



Merkblatt

Stand: 03/2024

zur Beihilfenverordnung des Landes Rheinland-Pfalz

Dieses Merkblatt soll Ihnen einen Überblick über die wesentlichen Inhalte der Beihilfenverordnung Rheinland-Pfalz (im folgenden BVO) geben und Ihnen helfen, Ihre Ansprüche im Krankheits-, Geburts- und Pflegefall kennen zu lernen. Es sind nur die in der Praxis am häufigsten vorkommenden Fälle behandelt; das Merkblatt erhebt daher **keinen** Anspruch auf Vollständigkeit. Rechtsansprüche können hieraus nicht abgeleitet werden. Für die Festsetzung der Beihilfe sind ausschließlich die BVO und das Landesbeamtengesetz (LBG) in der jeweils geltenden Fassung maßgebend.

Weitere Informationen zur Beihilfengewährung, Vordrucke und weiter gehende Merkblätter erhalten Sie auch auf den Internetseiten des Landesamtes für Finanzen unter <https://www.lff.rlp.de/fachliche-themen/beihilfe/index.html>. Falls zu einem bestimmten Thema ein ausführlicheres Merkblatt zur Verfügung steht, wird im folgenden Text darauf hingewiesen.

Inhalt:	Seite
1. Für wen wird Beihilfe gezahlt?	2
1.1 Beihilfeberechtigte Personen	2
1.2 Berücksichtigungsfähige Angehörige	2
2. Für welche Aufwendungen wird Beihilfe gezahlt?	3
2.1 Aufwendungen in Krankheitsfällen	3
2.2 Aufwendungen in Pflegefällen, zusätzliche Betreuungs-/ Entlastungsleistungen	7
2.3 Aufwendungen für Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge	7
2.4 Aufwendungen für Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen, Heilkuren und Eltern-Kind-Kuren	7
2.5 Aufwendungen bei Schwangerschaft, Geburt, künstlicher Befruchtung, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbrüchen und Sterilisation	8
2.6 Aufwendungen im Ausland	8
2.7 Aufwendungen bei Unfällen und Verletzungen	9
3. Wie bemisst sich die Beihilfe?	9
4. Welche Begrenzungen und Selbstbehalte gibt es?	9
4.1 Begrenzung der Beihilfe (100%-Grenze)	9
4.2 Kostendämpfungspauschale	10
5. Was gilt für gesetzlich krankenversicherte beihilfeberechtigte Personen und deren berücksichtigungsfähige Angehörige?	10
6. Wie wird die Beihilfe beantragt?	11
7. Bescheid über die Gewährung einer Beihilfe	12
8. Kontaktdaten der Beihilfestelle, Vordrucke, Merkblätter	12

1. Für wen wird Beihilfe gezahlt?

1.1 Beihilfeberechtigte Personen

Beihilfeberechtigt sind Beamtinnen und Beamte, Ruhestandsbeamtinnen und Ruhestandsbeamte, Witwen und Witwer sowie hinterbliebene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und Waisen, **wenn** und **solange** sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwen-, Witwer-, Waisengeld oder einen Unterhaltsbeitrag erhalten.

Gleiches gilt auch für die Richter des Landes Rheinland-Pfalz (§ 5 Landesrichtergesetz).

Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn keine Bezüge gezahlt werden

- während der Elternzeit,
- während einer Beurlaubung nach § 76 Landesbeamtengesetz zur Betreuung eines Kindes oder zur Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen, sofern
 - Sie keinen Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V haben oder
 - nicht berücksichtigungsfähige/r Angehörige/r einer beihilfeberechtigten Person werden,
- während einer sonstigen Beurlaubung von höchstens 30 Kalendertagen.

Stirbt die beihilfeberechtigte Person, erhält die Erbin, der Erbe oder die Erbengemeinschaft die Beihilfe zu den bis zum Tod entstandenen Aufwendungen.

1.2 Berücksichtigungsfähige Angehörige

a) Ehegattinnen und Ehegatten sowie Lebenspartnerinnen und Lebenspartner

Die Berücksichtigungsfähigkeit von Ehegattinnen und Ehegatten sowie Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern von beihilfeberechtigten Personen hängt von deren Einkünften im zweiten Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags ab. Die Einkunftsgrenze liegt bei

- 20.450,00 EUR bei Ehen und Lebenspartnerschaften, die vor dem 1. Januar 2012 eingegangen wurden, wenn der Beihilfeanspruch bis 31.12.2011 begründet worden ist (i.d.R. durch Ernennung zum Beamten)
- 17.000,00 € in allen anderen Fällen.

Ausführliche Informationen finden Sie auch im [Merkblatt „Berücksichtigungsfähigkeit von Ehegattinnen und Ehegatten oder Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern“](#).

b) Kinder

Beihilfe für Aufwendungen eines Kindes einer beihilfeberechtigten Person wird gewährt, wenn es im Familienzuschlag der beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig ist.

Ein Kind, das bei mehreren beihilfeberechtigten Personen berücksichtigungsfähig ist, wird bei der Person berücksichtigt, die den entsprechenden Anteil des Familienzuschlags tatsächlich erhält. Erhält keine beihilfeberechtigte Person den Familienzuschlag, ist das Kind bei der Person zu berücksichtigen, die dem Familienzuschlag vergleichbare Vergütungsbestandteile erhält, im Übrigen bei der Person, die das Kindergeld bezieht.

Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder, für die der Anspruch auf den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag entfällt, weil das Kind ein Zweitstudium oder eine Zweitausbildung mit gleichzeitigem Beschäftigungsverhältnis durchführt und das Kindergeld oder der Kinderfreibetrag wegen der schädlichen Stundenanzahl (§ 32 Abs. 4 Satz 2 und 3 Einkommensteuergesetz) nicht gewährt wird, längstens jedoch nur für den Zeitraum, für den grundsätzlich Anspruch auf den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag bestehen würde.

2. Für welche Aufwendungen wird Beihilfe gezahlt?

Beihilfefähig sind nur die **notwendigen Aufwendungen** im **angemessenen Umfang**. Aus diesem Grund ist in der Regel die Angabe der Diagnose auf Rechnungen, Verordnungen, Attesten usw. notwendig. Hat die Beihilfestelle Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit, kann sie auch Gutachter (z.B. Amtsärzte) beteiligen. Was „angemessen“ ist, ergibt sich grundsätzlich aus dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Im Übrigen werden in den Anlagen zur BVO Höchstbeträge für verschiedene Leistungen festgelegt.

2.1 Aufwendungen in Krankheitsfällen

Ärztliche Leistungen

Beihilfefähig sind die von den Ärzten in Rechnung gestellten Kosten, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden. Im Regelfall sind die Gebührensätze der GOÄ für ärztliche Leistungen bis zum 2,3fachen Satz, für überwiegend medizinisch-technische Leistungen bis zum 1,8fachen Satz und für Laborleistungen bis zum 1,15fachen Satz der Gebührenordnung beihilfefähig. Liegt eine ausreichende Begründung für eine besonders schwierige oder zeitaufwändige Leistung im Einzelfall vor, können die Kosten für die ärztliche Leistung bis zum 3,5fachen Satz, für medizinisch-technische Leistungen bis zum 2,5fachen Satz und für die Laborleistungen bis zum 1,3fachen Satz berücksichtigt werden. Auch mit den Ärzten vereinbarte Honorare (Abdingungen) sind nur bis zu den vorgenannten Gebührenrahmen beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Leistungen, die auf Verlangen (§ 1 Abs. 2 GOÄ) erbracht werden.

Zahnärztliche Leistungen

Honorarkosten von Zahnärztinnen und Zahnärzten sind, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden, beihilfefähig. Im Regelfall sind die Gebührensätze der GOZ bis zum 2,3fachen Satz der Gebührenordnung beihilfefähig. Liegt eine ausreichende medizinische Begründung vor, können die Aufwendungen bis zum 3,5fachen Satz berücksichtigt werden. Auch mit den Zahnärzten vereinbarte Honorare (Abdingungen) sind nur bis zu dem vorgenannten Gebührenrahmen beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Leistungen, die auf Verlangen (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3 GOZ) erbracht werden.

Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten für Zahnkronen, Inlays usw.) sind zu 60 v. H. beihilfefähig. Auf diesen beihilfefähigen Betrag wird der personenbezogene Bemessungssatz angewendet.

Für **Zahnbehandlungen und -ersatz** benötigen Sie keine vorherige Anerkennung durch die Beihilfestelle.

Die Aufwendungen für **kieferorthopädische Maßnahmen** sind beihilfefähig, wenn

- sie zur Herstellung der Kaufähigkeit oder der Verhütung einer Krankheit notwendig sind, und
- ein Heil- oder Kostenplan bei der Festsetzungsstelle vorgelegt wird.

Eine Voranerkennung der Beihilfefähigkeit ist jedoch nicht vorgesehen. Es genügt deshalb, wenn Sie den Heil- und Kostenplan spätestens mit dem ersten Beihilfeantrag für entsprechenden Aufwendungen einreichen.

Aufwendungen für **implantologische Leistungen** (Abschnitt K der GOZ), einschließlich der vorbereitenden und ergänzenden Maßnahmen, sind nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen beihilfefähig. Die vom Zahnarzt zu bestätigenden Indikationen ergeben sich aus dem im Internet eingestellten [Fragebogen](#). Aufwendungen für Suprakonstruktionen (der auf dem Zahnimplantat befestigte Zahnersatz, z. B. Krone, Brücke, Prothese) sind unabhängig von einer Indikation beihilfefähig. Hierfür gelten die oben dargestellten Einschränkungen hinsichtlich der Beihilfefähigkeit zahntechnischer Leistungen.

Psychotherapeutische Leistungen

Aufwendungen für **ambulante** psychotherapeutische Behandlungen sind grundsätzlich nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Im [Merkblatt „Psychotherapeutische Behandlungen“](#) erhalten Sie ausführliche Informationen hierzu. Fordern Sie bitte rechtzeitig vor Behandlungsbeginn die entsprechenden Antragsunterlagen bei der Beihilfestelle an.

Heilpraktische Leistungen

Aufwendungen für Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers sind bis zu den in der Anlage 5 der BVO bestimmten Höchstbeträgen beihilfefähig.

Arznei- und Verbandmittel

Aufwendungen für registrierte oder zugelassene Arzneimittel und Arzneimittelzubereitungen, in Anlage 8 zu § 21 BVO gelistete Medizinprodukte sowie für Verbandmittel sind nur beihilfefähig, wenn diese von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern nach Art und Menge **vor** der Beschaffung schriftlich verordnet werden.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- Nahrungsergänzungsmittel, Lebensmittel und diätetische Lebensmittel,
- kosmetische Mittel,
- Mittel zur überwiegenden Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zur Abmagerung oder Zügelung des Appetits und Regulierung des Körpergewichtes,
- Mittel zur Verbesserung des Haarwuchses und
- Mittel zur Behandlung von Reisekrankheiten.

Dies gilt auch dann, wenn Ihnen diese Mittel ärztlich verordnet werden.

Heilbehandlungen

Die Aufwendungen für Heilbehandlungen (z. B. Massagen, Krankengymnastik) sind beihilfefähig, wenn sie

- zuvor schriftlich von einem Arzt/einer Ärztin nach Art und Anzahl verordnet sind (fügen Sie dem Antrag bitte die entsprechende Verordnung bei),
- von Angehörigen der Heilfachberufe (z.B. Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseurin und medizinische Bademeister, Physiotherapeuten, Podologen, staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Anderson, akademische Sprachtherapeuten mit Zulassung zur Leistungserbringung im Bereich der gesetzlichen Krankenkasse, klinische Linguisten) durchgeführt werden.

Die Aufwendungen sind bis zu den in Anlage 3 der BVO genannten Höchstbeträgen beihilfefähig.

Auch zu den Aufwendungen einer erweiterten ambulanten Physiotherapie können Sie unter bestimmten Voraussetzungen eine Beihilfe erhalten. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Erweiterte ambulante Physiotherapie“.

Hilfsmittel

Zu den Hilfsmitteln gehören z.B. Brillen, Hörgeräte, orthopädische Einlagen, Blutzuckermessgeräte, Rollstühle, Kompressionsstrümpfe usw. Es sind nur die Hilfsmittel beihilfefähig, die in Anlage 4 der BVO aufgeführt sind und die **vor** der Anschaffung schriftlich verordnet wurden. Für einige Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte, Brillen und Kontaktlinsen) gelten Höchstbeträge.

Zu Brillen und Kontaktlinsen gibt es jeweils ein gesondertes [Merkblatt](#).

Blutdruckmessgeräte, Bestrahlungslampen, Fieberthermometer, Allergiebettbezüge, Fitnessgeräte und dergleichen sind nicht beihilfefähig, weil deren Anschaffungskosten den Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind.

Eine Beihilfe zu den Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln und Geräten (z.B. Wartungskosten) wird Ihnen nur gewährt, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres den Betrag von 100,00 EUR (Eigenanteil) übersteigen. Es empfiehlt sich, die Belege zu sammeln und einmal jährlich vorzulegen. Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sowie für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.

Stationäre Krankenhausbehandlung

Beihilferechtlich wird zwischen zugelassenen und nicht zugelassenen Krankenhäusern unterschieden.

Zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V sind

- Hochschulkliniken,
- Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind und
- Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Auskünfte hierzu erteilt Ihnen das jeweilige Krankenhaus.

Bei stationären Behandlungen in diesen Krankenhäusern sind die allgemeinen Krankenhausleistungen (DRG-Fallpauschalen oder Entgelte nach dem PEPP-System) beihilfefähig.

Darüber hinaus sind unter bestimmten Voraussetzungen auch die Aufwendungen für Wahlleistungen beihilfefähig. Weitere Einzelheiten finden Sie im [Merkblatt „Wahlleistungen im Krankenhaus“](#).

Bei stationären Behandlungen in **Krankenhäusern ohne Zulassung** nach § 108 SGB V, das sind die sogenannten Privatkliniken, sind die Aufwendungen nur bis zu bestimmten Höchstgrenzen beihilfefähig. Es sind hohe Eigenanteile zu erwarten. Vor der Aufnahme in ein solches Krankenhaus empfiehlt es sich deshalb, eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Höhe der Beihilfe einzureichen.

Palliativversorgung

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante, stationäre oder teilstationäre Palliativversorgung.

Behandlungspflege und vorübergehende häusliche Krankenpflege

Zur **Behandlungspflege** gehören z.B. das Wechseln von Verbänden, das Verabreichen von Spritzen usw., die nicht von einem Arzt, sondern von einem ambulanten Pflegedienst durchgeführt werden.

Die **häusliche Krankenpflege** umfasst Tätigkeiten wie z.B. Hilfe beim An- und Ausziehen und bei der Körperpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Eine Beihilfe für die vorübergehende häusliche Krankenpflege wird in der Regel für die Dauer von bis zu sechs Monaten gewährt.

Falls bei Ihnen oder bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine Behandlungspflege oder vorübergehende häusliche Krankenpflege notwendig ist, muss der Arzt die Art und den Umfang der erforderlichen Maßnahme bescheinigen. Die Aufwendungen sind grundsätzlich beschränkt auf die durchschnittlichen monatlichen Kosten einer Berufspflegekraft.

Familien- und Haushaltshilfe

Eine Familien- und Haushaltshilfe führt den Haushalt weiter, wenn die Person, die sonst den Haushalt führt, stationär behandelt werden muss (z.B. im Krankenhaus oder im Sanatorium). Unter welchen Voraussetzungen und in welcher Höhe zu solchen Aufwendungen eine Beihilfe nach der BVO gewährt werden kann, können Sie dem [Internet](#) entnehmen. Bei Antragsstellung fügen Sie bitte den ausgefüllten [Vordruck „Familien- und Haushaltshilfe“](#) bei, den sie ebenfalls im Internet finden.

Fahrtkosten

Beihilfefähig sind Aufwendungen

a) für **zuvor ärztlich verordnete** Fahrten

- im Zusammenhang mit stationären Krankenbehandlungen, einschließlich einer vor- und nachstationären Behandlung; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist,
- anlässlich einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Arztpraxis einschließlich der Vor- und Nachbehandlung,
- mit einem Krankentransportfahrzeug, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtung des Krankentransportwagens erforderlich ist,
- zu ambulanten Behandlungen einer Grunderkrankung, die eine **hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum bedarf** und diese Behandlung oder der zu diesem Behandlungsverlauf führende Krankheitsverlauf die behandelte Person so beeinträchtigt, dass eine Beförderung unerlässlich ist.

b) ohne ärztliche Verordnung für

- Rettungsfahrten und -flüge, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie,
- regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines Kindes, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und der einer stationären Langzeittherapie erfordernden Geschwulsterkrankung oder vergleichbaren schweren Erkrankung medizinisch notwendig ist, und
- unter a) genannte Fahrten sowie Fahrten zu ambulanten Behandlungen von beihilfeberechtigten Personen oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „G“ (erhebliche Gehbehinderung), „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegen oder die Pflegegrade 3, 4 oder 5 nachweisen oder vergleichbar beeinträchtigt sind.

Die Fahrtkosten sind angemessen

- bei Rettungsfahrten und -flügen und Krankentransportfahrten bis zu den nach dem jeweiligen Landesrecht berechneten Beträgen,
- bei Benutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel bis zur Höhe der niedrigsten Beförderungsklasse,
- bei Benutzung eines privaten Personenkraftwagens bis zu dem in § 6 Abs. 1 Satz 1 des Landesreisekostengesetzes genannten Betrag; bei gemeinsamer Fahrt einer beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person mit weiteren beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen mit einem Personenkraftwagen sind die Fahrtkosten insgesamt nur einmal beihilfefähig, und
- bei Benutzung eines Taxis bis zur Höhe der nach der jeweiligen Taxiordnung berechneten Taxe.

Nicht beihilfefähig sind

- die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
- die Kosten für die Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderer privater Reisen,
- die Kosten für Beförderung anderer Personen als der erkrankten Person, es sei denn, die Beförderung von Begleitpersonen ist medizinisch notwendig,
- die Kosten für andere als unter b) genannte Besuchsfahrten, und
- die Kosten für die Gepäckbeförderung.

Bitte beachten Sie:

Nicht beihilfefähig sind

- die in der Anlage 1 Nr. 1 der BVO aufgeführten **wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethoden** und die dabei verbrauchten Heil- und Verbandmittel,
- die in der Anlage 1 Nr. 2 der BVO aufgeführten Behandlungsmethoden, sofern die dort genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

2.2 Aufwendungen in Pflegefällen, zusätzliche Betreuungs-/ Entlastungsleistungen

Sofern Sie pflegebedürftig sind, erhalten Sie zu den Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege eine Beihilfe.

Die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege trifft der medizinische Dienst der privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung. Er erstellt ein ärztliches Gutachten, aufgrund dessen die Einstufung in eine Pflegestufe erfolgt. Die Beihilfestelle übernimmt diese Entscheidung.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf das ausführliche [„Merkblatt über die Gewährung von Beihilfen zu Pflegekosten“](#) verwiesen.

2.3 Aufwendungen für Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge

Aufwendungen für **(zahn-)ärztliche Früherkennungs- und Vorsorgeleistungen** sind unter Beachtung bestimmter Altersgrenzen beihilfefähig:

- Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche,
- Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen und
- Gesundheitsuntersuchungen, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen.

Aufwendungen für sog. **Grunduntersuchungen** (Check up), die nicht im Krankheitsfall entstehen, sind nicht beihilfefähig.

Beihilfefähig sind Aufwendungen für die Teilnahme an bis zu zwei **Gesundheits- oder Präventionskursen** zu den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum im Kalenderjahr; die Beihilfe beträgt höchstens 75,00 EUR je Kurs. Voraussetzung ist, dass der Kurs von einer gesetzlichen Krankenkasse als förderfähig anerkannt worden ist oder von einer/m Angehörigen der Heilfachberufe (siehe Ziffer 2.1 / Heilbehandlungen) durchgeführt wird.

Folgende **Schutzimpfungen** sind beihilfefähig:

- von der Ständigen Impfkommision empfohlene Schutzimpfungen (auch aufgrund privater Reisen innerhalb der Mitgliedstaaten der EU)
- FSME-Schutzimpfungen (Frühsommer-Meningoenzephalitis) und
- Grippeschutzimpfungen.

Nicht beihilfefähig sind jedoch alle Impfungen, die aus Anlass einer privaten Reise außerhalb der Mitgliedstaaten der EU oder schul-, ausbildungs-, studien- oder berufsbedingt erforderlich geworden sind.

2.4 Aufwendungen für Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen, Heilkuren und Eltern-Kind-Kuren

Zu den Aufwendungen einer (stationären) Sanatoriumsbehandlung, Anschlussheilbehandlung, (ambulanten) Heilkur sowie Eltern-Kind-Kuren können Sie unter bestimmten Voraussetzungen eine Beihilfe erhalten. Weitere Einzelheiten zu den einzelnen Behandlungsarten, den Voraussetzungen und dem Antragsverfahren entnehmen Sie bitte dem [Merkblatt „Heilkur - Sanatorium - AHB“](#).

Da bei Sanatoriumsbehandlungen, Heilkuren und Eltern-Kind-Kuren ein Amtsarzt beteiligt wird, beantragen Sie die Maßnahme bitte frühzeitig.

2.5 Aufwendungen bei Schwangerschaft, Geburt, künstlicher Befruchtung, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbrüchen und Sterilisation

Im Rahmen von **Schwangerschaft** und **Geburt** sind die Aufwendungen für die Schwangerschaftsüberwachung, Schwangerschaftsgymnastik, für die Hebamme und den Entbindungspfleger, die Entbindung in einem Krankenhaus oder einem Geburtshaus, für Pflegekräfte bei ambulanter oder häuslicher Entbindung sowie gegebenenfalls Aufwendungen für häusliche Krankenpflege und eine Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig.

Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird eine Beihilfe von 150,00 EUR gewährt. Die Pauschale können Sie mit dem Beihilfeantrag beantragen. Sie müssen insoweit keine Rechnungsbelege einreichen.

Aufwendungen für eine **künstliche Befruchtung** sind unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig. Falls Sie eine entsprechende Maßnahme planen, informieren Sie sich bitte auf unserer Internetseite.

Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der **Empfängnisregelung** einschließlich hierzu erforderlicher Untersuchungen und ärztlich verordnete empfängnisregelnde Mittel sind beihilfefähig.

Beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für die ärztliche Beratung zur Erhaltung der Schwangerschaft sowie die ärztliche Untersuchung und Begutachtung als Voraussetzung für einen nicht rechtswidrigen **Schwangerschaftsabbruch** und eine nicht rechtswidrige **Sterilisation** sowie deren Durchführung.

2.6 Aufwendungen im Ausland

Aufwendungen, die außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstehen, sind im Rahmen der BVO beihilfefähig,

- wenn sie innerhalb der Europäischen Union entstehen oder
- wenn sie höchstens 1.000,00 EUR betragen oder
- bei dringenden unaufschiebbaren Behandlungen auf einer Dienstreise oder
- wenn zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss oder
- wenn die Behandlung wegen wesentlich größerer Erfolgsaussichten außerhalb der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union zwingend notwendig ist und die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

Im Übrigen sind die Aufwendungen nur bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung am inländischen Wohnort der beihilfeberechtigten Person beihilfefähig wären.

Für Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gelten besondere Voraussetzungen.

Belege in ausländischer Sprache müssen grundsätzlich den im Inland gestellten Anforderungen entsprechen, d.h. es müssen die Diagnose und die erbrachten Leistungen ersichtlich sein. Fügen Sie bitte eine Übersetzung bei. Die Übersetzung muss bei Belegen, die nicht in einer Amtssprache eines Mitgliedsstaates der EU abgefasst sind,

beglaubigt sein, wenn die Aufwendungen mehr als 500,00 EUR betragen. Die Kosten der Übersetzung und Beglaubigung sind nicht beihilfefähig.

Bei Rechnungsbeträgen in ausländischer Währung können Sie den tatsächlichen Devisen-Wechselkurs nachweisen. Falls er nicht nachgewiesen wird, werden die Aufwendungen mit dem Wechselkurs umgerechnet, der am Tag des Eingangs des Beihilfeantrags bei der Festsetzungsstelle gilt.

2.7 Aufwendungen bei Unfällen und Verletzungen

Wenn Sie Aufwendungen einreichen, die durch einen Unfall, eine Verletzung oder ein sonstiges schädigendes Ereignis entstanden sind (z. B. im Haushalt, in der Schule oder im Kindergarten, Dienst-, Arbeits- und Freizeitunfälle), fügen Sie Ihrem Beihilfeantrag bitte immer eine kurze Unfallschilderung bei. Außerdem benutzen Sie bitte den vierseitigen Antrag auf Beihilfe und füllen Sie Ziffer 10 des Antrages aus.

3. Wie bemisst sich die Beihilfe?

Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Der Bemessungssatz ist personenbezogen und beträgt im Regelfall für Aufwendungen, die entstanden sind

- für die beihilfeberechtigte Person im aktiven Dienst 50 v. H.,
- für die beihilfeberechtigte Person im Ruhestand (Versorgungsempfänger) 70 v. H.,
- für berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten
- oder Lebenspartnerinnen und Lebenspartner 70 v. H.,
- für berücksichtigungsfähige Kinder oder beihilfeberechtigte Waisen 80 v. H.,
- für beihilfeberechtigte Witwen, Witwer sowie hinterbliebene Lebenspartner und Lebenspartnerinnen 70 v. H..

Sind mindestens zwei Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für beihilfeberechtigte Personen im aktiven Dienst 70 v. H.. Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen gilt dies für diejenige, die den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag tatsächlich bezieht. Beihilfeberechtigte Personen, denen vor der Elternzeit der erhöhte Bemessungssatz (bei zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern) zustand, erhalten diesen während der Elternzeit weiter. In diesen Fällen ist eine Erhöhung des Bemessungssatzes aus demselben Grund für den anderen Elternteil ausgeschlossen.

Für beihilfefähige Aufwendungen von Personen, die einen **Arbeitgeberzuschuss** (§ 257 SGB V) zu den Beiträgen für eine **private Krankenversicherung** erhalten, ermäßigt sich der Bemessungssatz um 20 v.H..

Auf Antrag beträgt der Bemessungssatz für einen **Versorgungsempfänger** und dessen berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner **80 v. H.**, wenn

1. das monatliche Gesamteinkommen bei Nichtverheirateten geringer ist als **1.680,00 EUR** und bei Verheirateten oder Lebenspartnern geringer ist als **1.940,00 EUR** und
2. der monatliche **Beitragsaufwand** für eine beihilfekonforme private Krankenversicherung **15 v.H.** des Gesamteinkommens übersteigt.

Maßgebendes Gesamteinkommen ist das durchschnittliche Monatseinkommen der zurückliegenden zwölf Monate aus Bruttoversorgungsbezügen, Sonderzahlungen, Renten, Kapitalerträgen und sonstige laufende Einnahmen der beihilferechtlichen Person und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen, nicht jedoch Grundrenten nach dem Bundesversorgungsgesetz, Blindengeld, Wohngeld und Leistungen für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.

Der Antrag ist nur für die Zukunft zulässig. Ein entsprechendes Antragsformular finden Sie auf unserer [Internetseite](#) oder Sie können dies bei der Beihilfe-Informationen-Stelle anfordern.

4. Welche Begrenzungen und Selbstbehalte gibt es?

4.1 Begrenzung der Beihilfe (100%-Grenze)

Die Summe aus Beihilfe und Leistungen aus einer Krankenversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen, die aus demselben Anlass gewährt werden, darf nicht höher sein als die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen (100%-Grenze). Falls eine Überversicherung besteht, z.B. weil Sie den Versicherungsschutz bei Eintritt in den Ruhestand nicht an den höheren Beihilfe-Bemessungssatz angepasst haben, wird die Beihilfe entsprechend gekürzt.

4.2 Kostendämpfungspauschale

Für jedes Jahr, in dem Aufwendungen in Rechnung gestellt worden sind, wird die Beihilfe um eine Kostendämpfungspauschale gekürzt. Diese ist nach Besoldungsgruppen gestaffelt und beinhaltet weitere soziale Komponenten, z.B. Minderungen wegen Kindern.

Die Höhe der Kostendämpfungspauschale richtet sich nach den Verhältnissen, die bei dem **ersten Antrag im Kalenderjahr** vorliegen. Treten danach Änderungen ein, die die Höhe der Kostendämpfungspauschale beeinflussen, werden diese im laufenden Kalenderjahr nicht berücksichtigt.

Wenn der erste Antrag im Kalenderjahr auch Rechnungen aus den Vorjahren enthält, in denen keine Beihilfe beantragt wurde, sind die Verhältnisse bei der Antragstellung auch für die Kostendämpfungspauschale der Vorjahre maßgebend.

Maßgeblich für die Einbehaltung der Kostendämpfungspauschalen ist das Rechnungsdatum (nicht das Behandlungsdatum), bei Rezepten das Kaufdatum.

Ausführliche Informationen finden Sie auch im [Merkblatt „Kostendämpfungspauschale“](#).

5. Was gilt für gesetzlich krankenversicherte beihilfeberechtigte Personen und deren berücksichtigungsfähige Angehörige?

Für Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen gelten Sonderbestimmungen.

Bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, sind die beihilfefähigen Aufwendungen um die Leistungen der Krankenkasse zu kürzen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse weisen Sie bitte nach.

Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Eigenanteile (z. B. zu Medikamenten und zu Heilmitteln, bei stationären Behandlungen oder Kuren) sind nicht beihilfefähig.

Bei Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse, erhöht sich der Bemessungssatz auf **100 v. H.**, wenn sie den Krankenkassenbeitrag in voller Höhe selbst tragen, die Krankenkasse sich an den Aufwendungen beteiligt hat und gleiche Ansprüche wie bei Pflichtversicherten bestehen.

Der Beitrag gilt auch dann als in voller Höhe selbst getragen, wenn der Zuschuss durch den Rentenversicherungsträger 41,00 EUR monatlich nicht übersteigt,

Der Bemessungssatz ermäßigt sich um 20 v. H. bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse, die einen Arbeitgeberzuschuss zu den Versicherungsbeiträgen (§ 257 SGB V) erhalten und bei denen die Krankenkasse nachweislich keine Leistungen zu den Aufwendungen gewährt.

Pflichtversicherte Beschäftigte, die aus diesem Beschäftigungsverhältnis gleichzeitig einen Beihilfeanspruch haben, sind für sich und die bei ihnen familienversicherten oder selbst pflichtversicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen ausschließlich auf die zustehenden Leistungen der Krankenkasse angewiesen. Als zustehende Leistungen gelten auch die gesetzlich vorgesehene Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und die Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch. In den Fällen, in denen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch von den Krankenkassen nur ein Zuschuss geleistet wird, sind die geltend gemachten Aufwendungen im Rahmen der BVO beihilfefähig.

Bei einer Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen sind die Aufwendungen bis zur Höhe des auf 100 % erhöhten Festzuschusses (§ 55 Abs. 1 Satz 2 SGB V) beihilfefähig. Hiervon wird jeweils der höchstmögliche Festzuschuss als Kassenleistung in Abzug gebracht.

6. Wie wird die Beihilfe beantragt?

Beihilfen erhalten Sie nur auf **schriftlichen oder elektronischen Antrag**. In der Weihnachtszeit und den Sommerferien nutzen viele unserer Kunden die freien Tage zur Abrechnung ihrer Krankenbelege. Im Januar und Juli/August jedes Jahres kommt es deshalb in der Beihilfestelle zu einem stark erhöhten Eingang von Beihilfeanträgen. Die Masse der eingereichten Anträge führt dazu, dass die Bearbeitungszeiten steigen. Hierfür bitten wir um Ihr Verständnis und empfehlen, die Anträge – soweit möglich – nicht in diesen Monaten einzureichen.

Schriftlicher Antrag: Zur Antragstellung sind nur die von der Festsetzungsstelle vorgegebenen Formulare zulässig. Vergessen Sie bitte nicht, den Antrag zu unterschreiben.

Bei der erstmaligen Antragstellung verwenden Sie bitte das vierseitige Formular „Antrag auf Beihilfe“.

Für alle Folgeanträge genügt das Formular „Vereinfachter Antrag auf Beihilfe“, sofern sich gegenüber dem vorherigen Antrag keine Änderungen in den persönlichen Verhältnissen oder bei den berücksichtigungsfähigen Personen (z. B. Adresse, Kinder, Versicherungsschutz usw.) ergeben haben und Sie keine weiteren Angaben machen müssen, weil einer Diagnose ein schädigendes Ereignis (Unfall, Verletzungen jeder Art) zugrunde liegen könnte.

Antragsformulare für den unmittelbaren Landesdienst, sonstige Vordrucke und die vorgenannten gesonderten Merkblätter stehen im Internet unter [Außerdem](#) erhalten Sie mit jedem Beihilfebescheid auch ein neues Antragsformular, das schon mit Ihren persönlichen Daten ausgefüllt ist.

Der Antrag ist der Festsetzungsstelle in Papierform zuzuleiten. Die Übermittlung per Fax oder per E-Mail ist nicht zulässig.

Elektronischer Antrag mittels eBeihilfe-Verfahren: Sie haben auch die Möglichkeit, Ihren Antrag auf elektronischem Wege zu stellen. Nähere Informationen hierzu finden Sie im Internet unter ebeihilfe.rlp.de.

Der Beihilfeantrag muss innerhalb von zwei Jahren nach dem Entstehen der Aufwendungen (z. B. Tag der Behandlung oder des Kaufs von Arzneimitteln) bei der Festsetzungsstelle eingegangen sein, spätestens jedoch zwei Jahre nach der ersten Ausstellung einer Rechnung. Danach erlischt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen.

Die Aufwendungen müssen Sie durch **Belege nachweisen**. Da – bei schriftlicher Antragstellung – keine Rücksendung der Belege erfolgt, reichen Sie bitte keine Originalbelege ein, sondern gut leserliche Duplikate, Kopien oder Zweitschriften. Bei elektronischer Antragstellung verbleiben die Belege bei Ihnen und können zusätzlich in der App bzw. dem Portal eingesehen werden.

Bitte weisen Sie zu jedem Rechnungsbeleg die Kostenerstattung Ihrer Krankenversicherung bzw. gesetzlichen Krankenkasse nach. Sofern Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person privat krankenversichert sind und einen geeigneten Nachweis über eine bestehende Quotenversicherung vorlegen, kann im Regelfall auf Einzelnachweise verzichtet werden. Änderungen im Versicherungsschutz teilen Sie der Festsetzungsstelle bitte mit.

Falls Sie bei einer beihilfefähigen Behandlung Vorauszahlungen leisten oder generell höhere Aufwendungen vorlegen müssen, können Sie eine **Abschlagszahlung** beantragen.

Weitere Einzelheiten können Sie dem [Merkblatt „Antragsverfahren“](#) entnehmen.

7. Bescheid über die Gewährung einer Beihilfe

Über die Höhe der gewährten Beihilfe erhalten Beihilfeberechtigte, die keine Nutzer des eBeihilfe-Verfahrens sind, einen schriftlichen Beihilfebescheid auf dem Versandweg. Registrierten Nutzern des eBeihilfe-Verfahrens wird der Beihilfebescheid ausschließlich auf elektronischem Wege über die eBeihilfe zur Verfügung gestellt, auch wenn sie einen schriftlichen Beihilfeantrag gestellt haben. Nähere Informationen zum eBescheid finden Sie im Internet unter www.ebeihilfe.rlp.de.

Bitte überprüfen Sie den Beihilfebescheid nach Erhalt sorgfältig und beachten Sie die Rechtsbehelfsfrist.

8. Kontaktdaten der Beihilfestelle, Vordrucke, Merkblätter

Sofern Sie weitere Fragen haben, die durch dieses Merkblatt nicht geklärt werden können oder Sie eine Information in Ihrem konkreten Einzelfall erhalten möchten, fragen Sie bei der Beihilfestelle nach. Sie erreichen uns wie folgt:

Beihilfe-Informations-Stelle (BIS):

- Telefon: 0261/4933 - 81000 (Mo und-Do: 8-16 Uhr sowie Di, Mi und Fr: 8-12 Uhr)
- Kontaktformular: www.lff.rlp.de/kontakt

Damit Ihre Anfrage bearbeitet werden kann, geben Sie bitte unbedingt Ihre achtstellige Personalnummer, die Ihnen vom Landesamt für Finanzen vergeben wurde, an.

Weitere Informationen zur Beihilfengewährung, Vordrucke und weiter gehende Merkblätter erhalten Sie auch auf den Internetseiten des Landesamtes für Finanzen unter:

www.lff.rlp.de/fachliche-themen/beihilfe.