



Auf diesen Seiten informieren wir über wesentliche landesrechtliche Inhalte zur Beihilfe in Bayern

Rechtsgrundlage:

Bayerische Beihilfeverordnung (BayBhV) sowie Verwaltungsvorschriften (VV-BayBhV) aufgrund Artikel 96 Bayerisches Beamten-gesetz (BayBG)

Antragsgrenzen & Fristen

Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind. Dabei sind Zweitschriften bzw. Rechnungskopien ausreichend. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, kann auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 15 Euro übersteigen.

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird.

Beihilfebemessungssätze

50 % für Beihilfeberechtigte

70 % für berücksichtigungsfähige Ehegatten

70 % für Versorgungsempfänger

80 % für berücksichtigungsfähige Kinder

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für Beihilfeberechtigte 70 Prozent.

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

- Arzneimittel
- Heilpraktiker
- Zahn
- Wahlleistungen
- Aufwendungen im Ausland

Aus Anlass einer Krankheit sind bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen oder Heilpraktikerleistungen verbrauchte bzw. verordnete Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte und dergleichen beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel,

1. die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen,
2. die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,
3. Vitaminpräparate, die keine Arzneimittel im Sinn des Arzneimittelgesetzes darstellen.

Abrechnung von Leistungen von Heilpraktikern

Bei Leistungen von Heilpraktikern sind in Bayern ebenfalls wie beim Bund die mit den Heilpraktikerverbänden vertraglich vereinbarten Sätze abrechnungsfähig (vgl. Verzeichnis der beihilfefähigen Beträge des Bundes). Vgl. Bund ➔ Seiten 51 ff.

Beihilfeleistungen für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Anspruch auf Beihilfeleistungen ist bei freiwilligen Mitgliedern der GKV beschränkt auf Zahnersatz, Heilpraktiker sowie auf Wahlleistungen im Krankenhaus. Im Übrigen wird auf die Sachleistungen der GKV verwiesen. Bei der Option „Kostenerstattung“ wird keine Beihilfe zu den Differenzkosten gewährt.

Berücksichtigungsfähige Angehörige und Lebenspartner

Einkommensgrenze für Ehegatten:

18.000 Euro (Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetzes im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags)

Bei Anwendung der Beihilfevorschriften stehen eingetragene Lebenspartner den Ehegatten gleich.

Eigenbehalte / Zuzahlungen / Belastungsgrenzen

Eigenbeteiligung

3 Euro je verordnetem Arzneimittel, Verbandmittel und Medizinprodukt, jedoch nicht mehr als die tatsächlich gewährte Beihilfe.

Keine Eigenbeteiligung

- für Waisen, für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und für berücksichtigungsfähige Kinder,
- für Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung,
- bei Pflegemaßnahmen,
- bei ärztlich veranlassten Folgeuntersuchungen durch andere Fachärzte, die entsprechend dem jeweiligen Berufsbild selbst keine therapeutischen Leistungen erbringen,
- bei anerkannten Vorsorgeleistungen und
- soweit bei Überschreiten der Belastungsgrenze (zusammen für den Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Ehegatten / Lebenspartner).

Belastungsgrenze

2 % (Chroniker: 1 %) der Jahresdienstbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften ohne die kinderbezogenen Anteile im Familienzuschlag sowie der Jahresrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung. Eigenbeteiligungen bei Wahlleistungen im Krankenhaus (nach Anwendung der persönlichen Bemessungssätze):

- bei wahlärztliche Leistungen: 25 Euro pro Aufenthaltstag im Krankenhaus,
- bei Wahlleistung Zweibett-Zimmer: 7,50 Euro pro Aufenthaltstag im Krankenhaus (höchstens für 30 Tage pro Jahr).

Pflegebedürftigkeit

- Ambulant
- Stationär

Die grundsätzlichen Regelungen zur Pflege orientieren sich an der gesetzlichen Pflegeversicherung oder sind mit den Regelungen des Bundes vergleichbar.

Wesentliche Abweichungen bestehen an folgenden Stellen: Abweichend sind die Sätze bei **häuslicher Pflege durch geeignete Pflegekräfte oder einer teilstationären Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung** geregelt:

- Stufe 1: 671 Euro
- Stufe 2: 1.341 Euro
- Stufe 3: 2.012 Euro (bei außergewöhnlichem Pflegeaufwand: 3.352 Euro).

Stationäre Pflege

Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird – wie beim Bund – keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens übersteigen.

Der Eigenanteil beträgt in Bayern:

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehalts A 9 des Bayerischen Besoldungsgesetzes
 - a) bei einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen: 30 % des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen: 25 % des Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen
 - a) bei einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen: 40 % des Einkommens,
 - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen: 35 % des Einkommens,
3. bei allein stehenden Beihilfeberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege der beihilfeberechtigten Person und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen: 70 % des Einkommens.

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden zu 100 % als Beihilfe gezahlt.

Rehabilitation / Anschlussheilbehandlung / Kur

Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen

Beihilfefähig sind grundsätzlich die Aufwendungen für die stationäre Behandlung in

1. Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen,
2. Einrichtungen für Suchtbehandlungen und
3. sonstigen Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation.

Kuren

Beihilfefähig sind dabei die Aufwendungen für

1. Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,
2. Müttergenesungskuren und Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren,
3. ambulante Heilkuren.

Beihilfeleistungen in den Ländern

Ambulante Heilkuren sind Maßnahmen für aktive Bedienstete zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie Maßnahmen für die übrigen Beihilfeberechtigten sowie für berücksichtigungsfähige Angehörige bei erheblich beeinträchtigter Gesundheit. Bitte beachten Sie die jeweiligen Wartezeiten und Anerkennungsverfahren!

Sonstiges

- Ggf. Behandlung in Privatkliniken
- Schwangerschaft und Geburt
- Todesfälle

Behandlung in Privatkliniken

Behandlungen in Privatkliniken sind nur aufgrund einer ärztlichen Bescheinigung der Notwendigkeit der Behandlung gerade in der jeweiligen Privatklinik beihilfefähig. Beihilfefähig ist der Bundesbasisfallwert in Höhe der oberen Korridorgrenze. Ist die Unterbringung einer Begleitperson medizinisch notwendig, sind die Kosten bis zur Höhe der Kosten wie sie bei einer Behandlung in einem DRG-Krankenhaus angefallen wären (45 Euro/Tag), zusätzlich beihilfefähig.

Sehhilfen

Sehhilfen für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind unter Beachtung der Höchstsätze beihilfefähig, wenn aufgrund der Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifizierung des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 vorliegt.