

Merkblatt zur Hessischen Beihilfenverordnung (HBeihVO)

Stand: 24. November 2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

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**. Es empfiehlt sich, das Merkblatt **aufzuheben**, damit Sie es **bei Bedarf zu Rate ziehen** und anhand des Inhaltsverzeichnisses Fragen nachgehen können. Das Merkblatt ersetzt nicht die gültigen Rechtsvorschriften; diese sind selbstverständlich maßgebend.

Zurzeit gelten folgende Vorschriften:

Die **HBeihVO** in der zurzeit gültigen Fassung, die **Verwaltungsvorschriften (VV)** zur Durchführung der HBeihVO vom 07.12.2012.

Die HBeihVO, 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

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung
2. Darstellung der wesentlichen Regelungen des Beihilferechts
 - 2.1 Beihilfeberechtigte
 - 2.2 Berücksichtigungsfähige Personen
 - 2.2.1 Ehegatten
 - 2.2.2 Kinder
 - 2.3 Beihilfefähigkeit von ärztlichen und zahnärztlichen Gebühren
 - 2.4 Beihilfefähigkeit von zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen
 - 2.5 Heilpraktikergebühren
 - 2.6 Bemessung der Beihilfe
 - 2.7 Beihilfefähige Aufwendungen
 - 2.7.1 Beihilfe zu Krankheitskosten
 - 2.7.2 Stationäre Rehabilitationsmaßnahme
 - 2.7.3 Heilkuren
 - 2.7.4 Dauernde Pflegebedürftigkeit
 - 2.7.5 Beihilfefähige Aufwendungen bei Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen
 - 2.7.6 Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation und Empfängnisregelung
 - 2.7.7 Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburten
 - 2.7.8 Todesfälle
 - 2.7.9 Auslandsbehandlungen
 - 2.7.10 Tod von Beihilfeberechtigten
3. Beihilfe und Krankenversicherung
 - 3.1 Mitglieder der privaten Krankenversicherung
 - 3.1.1 Privat krankenversicherte Beihilfeberechtigte ohne Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag
 - 3.1.2 Privat krankenversicherte Beihilfeberechtigte, die einen Zuschuss des Arbeitgebers erhalten
 - 3.2 Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung
 - 3.2.1 Freiwillig gesetzlich versicherte Beamte und Versorgungsempfänger
 - 3.2.2 Freiwillig gesetzlich krankenversicherte Versorgungsempfängerin und Versorgungsempfänger, die einen Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers erhalten
 - 3.2.3 Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige, die Mitglied der Rentnerkrankenversicherung und deshalb in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind

- 3.2.4 In der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte Tarifbeschäftigte, die bei einem hessischen Dienstherrn tätig sind
- 3.2.5 In der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherte Tarifbeschäftigte mit Beitragszuschuss nach § 257 SGB V oder aufgrund arbeitsvertraglicher Vereinbarung, die bei einem hessischen Dienstherrn tätig sind
- 3.2.6 In der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte berücksichtigungsfähige Angehörige von Beamten und Versorgungsempfängern
- 4. Personen mit Ansprüchen nach dem Bundesversorgungsgesetz
- 5. Wichtige Hinweise zum Antragsverfahren
 - 5.1 Mindestbetrag der Aufwendungen
 - 5.2 Formblatt
 - 5.3 Belege
 - 5.4 Antragsfrist
 - 5.5 Abschläge
 - 5.6 Beihilfegewährung bei Schädigung durch Dritte/ Schadenersatzansprüche
- 6. Stationäre Wahlleistungen

1. Vorbemerkung

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

2. Darstellung der wesentlichen Regelungen des Beihilferechts

2.1. Beihilfeberechtigte

Beihilfeberechtigt sind aktive und im Ruhestand befindliche Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter sowie Witwen, Witwer und Waisen des genannten Personenkreises. Voraussetzung ist, dass die oben Genannten Dienst-, Anwörter-, Unterhalts- oder Versorgungsbezüge erhalten.

2.2. Berücksichtigungsfähige Personen

2.2.1. Ehegatten

Für Aufwendungen eines Ehegatten wird nur Beihilfe gewährt, wenn der Gesamtbetrag seiner Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung das Zweifache des steuerlichen Grundfreibetrags nicht übersteigt. 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. Lebenspartnerinnen und Lebenspartner stehen den Ehegattinnen und Ehegatten, hinterbliebene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner den Witwen und Witvern gleich.

2.2.2. Beihilfen stehen zu Aufwendungen für Kinder zu, die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind (§ 3 Abs. 1 Nr. 2 HBeihVO). Dies sind Kinder, für die dem Beihilfeberechtigten Kindergeld zusteht oder für die ihm Kindergeld zustehen würde. Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten (z. B. bei den im öffentlichen Dienst tätigen Elternteilen) im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, erhält derjenige die Beihilfe, bei dem das Kind tatsächlich im Zuschlag berücksichtigt wird.

2.3. Beihilfefähigkeit von ärztlichen und zahnärztlichen Gebühren (§ 6 mit Anlagen 1 und

2 HBeihVO)

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

Überschreitet eine Gebühr für ärztliche und zahnärztliche Leistungen die Schwellenwerte, kann sie 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.

2.4. Beihilfefähigkeit von zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind in der Regel nur beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Diese Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern. Implantate sind beihilfefähig, allerdings grundsätzlich nur 2 Implantate je Kieferhälfte (die im Rahmen der Eigenvorsorge eingesetzten Implantate werden dabei nicht

berücksichtigt). Aufwendungen für Material- und Laborkosten (inkl. zahntechnischer Leistungen, Edelmetalle und Keramik) sind zu 50 % beihilfefähig.

2.5. Heilpraktikergebühren (§ 6 mit Anlage 4 HBeihVO)

Die Aufwendungen für Leistungen der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sind angemessen bis zur Höhe der zwischen den Heilpraktikerverbänden und dem Bund als Beihilfeträger geschlossenen Vereinbarung vom 31.07.2013. Das Land Hessen ist dieser Vereinbarung mit Wirkung zum 01.09.2013 beigetreten.

2.6. Bemessung der Beihilfe (§ 15 HBeihVO)

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

Für Empfängerinnen und Empfänger von Anwärterbezügen erhöht sich der Bemessungssatz (inkl. berücksichtigungsfähiger Angehöriger) auf einheitlich 70 %. Es erfolgt keine Erhöhung des Bemessungssatzes um 5 % für berücksichtigungsfähige Angehörige. Bei stationären Krankenhaus- bzw. Anschlussheilbehandlungen erhöht sich der Bemessungssatz gemäß § 15 Abs. 6 HBeihVO auf einheitlich 85 %.

Für die Sachleistungsbeihilfe beträgt der Bemessungssatz einheitlich 50 %.

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

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

Teilzeitbeschäftigtes Tarifpersonal erhält die Beihilfe anteilmäßig in dem Verhältnis, das der vereinbarten durchschnittlichen regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit zur regelmäßigen Arbeitszeit eines entsprechenden Vollbeschäftigten entspricht.

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

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

Für die Höhe des Bemessungssatzes kommt es grundsätzlich auf die Verhältnisse im Zeitpunkt der Antragstellung an.

2.7. **Beihilfefähige Aufwendungen**

2.7.1. Beihilfe zu Krankheitskosten (§ 6 HBeihVO)

Bei Krankheit sind die in § 6 Abs. 1 HBeihVO genannten Aufwendungen unter den dort genannten Voraussetzungen und Einschränkungen (z. B. durch Höchstbeträge) beihilfefähig.

Beihilfefähig sind besonders Aufwendungen für:

- ärztliche und zahnärztliche Leistungen (Nr. 2.3 und 2.4 dieses Merkblatts)
- Heilpraktiker nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (Nr. 2.5 dieses Merkblatts)
- Leistungen, die in Form von ambulanten, voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet werden, im Umfang und bis zur Höhe eines mit der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung geschlossenen Versorgungsvertrages
- 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)
- ärztlich angeordnete Heilbehandlungen wie Bäder, Krankengymnastik, Massagen, Bestrahlungen, Heilpädagogik usw. (§ 6 Abs. 1 Nr. 3 HBeihVO). Dabei sind Höchstbeträge zu beachten.
- die Beihilfefähigkeit ärztlich angeordneter Psychotherapie (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 und

der Anlage 1 zur HBeihVO)

- ärztlich verordnete Hilfsmittel, die unmittelbar dem Ausgleich einer ausgefallenen oder gestörten Körperfunktion dienen, z. B. Brillengläser, Hörgeräte, Krankenfahrstühle (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 und der Anlage 3 zur HBeihVO)
- 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,- Euro täglich, beihilfefähig (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 HBeihVO). Dies gilt für Wahlleistungen gemäß § 6 a HBeihVO ab dem 01.11.2015 jedoch nur, wenn Sie innerhalb gewisser Ausschlussfristen gegenüber der Festsetzungsstelle schriftlich erklären, dass Sie diese weiterhin in Anspruch nehmen wollen und damit einverstanden sind, dass ein Betrag in Höhe von 18,90 Euro monatlich von Ihren Bezügen einbehalten wird. Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zum Ersten des nächsten Kalendermonats widerrufen werden. Bitte beachten Sie jedoch, dass dieser Widerruf bzw. die Ablehnung oder Nichtvorlage einer zustimmenden Erklärung innerhalb der Ausschlussfristen dazu führen, dass zu Wahlarztleistungen oder zu den Kosten eines Zweibettzimmers keine Beihilfe mehr gewährt werden kann. Diese Entscheidung ist unwiderruflich.
- Eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (§ 6 Abs. 1 Nr. 7 HBeihVO). Die Aufwendungen für eine Pflege durch nahe Angehörige sind nicht beihilfefähig.
- eine Familienhilfe (§ 6 Abs. 1 Nr. 8 HBeihVO)
- die Beförderung eines Kranken zur ärztlichen, zahnärztlichen Behandlung oder Praxis eines Heilbehandlers (z. B. Masseur, Krankengymnasten) und zum Krankenhaus (§ 6 Abs. 1 Nr. 9 HBeihVO), soweit sie einen Eigenanteil von 10,- Euro je einfache Fahrt übersteigen. Bei aus Anlass einer ambulanten Chemo- oder Strahlentherapieserie 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 zusammen im Monat 100,- 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.

- Die Unterkunft bei einer notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Behandlung bis zum Höchstbetrag von 26,- (§ 6 Abs. 1 Nr. 10 HBeihVO)
- Organspende (§ 6 Abs. 1 Nr. 11 HBeihVO)

Nicht beihilfefähig sind

- Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht anerkannten Methode oder wissenschaftlich nicht anerkannte Arzneimittel
- Aufwendungen für z. B. Nahrungsergänzungsmittel, Vitaminpräparate, Geriatrika, Stärkungsmittel und Mineralstoffpräparate
- Aufwendungen für Brillengestelle
- die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist
- die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer privaten Reise

2.7.2. Stationäre Rehabilitationsmaßnahme (§ 7 HBeihVO)

Für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme kann eine Beihilfe 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 Anerkennung ist u. a. ausgeschlossen, wenn im Jahr der Antragstellung oder in den vergangenen 3 Kalenderjahren eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Heilkur anerkannt und durchgeführt worden ist.

In kürzeren Abständen kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme anerkannt werden, wenn:

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

ist.

Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme muss innerhalb von 4 Monaten seit Bekanntgabe des Bescheids begonnen werden, ansonsten erlischt die Anerkennung.

Neben den Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Heil- und Verbandmitteln sowie Heilbehandlungen sind u. a. die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung für höchstens 3 Wochen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung, die Beförderung und die Kurtaxe und beihilfefähig, auch für Begleitpersonen, wenn die Notwendigkeit der Begleitung behördlich festgestellt wurde.

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

2.7.3. Heilkuren (§ 8 HBeihVO)

Für eine Heilkur kann eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese 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.

Eine Anerkennung ist u. a. ausgeschlossen, wenn im Jahr der Antragstellung oder in den vergangenen 3 Kalenderjahren eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Heilkur anerkannt und durchgeführt worden ist.

Die Heilkur muss innerhalb von 4 Monaten seit Bekanntgabe des Bescheids begonnen werden, ansonsten erlischt die Anerkennung. Lehrkräfte sollen die Heilkur in den Sommerferien durchführen, sofern der Amts- oder Vertrauensarzt in seinem Gutachten nicht einen früheren Kurantritt für dringend erforderlich hält.

Beihilfefähig sind im Wesentlichen die gleichen Aufwendungen wie bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Aufwendungen für Unterkunft und

Verpflegung sind für höchstens 23 Tage bis 16,- Euro täglich beihilfefähig (bei anerkannten Begleitpersonen von Schwerbehinderten bis zu 13,- Euro täglich). Die Heilkur muss unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis der HBeihVO aufgeführten Kurort durchgeführt werden. Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein.

2.7.4. Dauernde Pflegebedürftigkeit (§§ 9 - 9d HBeihVO)

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach § 6 Abs. 1 HBeihVO 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 daher sowohl bei der Pflegekasse als auch bei der Beihilfenstelle ein entsprechender Antrag zu stellen. Näheres bestimmt sich nach den §§ 9 bis 9 d HBeihVO.

Ein ausführliches Merkblatt kann auf Wunsch zugestellt werden.

2.7.5. Beihilfefähige Aufwendungen bei Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen (§ 10 HBeihVO)

Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind beihilfefähig:

- bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden
- bei Kindern und Jugendlichen für eine einmalige Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 12. und dem vollendeten 15. Lebensjahr
- bei Frauen vom Beginn des 20., bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an die Aufwendungen für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
- bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an jedes zweite Jahr die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit nach

Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen nach Abschnitt B Nr. 1000 bis 1020 und 2000 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte sind beihilfefähig.

Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig, soweit sie von der Ständigen Impfkommision empfohlen werden. Dies gilt nicht für Schutzimpfungen im Zusammenhang mit einem privaten Auslandsaufenthalt

2.7.6. 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 Empfängnis regelnde Mittel steht keine Beihilfe zu.

2.7.7. Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburten (§ 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 sogenannten Geburtshaus sind die pauschalen Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Pflege bis zur Höhe der mit gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Sätze beihilfefähig.

2.7.8. Todesfälle (§ 13 HBeihVO)

Zu den Bestattungskosten wird eine Beihilfe bis zu 1.200,- Euro gezahlt.

Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Überführung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal sind in der Bestattungspauschale enthalten. Ist der Tod während einer Dienstreise oder Abordnung eingetreten, sind die Überführungskosten gesondert beihilfefähig. 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.

2.7.9. 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 aufgeführt ist.

2.7.10. 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, werden nicht berücksichtigt. 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). Bestattungs-/Sterbegelder und sonstige Leistungen, die zur Deckung der in Rechnung gestellten Aufwendungen bestimmt sind, sind in diesem Fall jedoch zu berücksichtigen.

3. Beihilfe und Krankenversicherung

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

3.1. Mitglieder der privaten Krankenversicherung

3.1.1. Privat krankenversicherte Beihilfeberechtigte 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.

3.1.2. Privat krankenversicherte Beihilfeberechtigte ohne Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Für Empfänger des Beitragszuschusses ermäßigt sich der Bemessungssatz um 50 % (§ 15 Abs. 8 HBeihVO).

3.2. Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

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

Dieser Personenkreis braucht zustehende Kassenleistungen nicht in Anspruch zu nehmen, kann also beispielsweise Privatärzte oder Heilpraktiker aufsuchen und

Wahlleistungen eines Krankenhauses beanspruchen, soweit die Voraussetzungen des § 6 a HBeihVO erfüllt sind.

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 der Beamtin/des Beamten (der Versorgungsempfängerin/des Versorgungsempfängers) und der berücksichtigungs-fähigen Angehörigen, die für die dem Antragsmonat vorausgegangenen 12 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 %.

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 % (§ 15 Abs. 7 HBeihVO).

3.2.2. Freiwillig gesetzlich versicherte Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger, die einen Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers erhalten

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

ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten einen Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers in Höhe von mindestens 52,- Euro oder mindestens der Hälfte des Krankenversicherungsbeitrags, erhöht sich der Bemessungssatz nicht um 5 % (§ 15 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe 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).

3.2.3. Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige, die Mitglied der Rentnerkrankenversicherung 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.

3.2.4. In der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte Tarifbeschäftigte, die bei einem hessischen Dienstherrn tätig sind

Beihilfeanspruch besteht nur, soweit der Eintritt in den öffentlichen Dienst bis zum 30.04.2001 erfolgte und die Beschäftigung nicht unterbrochen wurde.

Diese Personen erhalten nach § 5 Abs. 3 HBeihVO keine Beihilfen zu Aufwendungen, die dadurch entstanden sind, dass sie

- zustehende Sachleistungen nicht in Anspruch genommen haben,

- über zustehende Sachleistungen hinaus Leistungen in Anspruch genommen haben,
- 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 z. B. zu Aufwendungen bei zahnprothetischen Leistungen, zu denen die Krankenkassen nur Zuschüsse gewähren. Zu Bestattungskosten kann eine Bestattungskostenpauschale gezahlt werden.

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

- 3.2.5. In der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherte Tarifbeschäftigte mit Beitragszuschuss nach § 257 SGB V oder aufgrund arbeitsvertraglicher Vereinbarung, die bei einem hessischen Dienstherrn tätig sind

Beihilfeanspruch besteht nur, soweit der Eintritt in den öffentlichen Dienst bis zum 30.04.2001 erfolgte und die Beschäftigung nicht unterbrochen wurde.

Hier gilt aber (§ 5 Abs. 3 HBeihVO):

- Gewährte Kassenleistungen vermindern die beihilfefähigen Aufwendungen.
- Falls die Krankenkasse keine Leistungen gewährt, wird eine Anrechnung zustehender, aber nicht in Anspruch genommener Kassenleistungen durchgeführt.

Die beihilfefähigen Aufwendungen werden in solchen Fällen folgendermaßen gekürzt:

- Arznei- und Verbandmittel um 100 %
- Andere Aufwendungen, z. B. private Arztrechnungen, Heilbehandlungen, Heilpraktikeraufwendungen u. a. um 50 %

- 3.2.6. In der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte berücksichtigungsfähige Angehörige von Beamten und Versorgungsempfängern

Für diesen Personenkreis gelten die Ausführungen zu vorstehender Nr. 3.2.5.

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 % (§ 15 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe e HBeihVO).

5. **Wichtige Hinweise zum Antragsverfahren**

5.1. Mindestbeträge der Aufwendungen

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die für Sie und Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstandenen Aufwendungen 250,- Euro pro Antrag übersteigen.

5.2. Formblatt

Verwenden Sie bitte für den Beihilfeantrag ausschließlich die von der Beihilfestelle bereitgehaltenen Formblätter 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. Fehlt die Unterschrift, ist der Antrag nicht wirksam gestellt.

5.3. Belege

Dem Beihilfeantrag sollen keine Originalbelege beigelegt werden. Es genügen Zweitschriften und Fotokopien von Rechnungen, auch für Rezepte, wenn die Apotheke den Abgabepreis des Medikaments auf der Fotokopie vermerkt und diese mit dem Apothekenstempel versieht und unterschreibt oder eine Apothekenabschrift des Rezepts fertigt.

Die mit dem Beihilfeantrag eingereichten Belege werden eingescannt und als elektronische Dokumente der Festsetzung zugrunde gelegt. Die Papierbelege werden nach der Festsetzung der Beihilfeleistung nicht zurückgegeben, sondern vernichtet.

Über die Verpflegungskosten anlässlich einer Heilkur brauchen Sie keine Belege vorzulegen, wenn die Unterbringungskosten nachgewiesen werden und mindestens 12,- Euro (für eine Begleitperson 8,40 Euro) täglich betragen.

Keine Ausgabenbelege brauchen Sie vorzulegen, wenn Sie die Gewährung der pauschalen Bestattungskosten beim Tod berücksichtigungsfähiger Angehöriger nach § 16 Abs. 1 HBeihVO beantragen. In diesem Fall müssen Sie allerdings im Beihilfeantrag versichern, dass Ihnen Kosten von 1.200,- Euro entstanden sind.

5.4. Antragsfrist

Beihilfen können Sie nach § 17 Abs. 10 HBeihVO nur innerhalb einer Frist von einem Jahr (Ausschlussfrist), 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 sogenannten Sachleistungsbeihilfe erhalten) beantragen. 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 Beschäftigungs-stelle. Eine Verlängerung der Antragsfrist ist ausgeschlossen.

Für die Beantragung von Beihilfen im Todesfall gelten gesonderte Fristen. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall direkt an die Beihilfenstelle.

5.5. Abschlüge

Müssen Sie höhere Beträge verauslagen, kann Ihnen auf Antrag ein Abschlag (Vorschuss) 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, Abschlüge 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.

5.6. Beihilfegewährung bei Schädigung durch Dritte/ Schadenersatzansprüche

Soweit Beamte, Versorgungsempfänger oder deren Angehörigen Aufwendungen als Folge einer Körperverletzung, Tötung oder der Beschädigung, Zerstörung oder Wegnahme von Hilfsmitteln geltend machen und dafür Beihilfe erhalten, gehen in diesem Umfang die Schadenersatzansprüche gegen den Schädiger auf den Dienstherrn über. Der Dienstherr macht den Schadenersatzanspruch gegen den Schädiger oder dessen Versicherung im Wege des Regresses geltend. Wichtig ist deshalb, dass Sie für die Geltendmachung von Aufwendungen, die aus einer Schädigung durch Dritte resultieren, den ausführlichen Antrag ausfüllen und die Anlage „Unfall“ und die darin erbetenen Angaben zum Sachverhalt, Schädiger, Versicherung etc. vollständig mitteilen.

Bitte beachten Sie, dass Aufwendungen für Körperschäden, die durch einen tätlichen Angriff eines Dritten entstanden sind, bei dem zuständigen Amt für Versorgung und Soziales geltend zu machen sind (§ 5 Abs. 3 des Opferentschädigungsgesetzes).

6. Stationäre Wahlleistungen

Mit Inkrafttreten des § 6 a HBeihVO zum 01.11.2015 wurde die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für stationäre Wahlleistungen neu geregelt. Ein Anspruch auf stationäre Wahlleistungen besteht nur für Beihilfeberechtigte, die eine zustimmende schriftliche Erklärung über den Beibehalt der Beihilfefähigkeit an meine Behörde übersandt haben. Zeitgleich ist bei einer Zustimmung über den Beibehalt ein monatlicher Betrag (seit dem 01.11.2015 = 18,90 Euro) zu zahlen. Er wird durch die Hessische Bezügestelle von den monatlichen Bezügen einbehalten. Die Erklärung ist innerhalb einer Ausschlussfrist von 3 Monaten nach Eintritt in den öffentlichen Dienst bzw. zu Beginn der Einführung zu übersenden.

Bei Entstehen eines Anspruches auf Witwen- oder Witwern- oder Waisengeld beginnt die Ausschlussfrist mit dem Tage der Entstehung zu laufen. Sie beträgt 6 Monate.

Liegt nach Ablauf der Ausschlussfrist keine schriftliche Erklärung vor, sind die Aufwendungen für stationäre Wahlleistungen nicht beihilfefähig. Gegebenenfalls bereits gezahlte Beihilfen sind zurückzufordern.

Die Erklärung kann einmalig widerrufen werden. Eine erneute Möglichkeit der Erklärung ist ausschließlich in der im § 6 a Abs. 1 Nr. 3 HBeihVO genannten Gründen möglich.

Die Zahlungspflicht für die Beitragszahlung ruht in folgenden Fällen:

- während einer Elternzeit,
- während einer Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz vom 28.05.2008 (BGBl. I S. 878, 896), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19.05.2020 (BGBl. I S. 1018)
- während einer Beurlaubung nach § 64 Abs. 1 Satz 1 des Hessischen Beamtengesetzes, solange eine Beihilfeberechtigung besteht
- während der Zeit einer Beurlaubung ohne Beihilfeanspruch
- in den Fällen des § 4 Abs. 1 Nr. 1 für die Dauer des Ausschlusses der auf einem Versorgungsanspruch beruhenden Beihilfeberechtigung.