



BEIHILFEFÄHIGKEIT DER AUFWENDUNGEN FÜR BEAMTE/ BEAMTINNEN, BESCHÄFTIGTE MIT BEAMTENRECHTLICHER VERSORGUNG UND VERSORGUNGSEMPFÄNGER/INNEN

<u>Krankheitsfälle</u> Ambulante Behandlungen (Beihilfeanspruch zu den nachgewiesenen Aufwendungen für ambulante Kosten im Rahmen der vorgesehenen Höchstsätze)	➤ ärztliche Leistungen ➤ Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern nach Anlage 5 BVO ➤ Psychotherapeutische Leistungen (Gutachterverfahren) ➤ ärztlich verordnete Arznei- oder Verbandsmittel ➤ Medizinprodukte nach Anlage 8 BVO ➤ Heilbehandlungen nach Anlage 3 BVO ➤ Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke nach Maßgabe der Anlage 4 BVO
<u>Zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen</u>	Die bei einer zahnärztlichen Behandlung entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind mit folgenden Einschränkungen beihilfefähig: ➤ die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach Abschnitt C Nr. 2130 bis 2320 und Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind zu 60 v. H. beihilfefähig ➤ Kieferorthopädische Leistungen nach Vorlage Heil- und Kostenplan ➤ Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen einschließlich Dokumentation bei Vorliegen bestimmter Indikationen ➤ Implantologische Leistungen bei Vorliegen bestimmter Indikationen



<u>Krankenhausleistungen</u> Die Kosten für Wahlleistungen sind nur beihilfefähig, wenn die Erklärung nach § 25 Abs. 2 BVO abgegeben wurde (Zahlung 26,00 €/ Monat)	➤ <u>Stationäre Krankenhausleistungen von zugelassenen Krankenhäusern (§ 24 BVO)</u> Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen <u>von zugelassenen Krankenhäusern</u>, die nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEngG) vergütet werden für 1. vor- und nachstationäre Behandlungen 2. allgemeine Krankenhausleistungen ➤ <u>Wahlleistungen (§ 24 Abs. 2 BVO)</u> 1. wahlärztliche Leistungen und 2. Unterkunft a) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers oder b) 50 v.H. der Kosten für ein Einbettzimmer, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei oder mehr Betten umfassen und als gesondert berechnete Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten werden, abzüglich eines Betrages von 12,00 € täglich ➤ <u>Behandlung in Privatkliniken (§ 26 BVO)</u> Bei Behandlungen in Krankenhäusern ohne Zulassung, die das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, (sog. „Privatkliniken“), sollte der Beihilfestelle vor Aufnahme eine Übersicht der voraussichtlichen Kosten zur Prüfung der Kostenübernahme vorgelegt werden.
<u>Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit</u> Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege beihilfefähig. Pflegebedürftig ist, wer wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden	Die Gewährung von Beihilfen anlässlich dauernder Pflegebedürftigkeit richtet sich nach den §§ 35 bis 42 b BVO.



Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Maß der Hilfe bedarf.	
<u>Behandlung im Ausland</u> Für Belege, die nicht in einer Amtssprache eines Mitgliedsstaates der EU abgefasst sind, ist eine Übersetzung beizufügen, die bei Aufwendungen von mehr als 500,00 € beglaubigt sein muss. Die Kosten hierfür sind nicht beihilfefähig.	Die im Ausland entstehenden Aufwendungen nach den §§ 11 bis 42 b und 49 bis 53 sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einem Verbleiben am inländischen Wohnort oder am letzten früheren inländischen Dienstort der beihilfeberechtigten Person oder am diesem Orten nächstgelegenen geeigneten inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären. Mögliche Ausnahmen hierzu regelt § 55 Abs. 2 BVO. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die nach deutschem Recht verboten sind (§ 55 Abs. 3 BVO).
<u>Sanatoriumsaufenthalt</u> <u>ACHTUNG!</u> Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist die <u>vorherige</u> Anerkennung der Festsetzungsstelle. Weiterhin können Aufwendungen für in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Rentenversicherung versicherten Personen, an deren Beiträgen der Arbeitgeber beteiligt ist, nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn der Träger der Rentenversicherung die Durchführung eines Heil- oder Kurverfahrens zuvor abgelehnt hat und die Krankenkasse eine Kostenbeteiligung abgelehnt oder einen Zuschuss schriftlich bewilligt hat. Entsprechende Nachweise sind der Festsetzungsstelle vorzulegen.	➤ Unterkunft und Verpflegung (niedrigster Satz des Einbettzimmers der Einrichtung) ➤ Kurtaxe ➤ Ärztlicher Schlussbericht ➤ Fahrtkosten (§ 48 BVO) Aufwendungen für An- und Abreise sind: 1. bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen nach § 30 Abs. 3 Nr. 1 und 2. in allen übrigen Fällen unabhängig vom tatsächlich genutzten Beförderungsmittel nach § 30 Abs. 3 Nr. 3 insgesamt bis zu einem Höchstbetrag von 200,00 € beihilfefähig. Im Regelfall sind die Kosten für eine Sanatoriumsbehandlung bis zu einer Dauer von 30 Tagen als beihilfefähig anzuerkennen.
<u>Heilkuren</u> <u>ACHTUNG!</u> Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist die <u>vorherige</u> Anerkennung der Festsetzungsstelle. Weiterhin können Aufwendungen für in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Rentenversicherung versicherten Personen, an deren	<u>Beihilfefähige Aufwendungen:</u> ➤ Unterkunft und Verpflegung für höchstens 23 Tage in Höhe von 16,00 € täglich ➤ Kurtaxe ➤ Ärztlicher Schlussbericht ➤ Fahrtkosten (§ 48 BVO) Aufwendungen für An- und Abreise sind:



Beiträgen der Arbeitgeber beteiligt ist, nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn der Träger der Rentenversicherung die Durchführung eines Heil- oder Kurverfahrens zuvor abgelehnt hat und die Krankenkasse eine Kostenbeteiligung abgelehnt oder einen Zuschuss schriftlich bewilligt hat. Entsprechende Nachweise sind der Festsetzungsstelle vorzulegen.	1. bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen nach § 30 Abs. 3 Nr. 1 und 2. in allen übrigen Fällen unabhängig vom tatsächlich genutzten Beförderungsmittel nach § 30 Abs. 3 Nr. 3 insgesamt bis zu einem Höchstbetrag von 200,00 € beihilfefähig. Beihilfeleistungen zu den Kosten einer Heilkur sind ausschließliche für noch im Dienst stehende Beihilfeberechtigte bis zur Dauer von höchstens 23 Kalendertagen zu gewähren.
<u>Geburtsfälle</u>	<u>Anlässlich einer Geburt sind folgende Aufwendungen beihilfefähig (§ 49 BVO):</u> ➤ die Schwangerschaftsüberwachung ➤ ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik nach Anlage 3 zu § 22 BVO ➤ Leistungen der Hebammen oder Entbindungspfleger im Rahmen der jeweiligen Landesrechtlichen Gebührenordnung ➤ von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen im Sinne des § 134 a SGB V ➤ häusliche Krankenpflege nach Maßgabe des § 27 Abs. 1 und Familien- und Haushaltshilfe nach Maßgabe des § 29 und entsprechend bei ärztlich verordneter Bettruhe; bei ambulanten Geburten und Geburten in der häuslichen Umgebung beginnt der Zeitraum von 28 Tagen (§ 29 Abs. 2 BVO) mit dem Tag der Geburt ➤ durch die Niederkunft unmittelbar veranlassten Fahrten; § 30 BVO gilt entsprechend ➤ Unterkunft und Pflege des Neugeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe in Höhe von 150,- € gewährt (§ 49 Abs. 2 BVO).
<u>Kostendämpfungspauschale</u>	Die auszahlende Beihilfeleistung wird je Kalenderjahr, in dem die Aufwendungen in Rechnung gestellt worden sind, um die



	Kostendämpfungspauschale gekürzt (§ 60 BVO i.V.m. § 66 Abs. 5 LBG). Die Höhe der Kostendämpfungspauschale richtet sich nach den bei der erstmaligen Antragstellung im Kalenderjahr maßgebenden Verhältnisse. Dabei ist der Versicherungsstatus (privat versichert), die Entgeltgruppe, der Umfang der Teilzeitbeschäftigung, sowie die Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder heranzuziehen.
--	---

BEMESSUNGSSATZ (§ 57 BVO)

GRUNDSATZ

→	Antragsteller/in (A):	50 %
→	Ehegatte/ Ehegattin, eingetragene Lebenspartner/in (E):	70 %
→	Kinder (K):	80 %
→	Versorgungsempfänger/in (V):	70 %

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für den Antragsteller / die Antragstellerin 70 %.

BERÜCKSICHTIGUNGSFÄHIGE ANGEHÖRIGE (§ 4 BVO)

Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von beihilfeberechtigten Personen sind nach § 66 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 LBG berücksichtigungsfähig. Werden die Einkommensgrenzen des § 66 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 LBG im laufenden Kalenderjahr (Stand 01.01.2026 = 22.000,00 €) nicht erreicht, sind Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Die Höhe der Einkünfte nach § 66 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 LBG ist auf Verlangen der Festsetzungsstelle nachzuweisen.

Kinder von beihilfeberechtigten Personen sind nach § 66 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 LBG berücksichtigungsfähig. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, für die der Anspruch auf den kinderbezogenen Anteil im



Familienzuschlag nur entfällt, weil das Kindergeld oder der Kinderfreibetrag nach Abschluss einer erstmaligen Berufsausbildung oder eines Erststudiums wegen des Umfangs der Erwerbstätigkeit in der weiteren Ausbildung (§ 32 Abs. 4 Satz 2 und 3 des Einkommensteuergesetzes – EStG) nicht gewährt wird; dies gilt bis zum Ablauf des Monats, für den ohne Beachtung des maßgebenden Umfangs der Erwerbstätigkeit der kinderbezogene Anteil im Familien-zuschlag gezahlt würde, längstens bis zum Ablauf des Monats, in dem das entsprechende Kind das in § 32 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 und 2 EStG genannte Lebensalter voll-endet hat, gegebenenfalls verlängert um Zeiträume nach § 32 Abs. 5 EStG.

ABWEICHENDER BEMESSUNGSSATZ (§ 58 BVO)

• rentenpflichtversichert in einer gesetzlichen Krankenkasse (KVdR)	• <u>Kasse leistet:</u> Die Leistung der gesetzlichen Krankenkasse wird vom beihilfefähigen Betrag abgezogen und der normale Bemessungssatz wird zugrunde gelegt. • <u>Kasse leistet nicht:</u> Es gilt der normale Bemessungssatz • <u>Übergangsregelung gem. § 66 Abs. 3 BVO</u> <i>Beihilfeberechtigte Personen, für die ein Rentenversicherungsträger einen eigenen Beitrag zur „Krankenversicherung der Rentner“ (KVdR) von insgesamt nicht mehr als 41,00 € monatlich zahlt und infolgedessen der Bemessungssatz nach § 58 Abs. 1 Satz 3 BVO in der bis zum 30.09.2018 geltenden Fassung bereits erhöht wurde, erfolgt weiterhin die Erhöhung des Bemessungssatzes bis zur erstmaligen Überschreitung des Grenzbetrages von 41,00 €/mtl.</i>
• Versorgungsempfänger als freiwilliges Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert	• Die Leistung der gesetzlichen Krankenkasse wird vom beihilfefähigen Betrag abgezogen und der Bemessungssatz erhöht sich auf 100 % der Restkosten, sofern ein Rentenversicherungsträger zugunsten der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person keinen Zuschuss oder einen Zuschuss zum Krankenkassenbeitrag von insgesamt nicht mehr als 41,00 € monatlich zahlt (§ 58 Abs. 1 Satz 3 BVO).



• Versorgungsempfänger privat versichert	• Gem. § 58 Abs. 5 BVO besteht die Möglichkeit der Erhöhung des Bemessungssatzes auf 80 %, wenn das monatliche Gesamteinkommen 1.680,00 €(ledig)/ 1.940,00 € (verh.) nicht übersteigt und der monatliche Beitragsaufwand für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung 15 % des Gesamteinkommens übersteigt. Ein entsprechender Antrag ist vom Beihilfeberechtigten zu stellen. Über den Antrag entscheidet die Festsetzungsstelle mit Wirkung für die Zukunft durch Bescheid. Die Erhöhung des Bemessungssatzes setzt eine Anpassung des Versicherungsschutzes voraus; diese ist nachzuweisen (§ 58 Abs. 5 BVO).
---	---