



## **Hinweise Beihilfe für Versorgungsempfänger des Landes M-V**

Als Beamtin/Beamter oder Richterin/Richter des Landes Mecklenburg-Vorpommern haben Sie Anspruch auf eine ergänzende Fürsorgeleistung Ihres Dienstherrn bei Aufwendungen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen.

Über die **beihilfefähigen** Anspruchsvoraussetzungen informiert Sie in Grundzügen dieses Merkblatt. Maßgebend ist die nachstehende Rechtsvorschrift:

§ 80 Landesbeamtengesetz M-V (LBG M-V) vom 17.12.2009, in Kraft getreten am 31.12.2009, i. V. m. der Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung - BBhV), in Kraft getreten am 14.02.2009 (BGBl. I S. 326), zuletzt geändert durch die 7. Verordnung zur Änderung der BBhV vom 25.10.2016, in Kraft getreten Artikel 1 am 01.11.2016 und Artikel 2 am 01.01.2017 (BGBl. I S.2403).

### **A Allgemeines**

Beihilfe wird gem. § 51 Abs. 3 BBhV auf schriftlichen Antrag gewährt. Anspruchsberechtigter ist grundsätzlich nur der Beihilfeberechtigte selbst (§ 2 Abs. 1 BBhV). Die Antragstellung ist auch mit Vollmacht des Beihilfeberechtigten (Vordruck LBesA 5440) möglich.

Für die Beantragung der Beihilfe stehen Ihnen im Internet unter [www.laf.mv-regierung.de](http://www.laf.mv-regierung.de) die Beihilfeanträge (der Langantrag LBesA 5000, der Kurzantrag LBesA 5001 und der Pflegeantrag LBesA 5003) zur Verfügung. Der Kurzantrag ist **nur** im Internet verfügbar, den Langantrag und den Pflegeantrag kann Ihnen Ihr Beihilfesachbearbeiter auf Anforderung zuschicken oder Sie kreuzen bei Antragstellung das dafür vorgesehene Feld auf dem Beihilfeantrag an.

Die Höhe der Beihilfe richtet sich nach dem personenbezogenen Bemessungssatz. Dieser beträgt:

- für Empfänger von Versorgungsbezügen(außer Waisen) 70 v.H.
- für berücksichtigungsfähige Ehegatten 70 v.H.
- für berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind 80 v.H.

Personen mit Wohnsitz in Deutschland, sind ab 01. Januar 2009 grundsätzlich versicherungspflichtig (§ 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz). Dem ersten Antrag auf Beihilfe ist von privatversicherten Beihilfeberechtigten ein Nachweis über Art und Umfang ihrer privaten Krankenversicherung (Versicherungsschein) bzw. über die private Krankenversicherung der berücksichtigungsfähigen Angehörigen (§ 4 Abs. 1 u. 2 BBhV) beizufügen.

## **B Antrag**

### Antragsgrenze

Die Höhe der geltend gemachten Aufwendungen sollte insgesamt mehr als 200,00 € betragen (§ 51 Abs. 7 BBhV).

### Antragsfrist

Auf die Verjährungsfrist ist zu achten. Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird (§ 54 Abs. 1 BBhV). Die nicht Einhaltung der Jahresfrist führt zum Erlöschen des Beihilfeanspruchs.

### Antragsunterlagen

Bitte reichen Sie die Belege (z.B. Arztrechnungen, Krankenhausrechnungen, Rezepte usw.) in Form von Zweitschriften oder in Kopie ein (§ 51 Abs. 3 BBhV). Aktuell werden die Rechnungsbelege zusammen mit dem Beihilfebescheid zurückgesandt. Künftig ist vorgesehen diese, wie **jetzt bereits die Rezepte**, nicht mehr zurück zu schicken. **Die Belege werden entsprechend § 51 Abs. 5 BBhV vernichtet.** Auf den Rezepten müssen die Apothekenummer sowie die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein.

### Zusammenstellung der Aufwendungen

Ordnen Sie bitte die Belege nach Behandlungsart und Datum und tragen Sie sie in dieser Reihenfolge **einzel**n ein. Auch wenn das Arzneimittel wiederholt verschrieben wurde, ist für jedes Rezept eine Zeile zu verwenden. Reichen die vorhandenen Zeilen im Antrag nicht aus, so führen Sie die restlichen Belege auf einem gesonderten Blatt auf und tragen Sie die Endsumme in die Zusammenstellung ein.

Bitte achten Sie auf das Vorhandensein der Diagnose auf der entsprechenden Rechnung. Dies gilt bei ärztlicher Behandlung und bei der Behandlung eines Heilpraktikers.

## **C Besondere Hinweise**

Für folgende Aufwendungen ist die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung zu beantragen:

- psychotherapeutische Behandlungen (§§ 18 bis 21 BBhV)
- kieferorthopädische Behandlungen (§ 15a BBhV)
- Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (ehemals Sanatorium) (§ 35 Abs. 1 Nr. 1 BBhV)
- Mutter- bzw. Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen (§ 35 Abs.1 Nr. 2 BBhV)
- Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 34 Abs. 1 und 2 BBhV)
- Behandlungen außerhalb der Europäischen Union (§ 11 Abs. 2 BBhV).

**Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen gem. § 35 Abs. 1 Nr. 4 sind nur für aktive Beamte beihilfefähig.**

Wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Heilmethoden sind nicht oder nur eingeschränkt beihilfefähig.

Gemäß § 16 (1) BBhV sind die bei einer **zahnärztlichen Behandlung** nach den Abschnitten

C (konservierende Leistungen)	Nr. 2130-2320
F (prothetische Leistungen)	Nr. 5000-5340
K (implantologische Leistungen)	Nr. 9000-9170
und	Nr. 7080-7100

der Gebührenordnung der Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Auslagen und Material zu 40 % beihilfefähig.

Für die Abrechnung ist es erforderlich, dass die Rechnung in Honorar und Material- und Laborkosten aufgeschlüsselt ist.

Beispielrechnung:

Honorar: 1.200 EUR

bei einem Beihilfebemessungssatz von 50 % beträgt die Erstattung = 600 EUR

Material und Laborkosten: 1.500 EUR

davon beihilfefähig 40 % = 600 EUR

bei einem Beihilfebemessungssatz von 50 % beträgt die Erstattung = 300 EUR

**Zu erstattende Beihilfe in Höhe von insgesamt = 900 EUR.**

Die Notwendigkeit der Vorlage eines Heil- und Kostenplanes vor der Behandlung besteht gemäß § 15a **ausschließlich bei kieferorthopädischen Zahnbehandlungen** (hier bitte nur eine Kopie einreichen, da keine Rücksendung erfolgt). Bei anderen zahnärztlichen Behandlungen ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes grundsätzlich **nicht** erforderlich.

Eine Genehmigung der Höhe spricht die Beihilfestelle nur zum Honorar aus. Da die Material- und Laborkosten im Heil- und Kostenplan geschätzt werden, können diese nur dem Grunde nach als beihilfefähig anerkannt werden.

Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Diagnose bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen (Abschnitt J GOZ Nr. 8000-8100) mit einem geeigneten Formblatt nach Nummer 8000 der Gebührenordnung für Zahnärzte zu belegen.

Sehhilfen sind nur in Ausnahmefällen und für berücksichtigungsfähige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres beihilfefähig.

Wahlleistungen sind ab 01.09.2003 gem. § 80 Abs. 1 Landesbeamtenengesetz M-V von der Beihilfeerstattung ausgeschlossen. Dazu gehören gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen wie Chefarztbehandlung und die gesondert berechnete Unterkunft.

Behandlungen in Privatkliniken unterliegen einem Vergleich der Kosten mit Kliniken, die nach § 108 des SGB V zugelassen sind, unter Zugrundelegung des Höchstbetrages des Bundesbasisfallwertes. Dadurch kann es u.U. zur erheblichen Eingenbelastung kommen.

Beihilfefähig sind nur die notwendigen und angemessenen (z.T. durch Höchst-, Fest-Eigenbehalt- oder Anrechnungsbeträge begrenzten) Aufwendungen. Ob diese notwendig und angemessen sind, entscheidet die Festsetzungsstelle (LAF) auf der Grundlage der gültigen BBhV, sie kann bei Zweifel ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.

Kosten für Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel sowie für Heilbehandlungen (z.B. Massagen) sind nur im Rahmen der gültigen BBhV und nur beihilfefähig, wenn sie vorher vom Arzt schriftlich verordnet wurden.

Einige beihilfefähige Aufwendungen unterliegen einem Abzugsbetrag gemäß §49 BBhV. Z. B. ist dies der Fall bei Arznei- und Verbandmitteln, Hilfsmitteln, Fahrtkosten und bei vollstationärer Behandlung (Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung usw.) Der Abzug erfolgt in Höhe von 10 % der Kosten höchstens 10 € und mindestens 5 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Auf Antrag sind Eigenbehalte nach § 49 BBhV von den beihilfefähigen Aufwendungen oder der Beihilfe für ein Kalenderjahr nicht abzuziehen, soweit sie die Belastungsgrenze überschreiten. Diese beträgt zwei Prozent oder bei chronisch Kranken ein Prozent der jährlichen Einnahmen (Vorkalenderjahr). Die Befreiung von Eigenbehalten ist jährlich neu zu beantragen.

#### Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Der Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss bei Ihrer privaten Krankenkasse, bzw. bei freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versicherten Versorgungsempfängern bei der gesetzlichen Krankenkasse gestellt werden.

Bei der ersten Beantragung von Aufwendungen in der Beihilfe ist eine Kopie des Einstufungsbescheides (Festlegung eines Pflegegrades) vorzulegen.

Ein Antrag auf Leistungen zu den pflegebedingten Aufwendungen ist zunächst bei Ihrer Pflegekasse/-versicherung zu stellen und danach mit dem Leistungsbescheid der Krankenkasse in der Beihilfe einzureichen.

Bei Personen, die in der gesetzlichen Pflegekasse (AOK, DAK usw.) versichert sind, ist die Pflegekasse unbedingt über den bestehenden Beihilfeanspruch zu informieren.

**Beihilfen für Pflegeleistungen sind immer gesondert und ausschließlich mit dem Beihilfeantrag LBesA 5003 einzureichen.**

#### Rechtsmittelfähiger Bescheid

Nach Prüfung und Bearbeitung Ihres Antrages erhalten Sie einen rechtsmittelfähigen Bescheid. Dieser umfasst eine maschinell erstellte Zusammenstellung der Aufwendungen und den Erstattungsbetrag.

Die Bearbeitungszeit von Beihilfeanträgen ist abhängig von dem jeweiligen Antragsaufkommen. Bitte sehen Sie von Anfragen zum Bearbeitungsstand vor Ablauf von 4 Wochen im Interesse eines zügigen Arbeitsablaufs ab.

Weitere Einzelheiten zu beihilferechtlichen Fragen entnehmen Sie bitte der Bundesbeihilfeverordnung, den aktuellen Informationen und den Merkblättern, nachzulesen unter [www.laf.mv-regierung.de](http://www.laf.mv-regierung.de).

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Landesamt für Finanzen