

Merkblatt über wesentliche Beihilfe-Leistungen nach der Beihilfeverordnung Bayern (Landkreis Cham)

Stand 12/2020 – Änderungen vorbehalten

1. Allgemeines

Bemessungssatz

Beihilfefähige Aufwendungen werden zu bestimmten Prozentsätzen, dem personenbezogenen Bemessungssatz, erstattet:

Beihilfeberechtigte ohne oder mit einem Kind, für das Kindergeldanspruch besteht bzw. das sich in Ausbildung befindet.	50 %
Beihilfeberechtigte mit zwei und mehr Kindern, für die Kindergeldanspruch besteht bzw. die sich in Ausbildung befinden.*	70 %
Beihilfeberechtigte während der Elternzeit	70 %
Versorgungsempfänger	70 %
Ehegatten/eingetragene Lebenspartner	70 %
Kinder	80 %

Hinweis für teilzeitbeschäftigte Personen

Teilzeitbeschäftigte Angestellte und Arbeiter erhalten Beihilfe im Verhältnis der tatsächlichen Arbeitszeit zur regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit.

Bitte beachten Sie:

Die Belege müssen innerhalb von drei Jahren (NEU: ab Rechnungsdatum 01.01.2020) eingereicht werden. Ausschlaggebend ist das Rechnungsdatum bzw. bei Rezepten das Bezugsdatum. Bitte reichen Sie die Belege immer mit einem vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Beihilfeantrag ein.

2. Gesetzlich pflichtversicherte Personen

Gesetzlich pflichtversicherte Personen erhalten im Wesentlichen folgende Leistungen:

Zahnersatz (z. B. Zahnkronen, Brücken)

Von der Regelversorgung sind in der Regel 25 % beihilfefähig.

Dieser Betrag wird zum Bemessungssatz erstattet.

Darüber hinausgehende Kosten für eine höherwertige zahnprothetische Versorgung und für funktionsanalytische bzw. funktionstherapeutische Leistungen sind nicht beihilfefähig.

Füllungen (z. B. Inlay/Goldfüllungen, Kunststoff-Füllungen) sind kein Zahnersatz und damit **nicht beihilfefähig**.

Heilpraktiker

Die Aufwendungen für

- Behandlungs- und Untersuchungskosten sind bis zu bestimmten Höchstbeträgen beihilfefähig. Die Höchstbeträge sind in der Anlage 1 zu § 7 Abs. 1 der Bayerischen Beihilfeverordnung aufgeführt. Voraussetzung ist, dass eine wissenschaftlich anerkannte Behandlung oder Untersuchung durchgeführt wird.
- vom Heilpraktiker schriftlich verordnete Arznei- und Verbandmittel. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich um Arznei- und Verbandmittel handelt, die nicht nach der Beihilfeverordnung von der Erstattung ausgeschlossen sind.

Die Erstattung der beihilfefähigen Aufwendungen erfolgt jeweils zum personenbezogenen Bemessungssatz.

Nicht beihilfefähig sind Hilfsmittel (wie z. B. Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräte), ambulante ärztliche Behandlungen sowie gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, Eigenanteile für Arzneien, Heilmittel (Physiotherapie), Krankenhaus- und Sanatoriumsbehandlungen, Praxisgebühren etc.

3. Gesetzlich freiwillig versicherte Personen mit Arbeitgeberzuschuss

Diese Personen erhalten im Wesentlichen folgende Leistungen:

Zahnersatz

Die Aufwendungen für

- das Zahnarzthonorar (im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) **in voller Höhe**
- Material und Laborkosten zu **40 %**.

Aus dem ermittelten beihilfefähigen Betrag erhalten Sie nach Abzug der höchstmöglichen Kassenleistung eine Beihilfe zum personenbezogenen Bemessungssatz. Bitte immer einen Nachweis der Kassenleistung vorlegen.

Füllungen (z. B. Inlay/Goldfüllungen, Kunststoff-Füllungen) sind kein Zahnersatz und damit nicht beihilfefähig.

Stationäre Krankenhausbehandlung

Die Aufwendungen für

- das Zweibettzimmer. Pro Aufenthaltstag werden 7,50 Euro von der tatsächlichen Beihilfe (Auszahlungsbetrag) abgezogen. Dieser Abzug ist begrenzt auf max. 30 Tage im Kalenderjahr.
- wahlärztliche Behandlung (Chefarztbehandlung) im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Pro Aufenthaltstag werden 25 Euro von der tatsächlichen Beihilfe (= Auszahlungsbetrag) abgezogen. Die Behandlung durch einen Belegarzt ist nicht beihilfefähig.

Die beihilfefähigen Aufwendungen werden nach Abzug der Kassenleistung zum personenbezogenen Bemessungssatz erstattet.

Bitte immer einen Nachweis der Kassenleistung vorlegen.

Die Beihilfe bietet somit keine volle Kostendeckung. Es wird empfohlen eine private Krankenzusatzversicherung von 20 %, 30 % oder 50 % abzuschließen.

Heilpraktiker

Siehe Punkt 2 (gesetzlich pflichtversicherte Personen)

Nicht beihilfefähig sind z. B. Hilfsmittel (Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräte), ambulante ärztliche Behandlungen sowie gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, Eigenanteile für Arzneien, Heilmittel (Physiotherapie), Sanatoriumsbehandlungen.

4. Gesetzlich freiwillig versicherte Personen ohne Arbeitgeberzuschuss

Diese Personen erhalten im Wesentlichen folgende Leistungen:

Zahnersatz

Die Aufwendungen für

- das Zahnarzthonorar (im Rahmen der GOÄ bzw. GOZ) in voller Höhe
- Material und Laborkosten zu **40 %**.

* Sofern beide Elternteile beihilfeberechtigt sind, beträgt der Bemessungssatz nur bei dem Elternteil 70 %, der die entsprechenden Kinderanteile des Familienszuschlags erhält. Es sei denn, es ist im Ausnahmefall eine andere Regelung getroffen worden.

Aus dem ermittelten beihilfefähigen Betrag erhalten Sie nach Abzug der höchstmöglichen Kassenleistung eine Beihilfe. Bitte immer einen Nachweis der Kassenleistung vorlegen.

Füllungen (z. B. Inlay/Goldfüllungen, Kunststoff-Füllungen) sind kein Zahnersatz und damit nicht beihilfefähig.

Stationäre Krankenhausbehandlung

Die Aufwendungen für

- das Zweibettzimmer. Pro Aufenthaltstag werden 7,50 Euro von der tatsächlichen Beihilfe (Auszahlungsbetrag) abgezogen. Dieser Abzug ist begrenzt auf max. 30 Tage im Kalenderjahr.
- wahlärztliche Behandlung (Chefarztbehandlung) im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Pro Aufenthaltstag werden 25 Euro von der tatsächlichen Beihilfe (= Auszahlungsbetrag) abgezogen. Die Behandlung durch einen Belegarzt ist nicht beihilfefähig.

Die beihilfefähigen Aufwendungen werden nach Abzug der Kassenleistung zum Bemessungssatz von 100 % erstattet. Der Bemessungssatz erhöht sich immer dann auf 100 %, wenn sich die gesetzliche Krankenversicherung an den beihilfefähigen Aufwendungen beteiligt. Ansonsten gilt der personenbezogene Bemessungssatz.

Bitte immer einen Nachweis der Kassenleistung vorlegen.

Heilpraktiker

Siehe Punkt 2 (gesetzlich pflichtversicherte Personen)

Nicht beihilfefähig sind z. B. Hilfsmittel (Brillen, Kontaktlinsen und Hörgeräte), ambulante ärztliche Behandlungen sowie gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, Eigenanteile für Arzneien, Heilmittel (Physiotherapie), Sanatoriumsbehandlungen.

Dauernde Pflegebedürftigkeit

Siehe Punkt 5 (Privatversicherte Personen)

5. Privatversicherte Personen

Privatversicherte erhalten im Wesentlichen folgende Leistungen:

Ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung

Die Aufwendungen für

- Untersuchung, Beratung und Behandlung durch den Arzt bzw. Zahnarzt als Privatpatient (im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).
- vom Arzt oder Zahnarzt verordnete Arznei- und Verbandmittel abzüglich der Eigenanteile sowie verordnete Heilmittel (Physiotherapie).

Stationäre Krankenhausbehandlung

Die Aufwendungen für

- die Allgemeinen Krankenhausleistungen.
- die Kosten des Zweibettzimmers. Pro Aufenthaltstag werden 7,50 Euro von der tatsächlichen Beihilfe (Auszahlungsbetrag) abgezogen. Dieser Abzug ist begrenzt auf max. 30 Tage im Kalenderjahr.
- privatärztliche Behandlung (z. B. Chefarztbehandlung) im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Bei einer Behandlung durch den Chefarzt werden pro Aufenthaltstag 25 Euro von der tatsächlichen Beihilfe (= Auszahlungsbetrag) abgezogen.

Zahnersatz (z. B. Zahnkronen, Brücken)

Die Aufwendungen für

- das Zahnarzthonorar (im Rahmen der GOÄ bzw. GOZ) in voller Höhe
- Material und Laborkosten zu 40 %.

Hilfsmittel

• Sehhilfen

Brillengläser sind bis zu bestimmten Höchstätzen beihilfefähig. Diese sind in § 22 Abs. 2 der Bayerischen Beihilfeverordnung aufgeführt. Die Mehrkosten für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern werden unter bestimmten Voraussetzungen erstattet. Auch hierfür gibt es Höchstätze.

Die Kosten für Brillenfassungen sind nicht beihilfefähig. Kontaktlinsen sind nur bei bestimmten Augenerkrankungen beihilfefähig. Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, erhalten Sie anstelle der Kontaktlinsen Beihilfe für eine entsprechende Brille. Bitte beachten Sie, dass für die erste Sehhilfe eine ärztliche Verordnung erforderlich ist.

Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe sind bei gleichbleibender Sehstärke nur dann beihilfefähig, wenn seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe mindestens 3 Jahre vergangen sind.

• Andere Hilfsmittel

Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, wie zum Beispiel Einlagen, Hörgeräte und Blutzuckermessgeräte, soweit diese nach der Beihilfeverordnung erstattungsfähig sind.

Heilpraktiker

Siehe Punkt 2 (gesetzlich pflichtversicherte Personen)

Die beihilfefähigen Aufwendungen werden mit dem personenbezogenen Bemessungssatz erstattet.

Eigenanteile

Bei verordneten Arznei- und Verbandmitteln werden pro Medikament 3 Euro von der tatsächlichen Beihilfe (Auszahlungsbetrag) abgezogen. Für bestimmte Personengruppen z. B. berücksichtigungsfähige Kinder, Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst entfällt der Eigenanteil.

Dauernde Pflegebedürftigkeit

Beamte und Versorgungsempfänger erhalten bei einer dauernden Pflegebedürftigkeit die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz anteilig von der Pflegeversicherung und der Beihilfe.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und gleichzeitig die Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt anhand eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes ausschließlich durch die Pflegeversicherung. Dieses Gutachten ist auch für die Beihilfe maßgebend.

Der Antrag auf Pflegeleistungen muss deshalb immer zuerst bei der Pflegeversicherung gestellt werden. Sobald ein Leistungsbescheid vorliegt, kann dieser bei der Beihilfestelle eingereicht werden.

Arbeitnehmer erhalten keine Beihilfe bei einer dauernden Pflegebedürftigkeit.

Sie erhalten die Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz in voller Höhe von der Pflegeversicherung.

Wichtiger Hinweis

Bei privatversicherten Personen, die einen **Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag** durch den Arbeitgeber erhalten, werden die beihilfefähigen Aufwendungen nach Abzug der zustehenden Leistung der privaten Krankenversicherung zum personenbezogenen Bemessungssatz erstattet. Eine Beihilfeleistung ist daher nur möglich, wenn nach Abzug der privaten Krankenversicherungsleistung ein erstattungsfähiger Betrag verbleibt. In der Regel handelt es sich hierbei um den mit der privaten Krankenversicherung vereinbarten Selbstbehalt.

6. Sonstige Hinweise

Rückforderungen

Sollten Sie zuviel erhaltene Beihilfeleistungen an den Landkreis Cham zurückzahlen müssen (z.B. Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus), teilen wir Ihnen das weitere Vorgehen in einem gesonderten Schreiben mit. Bitte verwenden Sie ausschließlich die dort genannte Bankverbindung und den genauen Verwendungszweck. Nur so kann Ihre Zahlung richtig zugeordnet werden.

Unfallbedingte Aufwendungen

Sollten Sie unfallbedingte Aufwendungen einreichen, füllen Sie bitte auf dem Beihilfeantrag den Punkt 8 vollständig aus. Gleichzeitig markieren Sie bitte die entsprechenden Belege mit einem "U" für Unfall.

Behandlungen in Privatkliniken

Sollten Sie eine Behandlung in einer sogenannten Privatklinik planen, können mögliche Eigenanteile entstehen. Wenn Sie uns vor Behandlungsbeginn ansprechen, können wir Sie über einen möglichen Eigenanteil informieren.

Die vorstehende Aufzählung enthält nur die im Standardfall zu gewährenden Beihilfeleistungen. Im Einzelfall können sich Abweichungen hiervon ergeben. Vor größeren Behandlungen (z. B. Zahnersatz) ist eine vorherige Anfrage bei uns zu empfehlen.