

Regierungspräsidium Kassel
Dez. 14.2- Beihilfenstelle

Postanschrift:
Steinweg 6, 34134 Kassel

Dienstgebäude:
Scheidemannplatz 1, 34134 Kassel

Telefon: 0561-106-1550 Fax: 061197102911
E-mail: beihilfe@rpks.hessen.de
Internet: www.rp-kassel.de

Merkblatt zur Hessischen Beihilfenverordnung

Stand: 1. Januar 2008

Sehr geehrte Beihilfeberechtigte!

Sehr geehrter Beihilfeberechtigter!

Dieses Merkblatt erhalten Sie, damit Sie sich über die wesentlichen Bestimmungen im Beihilferecht informieren **können**. Es ist **nicht notwendig**, dass Sie das Merkblatt jetzt **ganz durchlesen**.

Anhand des Inhaltsverzeichnisses können Sie jedoch Fragen nachgehen, die Sie möglicherweise haben. Wenn Sie dieses Angebot annehmen wollen, empfiehlt es sich, das Merkblatt **aufzuheben**, damit Sie es **bei Bedarf zu Rate ziehen** können.

Das Merkblatt ersetzt nicht die gültigen Rechtsvorschriften; diese sind selbstverständlich maßgebend.

Zur Zeit gelten folgende Vorschriften:

- Die **Hessische Beihilfenverordnung** in der Fassung vom 25.10.2004
- Die **Verwaltungsvorschriften** (VV) zur Durchführung der Hess. Beihilfenverordnung, letzte Änderung mit Erlass vom 25.11.2004

Die Hess. Beihilfenverordnung, dieses Merkblatt sowie das Merkblatt über die Beihilfefähigkeit von Pflegekosten können auch im Internet unter www.rp-kassel.de eingesehen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Beihilfenfestsetzungsstelle

Inhaltsübersicht

1. Vorbemerkung
2. Kurze Darstellung des Beihilferechts
 - 2.1 Ärztliche und zahnärztliche Gebühren
 - 2.2 Aufwendungen für zahnprothetische Leistungen
 - 2.3 Heilpraktikergebühren
 - 2.4 Berücksichtigungsfähige Personen
 - 2.4.1 Ehegatten
 - 2.4.2 Kinder
 - 2.5 Was ist für den Beihilfeantrag wichtig?
 - 2.5.1 Mindestbeträge für Aufwendungen
 - 2.5.2 Formblatt
 - 2.5.3 Belege
 - 2.5.4 Antragsfrist
 - 2.6 Abschläge
 - 2.7 Beihilfegewährung bei Schadenersatzansprüchen
 - 2.8 Beihilfe zu Krankheitskosten
 - 2.9 Beihilfe in sonstigen Fällen
 - 2.9.1 Sanatoriumsbehandlungen
 - 2.9.2 Heilkuren
 - 2.9.3 Dauernde Pflege
 - 2.9.4 Vorsorgemaßnahmen
 - 2.9.5 Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation und Empfängnisregelung
 - 2.9.6 Geburt
 - 2.9.7 Todesfälle
 - 2.9.8 Auslandsbehandlungen
 - 2.9.9 Tod von Beihilfeberechtigten
 - 2.10 Bemessungssätze
3. Verhältnis Beihilfe zu Krankenversicherung und Ansprüchen nach dem Bundesversorgungsgesetz
 - Regelungen bei Zuschussgewährung zum Krankenkassenbeitrag durch Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger;
 - Regelungen für Versicherte mit ermäßigtem Krankenversicherungsbeitrag

1. Vorbemerkung

Dieses Merkblatt möchte den Beihilfeberechtigten einen **Überblick** über das Beihilferecht geben. **Maßgebend für die Beihilfefestsetzung bleiben aber die jeweils gültigen Beihilfavorschriften.** Über Einzelfragen, auf die dieses Merkblatt nicht eingeht, gibt die Beihilfestelle Auskunft.

2. Kurze Darstellung des Beihilferechts

2.1 Ärztliche und zahnärztliche Gebühren

Die Gebühren privat liquidierender Ärzte und Zahnärzte sind grundsätzlich nur bis zu den Schwellenwerten (2,3facher Satz der Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ - oder Gebührenordnung für Zahnärzte - GOZ -, 1,8facher oder 1,15facher Satz bei überwiegend medizinisch-technischen Leistungen eines Arztes) beihilfefähig.

Überschreitet eine Gebühr für ärztliche und zahnärztliche Leistungen die Schwellenwerte, kann sie nach § 5 Abs. 1 HBeihVO nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung dargelegt ist, daß erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können i.d.R. nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war
- einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind.

Bestehen hinsichtlich der Begründung zur Überschreitung der Schwellenwerte Zweifel, wird die Beihilfestelle sich an Sie mit der Bitte wenden, die Begründung durch Ihren Arzt/Zahnarzt erläutern oder ergänzen zu lassen. Bestehen danach immer noch Zweifel, wird die Beihilfestelle Sie um das Einverständnis bitten, die Rechnung durch die zuständige Landesärzte- oder Landeszahnärztekammer überprüfen zu lassen.

2.2 Aufwendungen für zahnprothetische Leistungen

Der Bedienstete muss bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr ununterbrochen dem öffentlichen Dienst angehören, wenn Leistungen nach den Abschnitten C Nr. 214-217 und Nr. 220-224, F, G, H, J und K des Gebührenverzeichnisses der GOZ (also besonders prothetische sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen) erbracht werden.

Bei zahnprothetischen Leistungen sind Aufwendungen für Material- und Laborkosten (M+L-Kosten) nur bis zu der Höhe angemessen, wie sie für gesetzlich Versicherte berechnet werden (BEL-Liste). Werden höhere M+L-Kosten berechnet, sind sie – mit Ausnahme von Edelmetallkosten – zu 75 v.H. zu berücksichtigen. Angemessene Material- und Laborkosten bei zahntechnischen Leistungen sind nur zu 60 v.H. beihilfefähig.

Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach Abschnitt B Nr. 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der GOZ sind beihilfefähig (§ 10 Abs. 2 HBeihVO).

2.3 Heilpraktikergebühren

Gebühren von Heilpraktikern sind beihilfefähig bis zur Höhe des Mindestsatzes des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (Stand 01.01.1985). Übersteigt dieser Mindestsatz den Schwellenwert der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen, sind die Heilpraktikergebühren höchstens bis zu dem Schwellenwert der GOÄ beihilfefähig.

2.4 Berücksichtigungsfähige Personen

2.4.1 Ehegatten:

Für Aufwendungen eines Ehegatten wird nur Beihilfe gewährt, wenn der Gesamtbetrag seiner Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EKStG) im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung den steuerlichen Grundfreibetrag nicht übersteigt (2007 und 2008 = 7664,00 Euro, 2009 = 7834 Euro, 2010 8004 Euro). Bei Aufgabe der Berufstätigkeit des Ehegatten oder bei erheblicher Verringerung der Einkünfte des Ehegatten kann unter bestimmten Voraussetzungen bereits im laufenden Kalenderjahr eine Beihilfe gewährt werden.

Der Bemessungssatz des Beihilfeberechtigten erhöht sich nicht um 5 v.H., wenn der Ehegatte wegen Überschreitung der Einkunftsgrenze nicht berücksichtigungsfähig ist.

2.4.2 Kinder:

- a) Beihilfen stehen zu Aufwendungen für Kinder zu, die im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig sind (§ 3 Abs. 1 Nr. 2 HBeihVO). Dies sind Kinder, für die dem Beihilfeberechtigten Kindergeld zusteht oder für die ihm ohne Berücksichtigung der §§ 3 und 8 BKGK Kindergeld zustehen würde. Ausgenommen sind allerdings Geschwister des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten.

Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten (z.B. bei den im öffentlichen Dienst tätigen Elternteilen) im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig, erhält derjenige die Beihilfe, bei dem das Kind tatsächlich im Zuschlag berücksichtigt wird oder den die Eltern in einer gemeinsamen Erklärung bestimmt haben.

- b) Für berücksichtigungsfähige Kinder erhöht sich der Bemessungssatz um je 5 v.H. (§ 15 Abs. 1 Satz 3 HBeihVO). Ausnahmen hiervon enthält § 15 Abs. 2 HBeihVO besonders für die Kinder, die aufgrund einer Beschäftigung oder Berufsausbildung in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig, erhöht sich der Bemessungssatz nur bei dem Beihilfeberechtigten, bei dem das Kind tatsächlich im Familien-, Orts- oder Sozialzuschlag berücksichtigt wird (§ 15 Abs. 1 Satz 4 HBeihVO).

2.5 Was ist für den Beihilfeantrag wichtig?

2.5.1 Mindestbeträge der Aufwendungen

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstandenen Aufwendungen 250,00 Euro übersteigen. Bei niedrigeren Aufwendungen steht eine Beihilfe zu, wenn die Aufwendungen aus zehn Monaten 25,00 Euro übersteigen.

2.5.2 Formblatt

Verwenden Sie bitte für den Beihilfeantrag das von der Beihilfestelle oder dem Dienstherrn bereitgehaltene Formblatt und fügen Sie dem Antrag die für die Bearbeitung erforderlichen Belege (z.B. Arztrechnungen, Rezepte usw.) bei. Von in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen ist ferner ein vollständiger Nachweis über die Kassenleistungen beizufügen.

Sie erleichtern und beschleunigen die Arbeit der Beihilfestelle, wenn Sie den Antrag sorgfältig und vollständig ausfüllen. Achten Sie darauf, dass der Antrag von Ihnen oder der von Ihnen bevollmächtigten Person unterschrieben ist.

2.5.3 Belege

Dem Beihilfeantrag sollten keine Originalbelege beigelegt werden. Es genügen Zweitschriften und Kopien von Rechnungen usw. Fotokopien genügen grundsätzlich auch für Rezepte, wenn die Apotheke den Abgabepreis des Medikaments auf der Fotokopie vermerkt und diese mit dem Apothekenstempel versieht und ggf. unterschreibt. Desgleichen sind Apothekenabschriften der Rezepte ausreichend.

Keine Ausgabenbelege brauchen Sie vorzulegen, wenn Sie die Gewährung der pauschalen Bestattungskosten nach § 13 Abs. 1 HBeihVO beim Tod berücksichtigungsfähiger Angehöriger (in diesem Fall müssen Sie allerdings im Beihilfeantrag versichern, dass Ihnen Kosten von 665,00 Euro bzw. 435,00 Euro entstanden sind) beantragen.

Über die Verpflegungskosten anlässlich einer Heilkur brauchen Sie keine Belege vorzulegen, wenn die Unterbringungskosten nachgewiesen werden und mindestens 9,60 Euro (für eine Begleitperson 7,80 Euro) täglich betragen.

Soweit die Festsetzungsstelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Schriftstücken herstellt, werden dem Beihilfeantrag beigelegte Belege nicht zurückgegeben, sondern vernichtet.

2.5.4 Antragsfrist

Beihilfen können Sie nach § 17 Abs. 10 HBeihVO nur innerhalb einer Frist von einem Jahr, gerechnet vom Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen, der ersten Ausstellung der Rechnung oder der Bescheinigung des Geldwerts von Sachleistungen (sofern Sie als freiwillig gesetzlich Versicherter sog. Sachleistungsbeihilfe erhalten) beantragen. Die in der Bescheinigung über ihren Geldwert aufgeführten Sachleistungen dürfen im Zeitpunkt der Antragstellung nicht länger als ein Jahr zurückliegen. Die in der Bescheinigung über ihren Geldwert aufgeführten Sachleistungen dürfen im Zeitpunkt der Antragstellung nicht länger als ein Jahr zurückliegen.

Maßgebend ist der Eingang des Beihilfeantrags bei der Festsetzungs- oder Beschäftigungsstelle.

Eine Verlängerung der Antragsfrist ist ausgeschlossen.

2.6 Abschlüsse

Müssen Sie höhere Beträge verauslagen, kann Ihnen auf Antrag ein Abschlag auf die zu erwartende Beihilfe gewährt werden.

Soweit Krankenhäuser oder Dialyseeinrichtungen auf Vorauszahlungen bestehen, können auf besonderen Formblättern, welche die Beihilfestelle und vielfach auch das Krankenhaus oder die genannte Einrichtung bereithalten, Abschlüsse angefordert werden. Das Krankenhaus (die Dialyseeinrichtung) ist Ihnen beim Ausfüllen der Formblätter behilflich und leitet sie auch an die Beihilfestelle weiter. Der unmittelbar an das Krankenhaus (die Dialyseeinrichtung) gehende Abschlag entbindet zusammen mit der Kostenübernahmeerklärung der privaten Krankenversicherung von der Vorauszahlung.

2.7 Beihilfegewährung bei Schadenersatzansprüchen

Schadenersatzansprüche eines Beamten, Versorgungsempfängers oder eines ihrer Angehörigen gehen insoweit auf den Dienstherrn über, als dieser Beihilfen zu Aufwendungen als Folge der Körperverletzung, Tötung oder der Beschädigung, Zerstörung oder Wegnahme von Hilfsmitteln gewährt hat. Der Dienstherr verfolgt den Schadenersatzanspruch gegenüber dem Schädigen oder dessen Versicherung. Bitte beachten Sie, dass Aufwendungen, die durch einen tätlichen Angriff eines Dritten entstanden sind, zunächst bei dem zuständigen Amt für Versorgung und Soziales geltend zu machen sind (§ 5 Abs. 3 des Opferentschädigungsgesetzes).

Für den genannten Personenkreis bedeutet dies, dass zu den Aufwendungen ohne Berücksichtigung von Schadenersatzansprüchen Beihilfen gewährt werden und er außerdem den Schadenersatzanspruch nicht mehr durchzusetzen braucht.

2.8 Beihilfe zu Krankheitskosten

Bei Krankheit sind die in § 6 HBeihVO genannten Aufwendungen unter den dort genannten Voraussetzungen und Einschränkungen (z.B. durch Höchstbeträge) beihilfefähig.

Beihilfefähig sind besonders Aufwendungen für

- ärztliche und zahnärztliche Leistungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 HBeihVO, grundsätzlich bis zur Höhe der Schwellenwerte nach den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (2,3 fach für medizinische Leistungen und 1,15 oder 1,8 fach für labortechnische Leistungen). Bitte beachten Sie, dass für Versicherte im Basistarif diese Schwellenwerte nicht gelten. Für diese Versichertengruppe gelten folgende Faktoren:

Gebührenordnung für Zahnärzte: 2-facher Gebührensatz

Gebührenordnung für Ärzte: Abschnitt M und Nr. 437 1,16 facher Gebührensatz

Abschnitte A, E und O 1,38 facher Gebührensatz

Übrige Leistungen 1,80 facher Gebührensatz.

- Heilpraktiker nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker, höchstens jedoch bis zu den Schwellenwerten der Gebührenordnung für Ärzte für vergleichbare Leistungen, vgl. § 5 Abs. 1 Satz 5 HBeihVO (bitte beachten Sie aber Nr. 2.3 des Merkblatts)

- vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker schriftlich verordnete Arzneimittel, die wissenschaftlich allgemein anerkannt sind. Bei Personen über 18 Jahre sind - von Ausnahmen abgesehen - pro gekaufter Medikamentenpackung 4,50 Euro Eigenanteil abzuziehen (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 HBeihVO).

Soweit für Arznei- und Verbandmittel Festbeträge nach § 35 SGB V festgesetzt sind, sind die den Festbetrag übersteigenden Aufwendungen - auch bei privat krankenversicherten Personen - nicht beihilfefähig (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 HBeihVO).

- ärztlich angeordnete Heilbehandlungen wie Bäder, Krankengymnastik, Massagen, Bestrahlungen, Heilpädagogik usw. (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 HBeihVO). Dabei sind die in den Verwaltungsvorschriften zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 HBeihVO bezeichneten Höchstbeträge zu beachten.
Aufwendungen für Saunabäder und Schwimmen in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer als beihilfefähig anerkannten Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur sind nicht beihilfefähig.
Die Beihilfefähigkeit ärztlich angeordneter Psychotherapie bestimmt sich nach der Anlage 1 zur HBeihVO.
 - ärztlich verordnete Hilfsmittel, die unmittelbar dem Ausgleich einer ausgefallenen oder gestörten Körperfunktion dienen (z.B. Brillengläser, Hörgeräte, Krankenfahrstühle), nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 Nr. 4 HBeihVO und der Anlage 3 zur HBeihVO; Brillengestelle (außer für Schulsportbrillen für Kinder bis 52,00 Euro) sind nicht beihilfefähig.
 - stationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung, soweit sie die allgemeinen Krankenhausleistungen betreffen.
Daneben sind Aufwendungen für die besonders gewählte ärztliche Behandlung durch leitende Krankenhausärzte und die als Wahlleistung in Anspruch genommene besondere Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers, gekürzt um 16,00 Euro täglich, beihilfefähig (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 HBeihVO).
Bei einer Behandlung in Privatkliniken sind die Aufwendungen beihilfefähig, die denjenigen für Leistungen in öffentlichen oder freien gemeinnützigen Krankenhäusern entsprechen.
 - eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 Nr. 7 HBeihVO. Die Aufwendungen für eine Pflege durch nahe Angehörige sind nicht beihilfefähig.
 - eine Familien- und Haushaltshilfe nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 Nr. 8 HBeihVO
 - die Beförderung eines Kranken zur ärztlichen, zahnärztlichen oder Praxis eines Heilbehandlers (z.B. Masseurs, Krankengymnasten) und zum Krankenhaus (§ 6 Abs. 1 Nr. 9 HBeihVO), soweit sie einen Eigenanteil von 10,00 Euro je einfache Fahrt übersteigen.
Bei aus Anlass einer ambulanten Chemo- oder Strahlentherapiesserie entstehenden Beförderungskosten ist der Eigenanteil nur für die jeweils erste und letzte Fahrt zu berücksichtigen.
Erreichen die **Eigenanteile** der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen an Beförderungskosten zusammengekommen im Monat 100,00 Euro, entfällt der weitere Abzug in dem Monat.
Höhere als Fahrkosten regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel der niedrigsten Klasse sind nur beihilfefähig, wenn die Kosten unvermeidbar waren, wenn also beispielsweise krankheitshalber öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzt werden können.
- Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
- a) die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
 - b) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn- oder Aufenthaltsort,
 - c) die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung ist, und zurück,
 - d) die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise.

Beihilfefähig sind

- die Unterkunft bei einer notwendigen auswärtigen ärztlichen Behandlung nach § 6 Abs. 1 Nr. 10 a HBeihVO bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro
- Organspende nach § 6 Abs. 1 Nr. 11 HBeihVO.

2.9 Beihilfe in weiteren Fällen

2.9.1 Sanatoriumsbehandlungen (§ 7 HBeihVO)

Für eine Sanatoriumsbehandlung kann eine Beihilfe für höchstens drei Wochen gewährt werden, wenn der Amts- oder Vertrauensarzt die Notwendigkeit bescheinigt, die Krankheit nicht durch eine ambulante Behandlung am Wohnort bzw. in dessen Nähe oder durch eine Heilkur behoben werden kann und die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Eine Beihilfe kann nicht anerkannt werden, wenn in den vergangenen vier Kalenderjahren eine Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur anerkannt und durchgeführt worden ist.

Eine Beihilfe kann in kürzeren Abständen (als vier Jahre) gewährt werden, wenn

- eine schwere, mit einem Krankenhausaufenthalt verbundene Erkrankung vorgelegen hat oder
- der Patient sofort in ein Sanatorium eingeliefert werden musste oder
- bei einer schweren chronischen Erkrankung nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten eine Behandlung in einem kürzeren Zeitabstand erforderlich ist.

Neben den Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Heil- und Verbandmitteln sowie Heilbehandlungen sind u.a. die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des jeweiligen Sanatoriums (bei einer notwendigen Begleitperson bis zu 70 v.H. dieses Satzes), die Beförderung, die Kurtaxe und den ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig.

Aufwendungen für Sanatoriumsbehandlungen sind unter den genannten Voraussetzungen auch bei Versorgungsempfängern und berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig.

2.9.2 Heilkuren (§ 8 HBeihVO)

Aufwendungen für eine Heilkur sind alle vier Jahre für aktive Bedienstete und nur dann beihilfefähig, wenn die Heilkur nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten zur Erhaltung der Dienst- oder Arbeitsfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem schweren chronischen Leiden eine balneo- oder klimatherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung (z.B. eine ambulante Behandlung am Wohnort oder in dessen Umgebung) ersetzt werden kann. Die vorherige Anerkennung durch die Beihilfestelle ist erforderlich. Beihilfefähig sind im Wesentlichen die gleichen Aufwendungen wie bei einer Sanatoriumsbehandlung. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind für höchstens 23 Tage bis 16,00 Euro täglich beihilfefähig (bei anerkannten Begleitpersonen von Schwerbehinderten bis zu 13,00 Euro täglich). Zum Verzicht auf den Nachweis der Verpflegungskosten vgl. Stichwort "Belege" unter Nr. 2.5.3.

Von der 4-Jahresfrist kann abgewichen werden bei einer schweren chronischen Erkrankung, wenn der Amts- oder Vertrauensarzt bescheinigt, dass eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand zwingend notwendig ist.

Die Heilkur muß unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis (Anl. 3 zur HBeihVO) enthaltenen Kurort durchgeführt werden. Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein.

Lehrkräfte sollen die Heilkur in den Sommerferien durchführen, sofern der Amts- oder Vertrauensarzt in seinem Gutachten dagegen keine medizinischen Bedenken vorträgt.

2.9.3 Dauernde Pflegebedürftigkeit (§ 9 HBeihVO)

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach § 6 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig, sofern die Pflegekasse oder bei nicht pflegeversicherten Personen der Amtsarzt Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes festgestellt hat. Die Leistungen werden von der gesetzlichen Pflegekasse bzw. privaten Pflegeversicherung und der Beihilfenstelle anteilmäßig getragen. Es ist also sowohl bei der Pflegekasse als auch bei der Beihilfenstelle ein entsprechender Antrag zu stellen. Näheres bestimmt sich nach § 9 HBeihVO.

Ein ausführliches Merkblatt kann auf Wunsch zugestellt werden.

Angestellte, Arbeiter und Auszubildende erhalten zu Kosten dauernder Pflege (§ 9) keine Beihilfe.

Sie erhalten im Gegensatz zu Beamten und Versorgungsempfängern die Leistungen der Pflegeversicherung in vollem Umfang.

2.9.4 Vorsorgemaßnahmen (§ 10 HBeihVO)

Bei Kindern sind Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres beihilfefähig, bei Jugendlichen für eine einmalige Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten zwölften und fünfzehnten Lebensjahr.

. Aufwendungen für jährlich eine Krebsvorsorgeuntersuchung sind bei Frauen vom Beginn des 20., bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an beihilfefähig.

Aufwendungen zur Früherkennung besonders von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit sind bei über 35jährigen Personen alle zwei Jahre beihilfefähig (§ 10 Abs. 1 Nr. 3 HBeihVO).

Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach Abschnitt B Nr. 100 bis 102 und 200 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind beihilfefähig.

Aufwendungen für vom Hessischen Sozialministerium öffentlich empfohlene Schutzimpfungen sind außer bei Schutzimpfungen im Zusammenhang mit einem privaten Auslandsaufenthalt beihilfefähig.

2.9.5 Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation und Empfängnisregelung (§ 11 HBeihVO)

Die Aufwendungen für die ärztliche Beratung zur Erhaltung einer Schwangerschaft, die ärztliche Untersuchung und Begutachtung als Voraussetzungen für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch und eine nicht rechtswidrige Sterilisation sind im Rahmen der HBeihVO beihilfefähig.

Aus Anlass eines nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs sind die ärztlichen Aufwendungen für die Vornahme des Abbruchs und die Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf einschließlich der mit diesen ärztlichen Leistungen im Zusammenhang stehenden Sachkosten nicht beihilfefähig.

Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung sowie für entsprechende ärztliche Untersuchungen sind beihilfefähig. Zu Aufwendungen für Empfängnisregelnde Mittel steht keine Beihilfe zu.

2.9.6 Geburt (§ 12 HBeihVO)

Bei einer Geburt sind die Aufwendungen für die Schwangerschaftsüberwachung, Schwangerschaftsgymnastik, für die Hebamme sowie eine Pflegekraft bei ambulanter oder Hausentbindung neben den übrigen Aufwendungen beihilfefähig. Bei einer Entbindung in einem sog. Geburtshaus sind die pauschalen Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Pflege bis zur Höhe der mit gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Sätze beihilfefähig.

2.9.7 Todesfälle (§ 13 HBeihVO)

Zu den Bestattungskosten wird eine pauschale Beihilfe bis zu 665,00 Euro, bei Kindern bis zu 435,00 Euro gezahlt. Stehen für den Todesfall Sterbe- oder Bestattungsgelder von insgesamt mindestens 1000,00 Euro zu, beträgt die Beihilfe 333,00 Euro (bei Kindern 218,00 Euro). Stehen solche Ansprüche in Höhe von mindestens 2000,00 Euro zu, entfällt die Beihilfe ganz.

Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne an den Familienwohnsitz sind daneben beihilfefähig, allerdings begrenzt auf eine Entfernung von 700 km.

Daneben wird bis zu 6 Monaten Beihilfe für eine Familien- und Haushaltshilfe gewährt, wenn mindestens eine pflegebedürftige Person bzw. ein berücksichtigungsfähiges Kind unter 15 Jahren im Haushalt verbleibt und der bisher allein von dem Verstorbenen geführte Haushalt nicht ohne Haushaltshilfe weitergeführt werden kann.

2.9.8 Auslandsbehandlungen (§ 14 HBeihVO)

Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind bis zur Höhe der Inlandskosten beihilfefähig. Die Beschränkung auf die Inlandskosten gilt nicht, wenn die Aufwendungen nach § 6 eines Krankheitsfalles 1000 Euro nicht übersteigen oder in einem Land der Europäischen Union Aufwendungen für ambulante Behandlungen sowie für stationäre Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern entstanden sind.

Kosten des Rücktransports eines im Ausland Erkrankten sind nicht beihilfefähig. Insofern empfiehlt sich der Abschluß einer Auslandskrankenversicherung.

Diese Einschränkungen gelten nicht bei dringenden Behandlungen auf einer Dienstreise sowie bei vorher anerkannter Beihilfefähigkeit, wenn der Amtsarzt die zwingende Notwendigkeit der Auslandsbehandlung aufgrund der wesentlich größeren Erfolgsaussichten bescheinigt hat.

Unter der zuletzt genannten Voraussetzung sind Aufwendungen für eine Auslandsheilkur beihilfefähig, wenn der Kurort im Heilkurortverzeichnis Ausland (Anl. 4 zur HBeihVO) aufgeführt ist.

2.9.9 Tod von Beihilfeberechtigten (§ 16 HBeihVO)

Für die Aufwendungen aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten sowie für dessen letzte Krankheit erhalten der Hinterbliebene Ehegatte sowie die leiblichen und angenommenen Kinder Beihilfen. Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Belege zuerst vorlegt.

Andere als die genannten Personen erhalten grundsätzlich bei Vorlage der Belege Beihilfe, soweit sie in Rechnung gestellte Aufwendungen bezahlt haben. Der Nachlass bleibt unberücksichtigt. Bestattungs-/Sterbegelder und sonstige Leistungen, die zur Deckung der in Rechnung gestellten Aufwendungen bestimmt sind, sind jedoch zu berücksichtigen. Wer als Erbe nicht Ehegatte, leibliches oder angenommenes Kind des verstorbenen Beihilfeberechtigten war, erhält zu den Aufwendungen des Verstorbenen Beihilfe, auch wenn der Beihilfeberechtigte die Aufwendungen noch vor seinem Tod bezahlt hat (§ 16 Abs. 2 Satz 2 HBeihVO).

2.10 Bemessungssätze (§ 15 HBeihVO)

Der Bemessungssatz beträgt 50 v.H. Er erhöht sich grundsätzlich (vgl. aber § 15 Abs. 2 HBeihVO) für jede im Orts- und Sozialzuschlag berücksichtigungsfähige Person um 5 v.H. bis höchstens 70 v.H.. Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Ortszuschlag oder Sozialzuschlag berücksichtigungsfähig, erhöht sich der Bemessungssatz bei dem Beihilfeberechtigten, bei dem das Kind tatsächlich im Ortszuschlag oder Sozialzuschlag berücksichtigt wird.

Für die Sachleistungsbeihilfe beträgt der Bemessungssatz einheitlich 50 v.H.

Versorgungsempfänger erhalten einen Zuschlag von 10 v.H., Empfänger von Witwen- bzw. Witwergeld weitere 5 v.H.

Beihilfeberechtigten, denen trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung aufgrund eines individuellen Leistungsausschlusses keine Versicherungsleistungen zustehen, erhalten grundsätzlich einen Zuschlag von 20 v.H. (Höchstbeihilfe jedoch 90 v.H.), § 15 Abs. 5 HBeihVO.

Teilzeitbeschäftigte Angestellte und Arbeiter erhalten die Beihilfe anteilmäßig in dem Verhältnis, das ihrer vereinbarten durchschnittlichen regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit zur regelmäßigen Arbeitszeit eines entsprechenden Vollbeschäftigten entspricht.

Bei einer vollstationären, teilstationären, vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung (außer Sanatorium) erhöht sich der Bemessungssatz grundsätzlich um 15 v.H. (§ 15 Abs. 6 HBeihVO).

Für die Beihilfe zu Kosten einer dauernden Pflege (§ 9) gelten besondere Bemessungssätze nach § 15 Abs. 10.

Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz in Ausnahmefällen erhöhen.

Für die Höhe des Bemessungssatzes kommt es grundsätzlich auf die Verhältnisse im Zeitpunkt der Antragstellung an (Ausnahmen: z.B. § 15 Abs. 1 Satz 9, § 15 Abs. 7 und 8 HBeihVO).

Fallgestaltungen siehe nachfolgende Nummer 3.

3. Beihilfe und Krankenversicherung bzw. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz

Der Beihilfeanspruch ist auch abhängig von der Art des Krankenversicherungsschutzes. Dies wollen die nachstehenden Erläuterungen verdeutlichen. Sie brauchen die nachstehenden Erläuterungen nur insoweit zu lesen, als Ihr Krankenversicherungsverhältnis angesprochen ist.

3.1 Mitglieder der privaten Krankenversicherung ohne Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Die Aufwendungen sind im Rahmen der HBeihVO ohne Anrechnung der Krankenversicherungsleistungen beihilfefähig. Dies gilt auch für Aufwendungen Ihrer ebenfalls privat krankenversicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen.

3.1.1 Privat krankenversicherte Angestellte, die einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers erhalten

Der Bemessungssatz ermäßigt sich für Empfänger des Beitragszuschusses um 50 v.H.
Erhält ein privat krankenversicherter berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers, erhöht sich der Bemessungssatz nicht um 5 v.H. (§ 15 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. c HBeihVO).

3.1.2 Privat krankenversicherte Versorgungsempfänger, die als Rentenbezieher einen Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers erhalten

Die Aufwendungen sind im Rahmen der HBeihVO ohne Anrechnung der Krankenversicherungsleistungen beihilfefähig. Der Bemessungssatz ermäßigt sich um 20 v.H., wenn der Beitragszuschuss mindestens 41,00 Euro monatlich beträgt; ein Zuschuss zu Beiträgen für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleibt dabei unberücksichtigt. Dies gilt auch, wenn ein privat krankenversicherter Angehöriger einen Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers in der zuvor genannten Höhe erhält. Die Ermäßigung des Bemessungssatzes gilt nur für die Aufwendungen des Empfängers des Beitragszuschusses.

Wird von einem Rentenversicherungsträger ein Beitragszuschuss zu einer freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung eines berücksichtigungsfähigen Angehörigen eines Beihilfeberechtigten von mindestens 52,00 Euro monatlich oder - auch bei privat Versicherten - von mindestens der Hälfte des Krankenversicherungsbeitrags gewährt, erhöht sich der Bemessungssatz nicht um 5 v.H. (§ 15 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. d HBeihVO).

3.2 Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

3.2.1 Freiwillig gesetzlich versicherte Beamte und Versorgungsempfänger, die keinen Beitragszuschuss erhalten

Diese Beamten und Versorgungsempfänger brauchen zustehende Kassenleistungen nicht in Anspruch zu nehmen, können also beispielsweise Privatärzte oder Heilpraktiker aufsuchen und Wahlleistungen eines Krankenhauses beanspruchen.

Gewährte Kassenleistungen vermindern die beihilfefähigen Aufwendungen; eine Anrechnung zustehender, aber nicht in Anspruch genommener Kassenleistungen unterbleibt.

Zum Geldwert in Anspruch genommener Sachleistungen und der als Sachleistung geltenden Kassenleistungen, wie Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel sowie die Kostenerstattung bei häuslicher Krankenpflege und Haushaltshilfe (§ 5 Abs. 5 Satz 4, Abs. 6 Nr. 1 Satz 2 HBeihVO) steht im Rahmen des § 5 Abs. 5 HBeihVO Beihilfe zu (Sachleistungsbeihilfe). Maßgebend sind die Krankenkassenbeiträge des Beamten (Versorgungsempfängers) und der berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die für die dem Antragsmonat vorausgegangenen zwölf Kalendermonate entrichtet und nicht bei einer früheren Beihilfefestsetzung berücksichtigt wurden. Erfasst werden auch die Sachleistungen, die aus dem freiwilligen Krankenversicherungsverhältnis als Familienversicherung für berücksichtigungsfähige Angehörige erbracht werden. Der Bemessungssatz beträgt unabhängig von Familienstand und -größe und auch für Versorgungsempfänger 50 v.H.

Gewährt die Krankenkasse nur Geldleistungen (z.B. bei Zahnersatz, privatärztlicher Behandlung, privatärztlich verordneten Medikamenten), erhöht sich der Bemessungssatz zu den sich nach Anrechnung der Kassenleistungen, evtl. Eigenanteile und Verwaltungskostenabschläge ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen auf 100 v.H. (§ 15 Abs. 7 HBeihVO).

3.2.2 Freiwillig gesetzlich krankenversicherte Versorgungsempfänger, die einen Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers erhalten

Diese Versorgungsempfänger brauchen zustehende Kassenleistungen nicht in Anspruch zu nehmen, können also beispielsweise Privatärzte oder Heilpraktiker aufsuchen und Wahlleistungen eines Krankenhauses beanspruchen.

Gewährte Kassenleistungen vermindern die beihilfefähigen Aufwendungen; eine Anrechnung zustehender, aber nicht in Anspruch genommener Kassenleistungen unterbleibt.

Sofern der Beitragszuschuss nicht mindestens 21,00 Euro monatlich beträgt, erhöht sich der Bemessungssatz zu den nach Anrechnung der Kassenleistungen sich ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen auf 100 v.H.

Erhält ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten einen Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers in Höhe von mindestens 52,00 Euro oder mindestens der Hälfte des Krankenversicherungsbeitrags, erhöht sich der Bemessungssatz nicht um 5 v.H. (§ 15 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. d HBeihVO).

Anspruch auf Sachleistungsbeihilfe nach § 5 Abs. 5 HBeihVO besteht nicht, da ein Beitragszuschuss gewährt wird. Dies gilt auch hinsichtlich des auf die Versorgungsbezüge entfallenden Beitrags, zu dem der Rentenversicherungsträger keinen Zuschuss gewährt.

Die vorstehenden Ausführungen gelten auch für berücksichtigungsfähige Angehörige des Versorgungsempfängers, die Anspruch auf Familienversicherung haben (§ 10 SGB V).

3.2.4 Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige, die Mitglied der Rentnerkrankensversicherung und deshalb in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind

Dieser Personenkreis braucht zustehende Kassenleistungen nicht in Anspruch zu nehmen, kann also beispielsweise Privatärzte oder Heilpraktiker aufsuchen und Wahlleistungen eines Krankenhauses beanspruchen.

Gewährte Kassenleistungen vermindern die beihilfefähigen Aufwendungen; eine Anrechnung zustehender, aber nicht in Anspruch genommener Kassenleistungen unterbleibt.

Ein Anspruch auf Sachleistungsbeihilfe nach § 5 Abs. 5 HBeihVO besteht nicht, da kein freiwilliges Krankenversicherungsverhältnis vorliegt.

Die vorstehenden Ausführungen gelten auch für berücksichtigungsfähige Angehörige, die Anspruch auf Familienversicherung haben.

3.2.5 In der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte Angestellte und Arbeiter, die bei einem hessischen Dienstherrn tätig sind

Beihilfeanspruch besteht nur, soweit der Eintritt in den öffentlichen Dienst bis zum 30.04.2001 erfolgte.

Diese Personen erhalten nach § 5 Abs. 4 HBeihVO keine Beihilfen zu Aufwendungen, die dadurch entstanden sind, dass sie

- a) zustehende Sachleistungen nicht in Anspruch genommen haben,
- b) über zustehende Sachleistungen hinaus Leistungen in Anspruch genommen haben,
- c) sich anstelle einer zustehenden Sachleistung eine Geldleistung haben gewähren lassen.

Beihilfen können sie nur erhalten, wenn die Krankenkasse nach Satzung usw. allgemein keine Sachleistungen oder nur Geldleistungen erbringt. Dem genannten Personenkreis stehen deshalb beispielsweise zu Gebühren von privatliquidierenden Ärzten sowie von Heilpraktikern, aber auch zu Aufwendungen für Brillen keine Beihilfen zu. Beihilfen erhalten sie aber beispielsweise zu Aufwendungen bei zahnprothetischen Leistungen, zu denen die Krankenkassen nur Zuschüsse gewähren.

Die vorstehenden Ausführungen gelten auch für berücksichtigungsfähige Angehörige des Angestellten oder Arbeiters, für die Anspruch auf Familienversicherung besteht.

3.2.6 In der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherte Angestellte und Arbeiter mit Beitragszuschuss nach § 257 SGB V oder aufgrund arbeitsvertraglicher Vereinbarung, die bei einem hessischen Arbeitgeber beschäftigt sind

Beihilfeanspruch besteht nur, soweit der Eintritt in den öffentlichen Dienst bis zum 30.04.2001 erfolgte.

Diese Personen brauchen zustehende Kassenleistungen nicht in Anspruch zu nehmen, können also beispielsweise Privatärzte aufsuchen oder Wahlleistungen eines Krankenhauses beanspruchen.

Gewährte Kassenleistungen vermindern die beihilfefähigen Aufwendungen. Ebenso werden zustehende, aber nicht in Anspruch genommene Kassenleistungen nach § 5 Abs. 3 Satz 2 HBeihVO auf die beihilfefähigen Aufwendungen

angerechnet.

Ein Anspruch auf Sachleistungsbeihilfe nach § 5 Abs. 5 HBeihVO besteht nicht, da ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird.

3.2.7 In der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte berücksichtigungsfähige Angehörige von Beamten und Versorgungsempfängern

Für diesen Personenkreis gelten die Ausführungen zu vorstehender Nr. 3.2.6 gleichermaßen.

4. Personen mit Ansprüchen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Bei Personen mit Ansprüchen nach § 10 Abs. 1 BVG (Heilbehandlungen für anerkannte Schädigungsfolgen) werden auch zustehende, aber nicht in Anspruch genommene Leistungen nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 2 HBeihVO auf die beihilfefähigen Aufwendungen angerechnet.

Personen mit Ansprüchen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 BVG können zwischen Beihilfen und Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz wählen. Entscheiden sie sich für die Beihilfe, werden die beihilfefähigen Aufwendungen nicht um die zustehenden, aber nicht in Anspruch genommenen Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz gekürzt (§ 5 Abs. 3 Satz 3 Nr. 3 HBeihVO). Nach dem Bundesversorgungsgesetz gewährte Leistungen sind auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen.

Bei Beihilfeberechtigten, deren berücksichtigungsfähige Angehörige Ansprüche auf Heil- oder Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz haben, erhöht sich der Bemessungssatz nicht um 5 v.H. (§ 15 Abs. 2 Nr. 2 Buchst. e HBeihVO).