%. |

Sind mindestens zwei Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für die beihilfeberechtigte Personen im aktiven Dienst 70%. Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen gilt dies für diejenige, die den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag tatsächlich bezieht. **Beihilfeberechtigte Personen, denen vor der Elternzeit der erhöhte Bemessungssatz (bei zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern) zustand,** erhalten

diesen während der Elternzeit weiter. In diesen Fällen ist eine Erhöhung des Bemessungssatzes aus demselben Grund für den anderen Elternteil ausgeschlossen.

Für beihilfefähige Aufwendungen von Personen, die einen **Arbeitgeberzuschuss** (**§ 257 SGB V**) zu den Beiträgen für eine private Krankenversicherung erhalten, ermäßigt sich der Bemessungssatz um 20%.

Auf Antrag beträgt der Bemessungssatz für einen **Versorgungsempfänger** und dessen berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner 80%, **wenn**

- das monatliche Gesamteinkommen bei Nichtverheirateten geringer ist als 1.680,00 EUR und bei Verheirateten oder Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner geringer ist als 1.940,00 EUR **und**
- der monatliche Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15% des Gesamteinkommens übersteigt.

Maßgebendes Gesamteinkommen ist das durchschnittliche Monatseinkommen der zurückliegenden zwölf Monate aus Bruttoversorgungsbezügen, Sonderzahlungen, Renten, Kapitalerträgen und sonstigen laufenden Einnahmen der beihilfeberechtigten Person und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, nicht jedoch Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI. **Der Antrag ist nur für die Zukunft zulässig.**

4. Begrenzungen und Selbstbehalte

4.1 Begrenzung der Beihilfe (100%-Grenze)

Die Summe aus Beihilfe und Leistungen aus einer Krankenversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen, die aus demselben Anlass gewährt werden, darf nicht höher sein als die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen (100%-Grenze). Falls eine Überversicherung besteht, wird die Beihilfe entsprechend gekürzt.

4.2 Kostendämpfungspauschale

Für jedes Jahr, in dem Aufwendungen in Rechnung gestellt werden, wird die Beihilfe um eine Kostendämpfungspauschale gekürzt. Diese ist nach Besoldungsgruppen gestaffelt und beinhaltet auch soziale Komponenten (z. B. Minderungen wegen Kindern).

Stufe	Besoldungsgruppen	Betrag
1	Besoldungsgruppe A 7 und A 8	100,00 EUR
2	Besoldungsgruppe A 9 bis A 11	150,00 EUR
3	Besoldungsgruppe A 12 bis A 15, B1, C 1 und C 2, H 1 bis H 3, R 1, W 1	300,00 EUR
4	Besoldungsgruppe A 16, B 2 und B 3, C 3, H 4 und H 5, R 2 und R 3, W 2	450,00 EUR
5	Besoldungsgruppen B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7, W 3	600,00 EUR
6	höhere Besoldungsgruppen	750,00 EUR

Die Höhe der Kostendämpfungspauschale richtet sich nach den Verhältnissen, die bei dem ersten Antrag im Kalenderjahr vorliegen. Treten danach Änderungen ein, die die Höhe der Kosten-

dämpfungspauschale beeinflussen, werden diese im laufenden Kalenderjahr nicht berücksichtigt.

Wenn der erste Antrag im Kalenderjahr auch Rechnungen aus den Vorjahren enthält, in denen keine Beihilfe beantragt wurde, sind die Verhältnisse bei der Antragstellung auch für die Kostendämpfungspauschale der Vorjahre maßgebend.

Maßgeblich für die Einbehaltung der Kostendämpfungspauschale ist das Rechnungsdatum (nicht das Behandlungsdatum), bei Rezepten das Kaufdatum.

5. Was gilt für gesetzlich krankenversicherte beihilfeberechtigte Personen und deren berücksichtigungsfähige Angehörige?

Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung gelten Sonderbestimmungen. Bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, sind die beihilfefähigen Aufwendungen um die Leistungen der Krankenkasse zu kürzen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenasse weisen Sie bitte nach.

Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Eigenanteile (z. B. zu Medikamenten und zu Heilmitteln, bei stationären Behandlungen oder Kuren) sind nicht beihilfefähig.

Bei Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 %, wenn Sie den Krankenkassenbeitrag in voller Höhe selbst tragen, die Krankenkasse sich an den Aufwendungen beteiligt hat und gleiche Ansprüche wie bei Pflichtversicherten besteht. Der Beitrag gilt auch dann als in voller Höhe selbst getragen, wenn der Zuschuss oder Beitragsanteil durch den Rentenversicherungsträger 41,00 EUR monatlich nicht übersteigt.

Der Bemessungssatz ermäßigt sich um 20% bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse, die einen Arbeitgeberzuschuss zu den Versicherungsbeiträgen (§ 257 SGB V) erhalten und bei denen die Krankenkasse nachweislich keine Leistungen zu den Aufwendungen gewährt.

6. Beantragung der Beihilfe

Beihilfen erhalten Sie nur auf schriftlichen Antrag. Zur Antragsstellung sind nur die von der Beihilfestelle vorgegebenen Formulare zulässig.

Die (Vor-) Weihnachtszeit und Zeit vor den Sommerferien nutzen viele unserer Beihilfeberechtigten für die Beihilfeanträge. Im Dezember/Januar und Mai/Juni/Juli/August kommt es deshalb in der Beihilfestelle erfahrungsgemäß zu einem stark erhöhten Eingang von Beihilfeanträgen. Die große Anzahl der eingereichten Anträge in den genannten Zeiten führt dann zu längeren Bearbeitungszeiten.

Hierfür bitten wir um Ihr Verständnis und empfehlen, die Beihilfeanträge, soweit möglich, anders zu verteilen.

7. Bescheid über die Gewährung einer Beihilfe

Über die Höhe der gewährten Beihilfe erhalten Sie einen schriftlichen Beihilfebescheid auf dem Postweg. Bitte überprüfen Sie diesen nach Erhalt sorgfältig.

Speyer, 31. August 2022

Ihre Beihilfestelle