FAQ mit 43 Stichworten – Version 19.01.2026

Inhalt

Anschlussheilbehandlung (AHB) 2
Antragsfrist 3
Antragstellung 3
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) 4
Aufwendungen für Ehegatten oder Eingetragene Lebenspartner 4
Ausgeschlossene Behandlungsarten 5
Auslandsbehandlung 5
Bemessungssatz 6
Brille 6
Direktabrechnung Krankenhaus 6
Eigenanteile 7
Ich bin entpflichteter Hochschullehrer /Emerit. 8
Fahrtkosten 8
Aufwendungen für Gebärdendolmetscherinnen und -dolmetscher 9
Gesetzlich krankenversicherte Personen 9
Heil- und Kostenplan 11
Heilbehandlungen 11
Heilfürsorge 12
Heilkur 12
Heilpraktiker 12
Hörgeräteversorgung 12
Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs 13
Kieferorthopädie 13
Kinder 13
Kontaktlinsen 14
Krankenhaus 14
Krankenversicherungsverhältnis 14
Künstliche Befruchtung 15
Kuren 16
Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V 17
Lebenspartner 17
Mutter- / Vater-Kind-Kur 17

Originalbelege 18
Pflegebedingte Aufwendungen 19
Psychotherapeutische Behandlungen 20
Rehabilitationsbehandlungen 21
Sehhilfen 21
Telemonitoring 23
Todesfall 23
Unfall 25
Verletzungen 25
Wahlleistungen im Krankenhaus 25
Zahnersatz 26

Anschlussheilbehandlung (AHB)

Was ist bei der Anschlussheilbehandlung zu beachten?

Eine Anschlussheilbehandlung ist eine Rehabilitationsmaßnahme, die regulär auf einen Krankenhausaufenthalt folgt. In der Regel beginnt diese innerhalb von 14 Tagen ab Entlassung aus der Klinik. In medizinisch begründeten Fällen ist eine Überschreitung der 14 Tage möglich.

Abrechnungsvoraussetzungen:

Eine Beihilfegewährung zum Beihilfebemessungssatz ist möglich, wenn die Einrichtung über einen Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V verfügt.

Bitte informieren Sie sich vor Beginn einer stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung, ob die von Ihnen oder Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt gewählten Einrichtung einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat und die Einrichtung für die notwendige Behandlung überhaupt zugelassen und geeignet ist.

Die Beihilfe für stationäre Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen mit einem entsprechenden Versorgungsvertrag beantragen Sie nach Abschluss der Behandlung. **Die Notwendigkeit, sich die Behandlung vorab genehmigen zu lassen, ist seit dem 01.01.2025 entfallen.**

Zusammen mit dem Beihilfeantrag Allgemeine Leistungen reichen Sie folgende Unterlagen zur Abrechnung bei Ihrer Beihilfe ein:

- Den Nachweis der medizinischen Notwendigkeit
- Die spezifizierten Rechnungen

- Eine Erklärung der Einrichtung, aus welcher sich die Höhe der Preisvereinbarung einer Pauschale oder eines niedrigsten Tagessatzes mit dem Sozialversicherungsträger ergibt (Sozialversicherungsträger ist beispielsweise die Deutsche Rentenversicherung Bund).

Weitere Details finden Sie in unserem Merkblatt für stationäre Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen.

Antragsfrist

Wie lange kann ich meine entstandenen Aufwendungen einreichen?

Grundsätzlich gilt, dass Rechnungen, die bei Antragseingang älter als **zwei Jahre** sind, nicht mehr berücksichtigt werden können.

Demnach sind **das Rechnungsdatum** (nicht das Behandlungsdatum) und **das Eingangsdatum** Ihres Beihilfeantrages bei Ihrer Beihilfe entscheidend.

> **Beispiel:**
>
> Behandlungszeitraum 01.11.- 03.11.2022, Rechnungsdatum 02.03.2023
>
> Der Beihilfeantrag mit der Rechnung muss bis spätestens am 02.03.2025 bei Ihrer Beihilfe eingegangen sein (siehe § 80 Abs.6 Satz 1 HmbBG).

Aus Anlass einer Pflege einer dauernd pflegebedürftigen Person kann eine Beihilfe bis spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, beantragt werden (§ 80 Absatz 6 Satz 3 Nr. 1 HmbBG).

Antragstellung

Sie haben folgende Möglichkeiten, Ihren Antrag auf Beihilfe zu stellen.

1. Per App „dBeihilfePlus“

Sie haben die Möglichkeit, Ihren Antrag elektronisch mit Ihrem Smartphone oder Ihrem Tablet über die App „dBeihilfePlus“ einzureichen. Eine Einreichung per E-Mail ist seit dem 01.02.2025 nicht mehr möglich.

Weitere Informationen finden Sie auf der Seite Beihilfe per App

2. Per Post

Sie können Ihren Antrag dem Zentrum für Personaldienste (ZPD), Beihilfe, Normannenweg 36, 20537 Hamburg, postalisch zukommen lassen. Verwenden Sie bitte immer den vorgesehenen Beihilfeantrag und unterschreiben Sie diesen und verschicken Sie ihn per Post.

3. Persönlich

Unser Kundenzentrum ist **zur Annahme von Post** für Sie geöffnet:
Montag bis Donnerstag: 8:00 – 18:45 Uhr
Freitag: 8:00 – 17:45 Uhr

Die Anträge finden Sie auf der Seite "Anträge und Merkblätter" Bei erstmaliger Antragstellung füllen Sie bitte einen Langantrag aus und senden diesen uns mit den entsprechenden Nachweisen (zum Beispiel Bescheinigung über den Krankenversicherungsschutz) zu.

Weitere Tipps zur Antragstellung finden Sie unter **Beihilfe - Antrag richtig stellen**.

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)

Was gibt es bei der AU zu beachten?

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Abrechnung über GOÄ Ziffer 70) wird im Falle einer Erkrankung durch den behandelnden Arzt ausgestellt.

Derartige Aufwendungen können für folgende erkrankte Personen anerkannt werden (§ 2 Abs. 1 Satz 4 HmbBeihVO):

- Beihilfeberechtigter oder Beihilfeberechtigte (aktiv beschäftigt)
- Im Familienzuschlag berücksichtigte Kinder, sofern der beihilfeberechtigte Angehörige (aktiv beschäftigt) die Betreuung übernimmt

Die Aufwendungen einer AU für erkrankte Ehegatten, Lebenspartner und Versorgungsempfänger (Pensionäre) können weiterhin nicht berücksichtigt werden.

Aufwendungen für Ehegatten oder Eingetragene Lebenspartner

Unter welchen Voraussetzungen kann ich für meinen nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner Beihilfen geltend machen?

Aufwendungen für den Ehegatten oder Lebenspartner sind beihilfefähig, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte nach § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz im Kalenderjahr vor Stellung des Beihilfeantrages 20.000 € nicht übersteigt.

Bei Unsicherheiten legen Sie uns bitte den entsprechenden Einkommensteuerbescheid in Kopie vor.

Um Aufwendungen für Ihre Lebenspartnerin oder Ihren Lebenspartner berücksichtigen zu können, benötigen wir eine beglaubigte Urkunde über die eingetragene Lebenspartnerschaft.

Ausgeschlossene Behandlungsarten

Sind ärztliche Behandlungskosten unbeschränkt beihilfefähig?

Beihilfefähig: Notwendig und angemessen
Es sind nur die medizinisch notwendigen und der Höhe nach angemessenen Aufwendungen beihilfefähig.

Medizinisch notwendige und angemessene Behandlungskosten des Arztes für wissenschaftlich anerkannte Behandlungen sind beihilfefähig. Allerdings nur dann, wenn diese nach entsprechender Gebührenordnung (GOÄ oder GOZ) berechnet werden.

Ob die Aufwendungen notwendig und angemessen sind, entscheidet die Beihilfestelle.

Nicht beihilfefähig

Nicht beihilfefähig sind unter anderem wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmittel oder Heilbehandlungen, zum Beispiel

- Elektro-Akupunktur,
- Pulsierende Signaltherapie,
- Bioresonanztherapie.

Auslandsbehandlung

Benötige ich eine private Zusatzversorgung? Wenn ich im Ausland krank werde, sind dann auch die im Ausland entstehenden Krankheitskosten beihilfefähig? Ist ein eventueller Rücktransport beihilfefähig?

Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandenen Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit sie auch bei einer Behandlung und dergleichen in Hamburg entstanden und beihilfefähig wären. Um diese Voraussetzungen prüfen zu können, benötigen wir Belege in deutscher Sprache. Sie müssen Angaben über die Diagnose, die Art und den Umfang der Behandlung enthalten.

Bei Zahnersatz müssen die einzelnen Kosten für Honorar sowie Material- und Laborkosten ersichtlich sein.

Bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland beachten Sie bitte, dass neben der Rechnung mit der Hauptdiagnose auch die DRG-Fallpauschale, die ICD- und die OPS-Nummern angegeben werden müssen, damit eine Vergleichsberechnung vorgenommen werden kann.

Vermerken Sie bitte den entsprechenden Wechselkurs bei Rechnungen, die nicht in Euro ausgestellt sind.
Erstattungen von Dritten sind bei der Beihilfeberechnung mit einzubeziehen. Dies können z.B. Zusatzversicherungsleistungen wie Auslandskrankenversicherungen oder Ergänzungstarife sein. Entsprechende Nachweise sind vorzulegen.

Bei der Beihilfe handelt es sich um eine Hilfeleistung im Rahmen der Fürsorgepflicht, die neben der Eigenvorsorge des Beihilfeberechtigten nur ergänzend unterstützen kann. Die Eigenbelastungen die im Ausland entstehen können, sind häufig nicht kalkulierbar. Je nach Reiseziel im Ausland sowie individuellem Gesundheitszustand sollten Sie sich bei Ihrer Krankenversicherung oder einer anderen geeigneten Stelle über eine entsprechende Ergänzung der privaten Vorsorge (Auslandsreisekrankenversicherungen) beraten lassen.

Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise. Auch Schutzimpfungen aus Anlass privater Reisen sind nicht beihilfefähig.

Weitere Informationen finden Sie im Merkblatt Stationäre Behandlungen in Kliniken im Ausland.

Bemessungssatz

Wonach richtet sich der Bemessungssatz?

Der Bemessungssatz ist der Erstattungsanteil am beihilfefähigen Rechnungsbetrag. Er beträgt

- 50 % für Beihilfeberechtigte
- 70 % für Beihilfeberechtigte mit zwei oder mehr im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kindern
- 70 % für berücksichtigungsfähige Ehegatten/Lebenspartner
- 80 % für jedes im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kind
- 70 % für Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen

Brille

Weitere Infos zum Thema finden Sie unter "Sehhilfen" in den FAQ.

Direktabrechnung Krankenhaus

Wo finde ich den Antrag und weiterführende Informationen zur Direktabrechnung von Krankenhausleistungen?

Den Antrag und weiterführende Informationen zum Direktabrechnungsverfahren von Krankenhausleistungen finden Sie auf unserer Seite "Beihilfe - Direktabrechnung Krankenhaus".

Eigenanteile

Wie berechnet sich der Eigenanteil und welche Ausnahmen gibt es?

1. Für Medikamente und Verbandmittel:

Grundsätzlich ist bei jedem verordneten Arznei- und Verbandmittel ein Eigenanteil abzuziehen. Der Eigenanteil **beträgt 10 Prozent** des Abgabepreises, jedoch **mindestens 5,00 EUR und höchstens 10,00 EUR**. Allerdings übersteigt der Eigenanteil nie die Kosten des Arzneimittels selbst. Der Eigenanteil wird **pro bezogener Packung** erhoben.

(§ 8 Abs. 2 und 3 HmbBeihVO)

Beispiele:

- Packungspreis 4,20 EUR - Eigenanteil 4,20 EUR
- Packungspreis 36,85 EUR - Eigenanteil 5,00 EUR
- Packungspreis 52,46 EUR - Eigenanteil 5,25 EUR
- Packungspreis 210,15 EUR - Eigenanteil 10,00 EUR

Ausnahmen:

Eigenanteile werden nicht einbehalten bei:

- berücksichtigungsfähigen Kindern,
- Versorgungsempfängern mit Versorgungsbezügen, die nachweislich die Höhe der Mindestversorgung nicht überschreiten,
- Personen, die bei vollstationärer Pflege zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung eine Beihilfe erhalten,
- Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindungen, wenn die betreffenden Belege (Rezepte) einen entsprechenden ärztlichen Hinweis z.B. „Schwangerschaftsbeschwerden“ enthalten,
- preisgünstigen Arzneimitteln, die nachweislich zuzahlungsbefreit sind (§ 31 Abs. 3 Satz 4 SGB V gemäß 14-täglicher Aktualisierung durch den GKV Spitzenverband). Die Zuzahlungsbefreiung ist auf dem Rezept durch die Apotheke zu vermerken (siehe Rundschreiben im unteren Abschnitt des Artikels).

Liegen die oben genannten Ausnahmen nicht vor, können Sie dennoch eine Befreiung vom Abzug der Eigenanteile beantragen.

Belastungsgrenze:

Voraussetzung ist, dass die Gesamtsumme der im jeweiligen Jahr einbehaltenen Eigenanteile den Betrag von 312,00 EUR überschreitet (Belastungsgrenze). Den aktuellen Stand der einbehaltenen Beträge des laufenden Jahres entnehmen Sie Ihrem letzten Beihilfebescheid unter der Rubrik „Nachrichtlich“.

Möchten Sie die über 312,00 EUR hinaus einbehaltenen Eigenanteile zu Ihrem Bemessungssatz erstattet bekommen, dann beachten Sie bitte die 1-monatige Rechtsbehelfsfrist des betreffenden Beihilfebescheides und legen fristgerecht

Widerspruch ein. Andernfalls stellen Sie einen formlosen Antrag bei Ihrer Beihilfe. Dieser gilt dann für eine Befreiung für künftige Aufwendungen des entsprechenden Jahres.

Chronische Erkrankung:

Liegt eine chronische Erkrankung vor, muss die Belastungsgrenze nur einmalig erreicht werden. Die Befreiung gilt auch für die Folgejahre, solange die chronische Erkrankung anhält. Reichen Sie in diesem Fall Ihren formlosen Antrag auf Befreiung zusammen mit dem ärztlichen Attest ein. Der Nachweis muss jährlich erbracht werden.

2. Für Fahrtkosten:

Auch bei Fahrtkosten werden Eigenanteile einbehalten (z.B. Taxifahrt, Krankentransport, etc.) mehr dazu unter Fahrtkosten.

Weiterführende Informationen:

- Kennzeichnung besonders preisgünstiger Arzneimittel auf Rezepten inkl. Hinweis für Apotheken – Rundschreiben vom 27.02.2008
- FAQ-Punkt „Fahrtkosten“

Ich bin entpflichteter Hochschullehrer /Emerit.

Welcher Bemessungssatz gilt bei mir?

Als entpflichteter Hochschullehrer (Emerit) sind Sie zwar in den Ruhestand versetzt, erhalten aber weiterhin volle Dienstbezüge. Deswegen haben Sie grundsätzlich Anspruch auf 50% Beihilfe wie ein aktiver Beamter.

Fahrtkosten

Was gilt es bei Fahrtkosten zu beachten?

Aufwendungen für die Beförderung der Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen und einer erforderlichen Begleitperson sind unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig.

Der Anlass für die Beförderung setzt die Inanspruchnahme von ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen, Heilbehandlungen sowie Krankenhausbehandlungen voraus.

Nicht beihilfefähig sind Rückführungskosten bei Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise (§ 16 Abs. 2 HmbBeihVO).

Eigenanteile:

Grundsätzlich ist bei jeder Fahrt ein Eigenanteil abzuziehen. Der Eigenanteil beträgt pro einfache Fahrt **10 Prozent** der Fahrtkosten, jedoch **mindestens 5,00 EUR und**

höchstens 10,00 EUR. Allerdings übersteigt der Eigenanteil nie die Kosten der Fahrt selbst.

Bei einer **Chemo- oder Strahlentherapie** werden lediglich Eigenanteile bei der ersten und letzten Behandlungsfahrt einbehalten. Bitte reichen Sie zusammen mit den Rechnungen einen Nachweis ein, aus dem sich die Behandlungsdaten ergeben.

Eine vollständige Befreiung vom Abzug der Eigenanteile ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Weitere Informationen dazu finden Sie unter dem Eintrag Eigenanteile (siehe oben).

Aufwendungen für Gebärdendolmetscherinnen und -dolmetscher

Welche Aufwendungen können geltend gemacht werden?

Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Hinzuziehung einer Gebärdensprachendolmetscherin oder eines Gebärdensprachendolmetschers oder anderer Kommunikationshilfen nach § 5 HmbBeihVO kommt es darauf an, ob die Hilfen bei einer beihilfefähigen Leistung zur Kommunikation mit der Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer erforderlich sind. Die nachgewiesenen Kosten sind bis zur Höhe des Aufwendungsersatzes nach § 5 der Hamburgischen Kommunikationshilfenverordnung (HmbKHVO) beihilfefähig. Aufwendungen von nahen Angehörigen sind in entsprechender Anwendung des § 2 Absatz 7 HmbBeihVO nicht beihilfefähig.

Bitte reichen Sie die Rechnung zusammen mit der jeweiligen Behandlungsrechnung im Rahmen eines Beihilfeantrages ein.

- Anlage Aufwendungsersatz

Gesetzlich krankenversicherte Personen

Ich oder meine berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Welche ergänzenden Leistungen gibt es von meiner Beihilfe?

Zu den entstandenen Aufwendungen kann unter bestimmten Voraussetzungen Beihilfe gewährt werden. Dies gilt für die beihilfeberechtigte Person (zum Beispiel Beamtenwitwen), als auch für die beihilfeberechtigten Angehörigen (geheiratete Person und Kinder).

Voraussetzungen für:

1. Ehegattin/Ehegatte oder Lebenspartnerin/Lebenspartner (LPartG):
   Der Gesamtbetrag der Einkünfte gemäß § 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz darf bei diesen 20.000 Euro im Kalenderjahr vor der Beihilfeantragstellung nicht übersteigen.
2. Kinder der/des Beihilfeberechtigten:
   Das Kind muss im Familienzuschlag berücksichtigt werden. Wenden Sie sich

dazu an das ZPD – Team Kinderbezogene Bezüge. Bitte beachten Sie, dass der Familienzuschlag nach dem HmbBesG nicht mit dem Anspruch auf Kindergeld gleichzusetzen ist.

GKV-Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte mit Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen		**freiwillig GKV-Versicherte ohne Zuschuss zu den Krankenversicherungsbeiträgen**	
z.B. erstattungsfähig	z.B. nicht erstattungsfähig	erstattungsfähig	nicht erstattungsfähig
Heilpraktikerleistungen bis einschließlich 31.01.2020 (Behandlungsdatum)	Heilmittel (Rezepte)	Sämtliche Leistungen nach Abzug der Kassenleistung oder bei Nichterstattung der GKV zum Bemessungssatz, sofern es sich um beihilfefähige Leistungen handelt (HmbBeihVO)	Zuzahlungen bei den Aufwendungen für Heilmittel (Rezepte), Hilfsmittel, stationäre Aufenthalte und Heilbehandlungen
Kieferorthopädische Leistungen, wenn von der GKV nachweislich keine Kosten getragen werden (gilt für Kinder im Familienzuschlag und unter 14 Jahren)	Zuzahlungen bei den Aufwendungen für Heilmittel (Rezepte), Hilfsmittel, stationäre Aufenthalte und Heilbehandlungen		
Zahnersatz (Brücken, Kronen, Implantate, Prothesen, Inlays)	IGeL-Individuelle Gesundheitsleistungen		
Professionelle Zahnreinigung	Behandlungspflege		
Sehhilfen			

Heil- und Kostenplan

Muss ein zahnärztlicher Heil- und Kostenplan vorgelegt werden?

Es muss kein zahnärztlicher Heil- und Kostenplan vorgelegt werden.

Weitere Informationen finden Sie in den nachfolgenden Merkblättern:

- Merkblatt über die Beihilfefähigkeit von zahnärztlichen Leistungen
- Merkblatt über die Beihilfefähigkeit von kieferorthopädischen Leistungen

Heilbehandlungen

Was gibt es bei Heilbehandlungen zu beachten und was erstattet Ihre Beihilfe?

Damit eine Beihilfe zu Ihren Heilbehandlungen gewährt werden kann, benötigen wir folgende Unterlagen:

1. Die Rechnung
2. Die ärztliche Verordnung

Weitere Voraussetzungen sind:

Heilbehandlungen müssen von den Angehörigen der sogenannten Medizinfachberufe durchgeführt werden. Dazu gehören Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergo- und Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, klinische Linguisten, Masseure, medizinische Bademeister und Podologen.

Beihilfefähig sind nur Leistungen gemäß dem Leistungsverzeichnis für Heilbehandlungen (z.B. Krankengymnastik, Massage etc.). Die Aufwendungen können jedoch nur im Rahmen der beihilfefähigen Höchstsätze anerkannt werden (§ 9 Abs. 2 HmbBeihVO in Verbindung mit dem Rundschreiben am Ende des Artikels).

Besonderheiten:

Zwei unmittelbar aufeinander folgende Behandlungen (Doppelbehandlung) sind nur beihilfefähig, wenn eine auf den speziellen Einzelfall bezogene ärztliche Begründung vorliegt.

Abrechnungsbeispiel:

Verordnet wurden 10 x Krankengymnastik

Die Rechnung lautet: 10 x Krankengymnastik x 30,00 € = **300,00 €**

Berechnung der Beihilfe:

Beihilfefähiger Höchstsatz (Stand Februar 2025) für Krankengymnastik: 27,80 €

10 x Krankengymnastik x 27,80 € = 278,00 EUR beihilfefähige Aufwendungen

Bei einem Beihilfebemessungssatz von 50% = **139,00 € zu zahlende Beihilfe**

Weiterführende Informationen:

- Höchstbeträge für Heilbehandlungen ab dem 01.09.2025
- Höchstbeträge für Heilbehandlungen ab dem 01.02.2025
- Höchstbeträge für Heilbehandlungen ab dem 01.11.2024
- Höchstbeträge für Heilbehandlungen ab dem 01.09.2024
- Höchstbeträge für Heilbehandlungen ab dem 01.04.2024
- Höchstbeträge für Heilbehandlungen ab dem 01.06.2023

Heilfürsorge

Besteht ein Anspruch auf Heilfürsorge, kann die Beihilfestelle darüber hinaus beziehungsweise daneben keine Beihilfe gewähren (§ 112 Abs. 4 HmbBG).

Für **berücksichtigungsfähige Angehörige** haben Sie gemäß § 80 HmbBG weiterhin einen Anspruch auf Beihilfe.

Heilkur

Weitere Infos zum Thema finden Sie unter "Kuren" in den FAQ.

Heilpraktiker

Aufwendungen für Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker sowie für bei deren Behandlung verbrauchte oder verordnete Materialien und Arznei- und Verbandmittel sind **seit dem 01.02.2020 nicht mehr beihilfefähig**. (§ 80 Abs. 11 Nr. 1 Buchstabe i HmbBG)

Hörgeräteversorgung

Wie hoch ist der beihilfefähige Betrag bei Hörgeräten?

Für Personen ab dem 15. Lebensjahr ist ein Höchstbetrag von 1.050,- Euro je Ohr beihilfefähig.

Bei einer beidseitigen Hörgeräteversorgung beträgt der beihilfefähige Betrag somit 2.100,- Euro. Dieser Betrag schließt die Versorgung mit Ohrpassstücken bereits ein.

Rechenbeispiel für eine beidseitige Hörgeräteversorgung

Rechnungsbetrag beträgt	**5.000 Euro (beidseitige Versorgung)**
Beihilfefähiger Betrag maximal	2.100 Euro
Auszahlungsbetrag je nach	
Bemessungssatz 50%:	1.050 Euro

Bemessungssatz 70%:	1.470 Euro
Bemessungssatz 80%:	1.680 Euro

Bitte reichen Sie die Rechnung zusammen mit der ärztlichen Verordnung im Rahmen eines Beihilfeantrages bei uns ein.

Eine medizinisch notwendige Fernbedienung ist zusätzlich zur Hörgeräteversorgung beihilfefähig.

Eine Hörgeräteversorgung kann alle 5 Jahre als beihilfefähig anerkannt werden.

Aufwendungen für Reparaturen von Hörgeräten können als beihilfefähig anerkannt werden. Einen Höchstsatz gibt es hierzu nicht, jedoch dürfen die Aufwendungen die Kosten für eine Neuanschaffung nicht übersteigen. Eine ärztliche Verordnung ist in diesem Fall nicht notwendig.

Hinweise

Aufwendungen für die Beschaffung von Hörgerätebatterien sind nur beihilfefähig, wenn sie für Personen unter 18 Jahren entstanden sind. Aufwendungen für Pflege- und Reinigungsmittel von Hörgeräten sind nicht beihilfefähig.

Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs

Werden die Kosten für die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs anerkannt?

Die Aufwendungen für Impfungen gegen Gebärmutterhalskrebs, sogenannte Humane Papilloma-Viren (HPV), kann die Beihilfestelle nur bei Mädchen und Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren als beihilfefähig anerkennen. Grundlage hierfür sind die jeweiligen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin.

Kieferorthopädie

Muss ein Heil- und Kostenplan bei einer kieferorthopädischen Behandlung vorab eingereicht werden?

Vor Beginn der Behandlung muss **weder ein Heil- und Kostenplan vorgelegt noch die Beihilfefähigkeit** der Aufwendungen für kieferorthopädischen Leistungen **vor Beginn** der Behandlung **anerkannt werden.**

Downloads:

- Merkblatt über die Beihilfefähigkeit von kieferorthopädischen Leistungen

Kinder

Was muss ich bei der Beihilfe beachten?

Die Beihilfe erstattet grundsätzlich bis zu 80 Prozent der Krankheitskosten eines privat versicherten Kindes. Voraussetzung: Sie erhalten den Familienzuschlag für Ihr Kind. Nur dann gilt es gegenüber der Beihilfe als "berücksichtigungsfähiger Angehöriger". Den Zuschlag beantragen Sie bitte beim Team Kinderbezogene Bezüge.

Beachten Sie bitte, dass sich die kinderbezogenen Bezügebestandteile auch auf die Höhe Ihres Beihilfeanspruchs auswirken können. Aktive Beamtinnen und Beamte mit mehr als einem Kind erhalten bis zu 70 Prozent Beihilfe und zwar ab dem 1. Tag des Monats, in welchem des 2. Kind geboren wurde.

Kontaktlinsen

Weitere Infos zum Thema finden Sie unter "Sehhilfen" in den FAQ.

Krankenhaus

Was ist vor einer Behandlung im Krankenhaus besonders zu beachten?

Einige Krankenhäuser wenden die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht an. Hierbei handelt es sich zum Beispiel um Privatkliniken oder privat organisierte Krankenhausbereiche öffentlicher Krankenhäuser.

Bei diesen Krankenhäusern sind die Kosten für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die in Krankenhäusern der Maximalversorgung entstehen. Referenzklinik für Hamburg ist das UKE.

In Zweifelsfällen können Sie den Status der Klinik bei der Beihilfefestsetzungsstelle erfragen.

Wahlleistungen (zum Beispiel Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlungen) sind nicht beihilfefähig.

Weitere Informationen finden Sie im Merkblatt über Aufwendungen stationärer Behandlungen in Privatkliniken

Krankenversicherungsverhältnis

Ist die Art des Krankenversicherungsverhältnisses für die Höhe der Beihilfe von Bedeutung?

Die Beihilfe wird danach berechnet, welche Krankenversicherung die beihilfeberechtigte Person hat. Die Beihilfe zahlt erst, wenn keine andere Stelle die Kosten übernimmt. Das bedeutet: Wenn jemand die Kosten woanders erstattet bekommen kann, gibt es keine Beihilfe. Deshalb braucht die Beihilfestelle immer aktuelle Informationen zur Krankenversicherung der Person.

Künstliche Befruchtung

Was gilt es vor Beginn einer Behandlung zur künstlichen Befruchtung zu beachten?

Aufwendungen für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung können beim Vorliegen einer ungewollten Kinderlosigkeit beihilfefähig sein, wenn eine hinreichende Aussicht besteht, dass durch die gewählte Behandlungsmethode eine Schwangerschaft erzielt wird.

.

(§25 HmbBeihVO und §27a SGB V)

1. Kostenübernahme beantragen

Ein Formular ist für die Beantragung nicht vorgesehen. Legen Sie bitte für die Prüfung der Beihilfefähigkeit die folgenden Unterlagen mit einem Anschreiben vor:

- den Behandlungsplan mit folgenden Angaben
  - vollständiger Name und Geburtsdatum beider Partner
  - Nennung der voraussichtlichen Kostenträger beider Partner
  - behandelnder Arzt
  - Indikation
  - geplante Behandlungsmaßnahme und Anzahl
  - Art und Anzahl ggf. bereits erfolgter Behandlungen
  - voraussichtliche Kostenhöhe spezifiziert nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) - ggf. analog
- die Leistungszusage bzw. -ablehnung Ihrer Krankenversicherung oder eines anderen Kostenträgers
- die Leistungszusage bzw. -ablehnung der Krankenversicherung Ihres Ehegatten/Partners oder eines anderen Kostenträgers

2. Welche Behandlungsmaßnahmen sind beihilfefähig?

Zu den beihilfefähigen Behandlungsmaßnahmen der künstlichen Befruchtung zählen grundsätzlich:

- die Insemination im Spontanzyklus (max. 8 Behandlungen)
- die Insemination nach hormoneller Stimulation (max. 3 Behandlungen)
- die In-Vitro-Fertilisation (IVF) (max. 4 Behandlungen)
- der Intratubare Gameten-Transfer (gamete intrafallopian transfer - GIFT, max. 2 Behandlungen)
- die Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI, max. 3 Behandlungen)

3. Ausnahmen

Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind:

- Aufwendungen für künstliche Befruchtung im heterologen System (Befruchtung durch fremde Spermien, z.B. Samenspende)
- Die Kryokonservierung von Eizellen und Spermien sowie dabei anfallende Verwahrgebühren im Rahmen einer Vorsorgemaßnahme
- Die Polkörperdiagnostik (PKD), wodurch eine genetische Untersuchung der Eizelle vor der Befruchtung ermöglicht wird
- Sonstige Aufwendungen für Leistungen, die die grundsätzlich notwendigen Maßnahmen im Rahmen einer künstlichen Befruchtung überschreiten

Weiterführende Informationen

- Hamburgische Beihilfeverordnung zu "künstliche Befruchtung"
- Sozialgesetzbuch (SGB V) § 27a - künstliche Befruchtung

Kuren

Die Notwendigkeit, sich eine Kur vor Antritt durch die Beihilfefestsetzungsstelle genehmigen zu lassen, ist seit dem 01.01.2025 entfallen.

Ihre zuständige Personalabteilung entscheidet über den erforderlichen Sonderurlaub unter Fortzahlung der Bezüge.

Eine Beihilfe zu einer Kur kann nur gewährt werden,

- wenn Sie in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen sind (eine Beschäftigung gilt während der Zeit eines Erziehungsurlaubs sowie einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge als nicht unterbrochen, wenn anerkannt worden ist, dass die Beurlaubung dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient).

Eine Beihilfe zu einer Kur ist ausgeschlossen,

- wenn im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren wegen derselben Krankheit bereits eine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsbehandlung (§ 20 HmbBeihVO) oder Kur durchgeführt und beendet worden ist,
- wenn bereits ein Antrag auf Entlassung gestellt worden ist,
- wenn bekannt ist, dass das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Kur enden wird, es sei denn, die Kur wird aufgrund der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt,
- solange die beihilfeberechtigte Person vorläufig des Dienstes enthoben ist.

Weitere Details können Sie dem Merkblatt für Kuren entnehmen.

Kurzzeitpflege nach § 39c SGB V

Was ist bei der Beantragung von Kurzzeitpflege zu beachten?

Kurzzeitpflege kann beantragt werden, sofern keine grundsätzliche Pflegebedürftigkeit besteht, beziehungsweise maximal der Pflegegrad 1 vorliegt. Das nachfolgend Beschriebene betrifft nicht die Pflegebedürftigkeit bei den anerkannten Pflegegraden 2 – 5!“

Reichen die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a (Behandlungspflege) bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nicht aus, kann die „Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit“ in Anspruch genommen werden. Diese kann für **höchstens 8 Wochen pro Kalenderjahr** bei der Krankenversicherung beantragt werden. Die Beihilfe schließt sich anschließend der Entscheidung der Krankenversicherung an. Daher wird zur Abrechnung der Beihilfe der entsprechende Leistungs-/ Erstattungsnachweis der Krankenversicherung benötigt.

Diese Aufwendungen können **bis zu einem beihilfefähigen Betrag in Höhe von insgesamt 1.685,00 EUR (bis 31.12.2024: 1.612,00 EUR) pro Kalenderjahr** anerkannt werden.

Bitte reichen Sie diese Aufwendungen mit Hilfe des Beihilfeantrages „Allgemeine Leistungen“ ein.

Hinweis

Da die Kurzzeitpflege aufgrund SGB V gewährt wird und somit Bestandteil der Krankenversicherung ist, kann eine Beihilfe hierzu nur an privat versicherte Beihilfeberechtigte gewährt werden. Gesetzlich Versicherte erhalten die entsprechenden Aufwendungen ausschließlich durch ihre Krankenkasse.

Lebenspartner

Ist mein Lebenspartner beihilfeberechtigt?

Um prüfen zu können, ob Ihre Lebenspartnerin oder Ihr Lebenspartner als berücksichtigungsfähiger Angehöriger gilt, benötigen wir

- eine beglaubigte Urkunde über die eingetragene Lebenspartnerschaft, sowie
- die Mitteilung, ob ein Einkommen von mehr als 20.000 Euro vorliegt.

Mutter- / Vater-Kind-Kur

Was muss ich bei einer bevorstehenden Müttergenesungskur, Mutter-/Vater-Kind Kur beachten?

Für die Beihilfefähigkeit einer Müttergenesungskur, Mutter-/Vater-Kind-Kur ist die vorherige Anerkennung durch die Beihilfefestsetzungsstelle nicht erforderlich.

Anlässlich einer Müttergenesungskur und Mutter- beziehungsweise Vater-Kind-Kur können folgende Aufwendungen im Rahmen der Hamburgischen Beihilfeverordnung als beihilfefähig anerkannt werden:

- Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 Euro pro Tag und Person, begrenzt auf eine Dauer von höchstens 23 Tagen einschließlich der Reisetage,
- ärztliche Leistungen,
- verordnete Arznei- und Verbandmittel,
- Heilbehandlungen,
- Kurtaxe,
- ärztlicher Schlussbericht,
- Kosten für eine behördlich als notwendig anerkannte Begleitperson für Schwerbehinderte,
- die An- und Abreise in Höhe von 0,30 Euro je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 300 Euro, unabhängig vom benutzen Beförderungsmittel.

Bei Einrichtungen, für die eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis begrenzt.

Die Maßnahme muss in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 Absatz 1 SGB V als gleichartig anerkannten Einrichtung durchgeführt werden.

Die Aufwendungen für berücksichtigungsfähige Kinder, bei denen keine Behandlungsbedürftigkeit besteht, die Einbeziehung nach ärztlicher Bescheinigung für den Erfolg der Maßnahme jedoch Voraussetzung ist, sind ebenfalls beihilfefähig.

Sofern ausschließlich das Kind behandlungsbedürftig ist, so handelt es sich nicht um eine Maßnahme nach § 21 (3) HmbBeihVO, sondern um eine stationäre Maßnahme in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation nach § 20 (4) HmbBeihVO.

Bei aktiven Beihilfeberechtigten entscheidet die zuständige Personalabteilung über den erforderlichen Sonderurlaub unter Fortzahlung der Bezüge. Die beihilfefähigen Aufwendungen werden, gegebenenfalls nach Abzug zustehender Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, zum jeweiligen Bemessungssatz der behandlungsbedürftigen Person abgerechnet. Für eventuelle Rückfragen stehen wir Ihnen innerhalb der allgemeinen Sprechzeiten gerne zur Verfügung.

Weitere Informationen finden Sie im Merkblatt über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Müttergenesungskuren und Mutter- bzw. Vater-Kind-Kuren gemäß § 21 (3) HmbBeihVO

Originalbelege

Muss ich Originalbelege vorlegen?

Nein. Bitte reichen Sie keine Originalbelege, sondern ausschließlich gut lesbare Kopien oder Zweitschriften ein. Eine Rücksendung der eingereichten Aufwendungsnachweise erfolgt nicht.

Pflegebedingte Aufwendungen

Was muss ich beachten, wenn ich Pflegeleistungen in Anspruch nehmen möchte?

Aufwendungen für dauernder Pflege werden gemäß § 22 der Hamburgischen Beihilfeverordnung in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung – SGB XI geregelt.

1. Bitte wenden Sie sich an Ihre Pflegeversicherung (welche ebenfalls Ihre Krankenkasse ist) und bitten Sie um eine Überprüfung einer möglichen Pflegebedürftigkeit.
2. Anschließend wird ein Mitarbeiter*in eines medizinischen Dienstes mit Ihnen einen Termin vereinbaren und eine Begutachtung des/der evtl. Pflegebedürftigen vornehmen. Der medizinische Dienst reicht anschließend das umfangreiche Gutachten bei Ihrer Versicherung ein und gibt **eine Empfehlung** zu einer möglichen Einstufung in einen Pflegegrad.
3. **Ausschließlich Ihre Pflegeversicherung entscheidet über die Einstufung in einen Pflegegrad**. Sofern die Versicherung einen Pflegegrad anerkennt, erhalten Sie einen **Einstufungsbescheid** aus dem hervorgeht, welcher Pflegegrad bewilligt wurde und ab wann diese Zusage gilt.
4. Zusammen mit Ihrer Pflegeversicherung entscheiden Sie über die Pflegeleistung, welche in Anspruch genommen wird:
   - Pflegegeld,
   - Sachleistungen (Pflegedienst),
   - Kombinationspflege (Pflegedienst + anteiliges Pflegegeld) oder
   - vollstationäre Pflege.
5. **Sofern Sie den Einstufungsbescheid und die schriftliche Zusage zu der vereinbarten Pflegeleistung vorliegen haben, übersenden Sie bitte eine Kopie an Ihre Beihilfestelle** (bitte nicht das Gutachten des medizinischen Dienstes).
   Bitte beachten Sie, dass aus der Bewilligung auch hervorgeht, dass Ihre Pflegeversicherung aufgrund des bestehenden Beihilfeanspruches nur bis zu 30% bzw. 50% der Leistungen übernimmt.
6. Ihre Beihilfestelle wird Ihnen anschließend Informationen zukommen lassen, wie Sie die Beihilfe zu Ihren pflegebedingten Aufwendungen beantragen können und welche Unterlagen ggf. noch benötigt werden.

Allgemeine Informationen:

Bitte verwenden Sie für pflegebedingte Aufwendungen den **Beihilfeantrag „Pflege und Hospiz“**, da diese Aufwendungen getrennt von den allgemeinen Aufwendungen bearbeitet werden.

Sollte sich Ihre Pflegeleistung und/oder der Pflegegrad verändert haben, denken Sie bitte daran den Änderungsbescheid bzw. die neue Leistungszusage Ihrer Pflegeversicherung auch an Ihre Beihilfestelle zu senden.

Ausführliche Informationen zu den Pflegeleistungen entnehmen Sie bitte den folgenden Merkblättern:

- Beihilfeantrag - Pflege und Hospiz
- Merkblatt über die Beihilfefähigkeit von Kosten bei dauernder häuslicher Pflege
- Merkblatt zu vollstationärer Pflege bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Psychotherapeutische Behandlungen

Seit dem 01.01.2025 ist die gesonderte Voranerkennung durch die Beihilfefestsetzungsstelle einschließlich des damit verbundenen Gutachterverfahrens als Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit psychotherapeutischer Leistungen in den häufigsten Anwendungsfällen entfallen. Eine Voranerkennung ist nur noch in den besonderen Fällen erforderlich, in denen eine der in § 30 PT-RL geregelten Höchstgrenzen überschritten oder innerhalb von zwei Jahren nach dem Ende der letzten Psychotherapie erneut eine Psychotherapie begonnen werden soll.

Die Beihilfefestsetzungsstelle entscheidet auf Grundlage der eingereichten Rechnung, ob die Aufwendungen beihilfefähig sind. Dafür muss die Rechnung neben den Gebührenziffern der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) folgende Angaben enthalten:

- Diagnose
- Art der Richtlinientherapie
- behandelnde Therapeutin/behandelnder Therapeut
- Dauer einer Sitzung (25 Min., 50 Min. oder 100 Min.)
- falls zutreffend: Einbindung einer Bezugsperson
- falls zutreffend: Behandlung von Kindern, Jugendlichen oder Menschen mit geistiger Behinderung

Umfang und Voraussetzung der Beihilfe zu psychotherapeutischen Leistungen können Sie dem Merkblatt für Psychotherapeutische Behandlungen entnehmen.

Rehabilitationsbehandlungen

Bei einer stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung steht die Behandlung langwieriger oder chronischer Erkrankungen mittels besonderer physikalischer Therapien (z. B. Krankengymnastik, Bäder, Gymnastik, o. ä.) und/oder der Einhaltung bestimmter Diäten im Mittelpunkt.

Bitte informieren Sie sich vor Beginn einer stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung, ob die von Ihnen oder Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt gewählten Einrichtung einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat und die Einrichtung für die notwendige Behandlung überhaupt zugelassen und geeignet ist.

Das schließt auch die Anschlussheilbehandlung (AHB) ein.

Die Beihilfe für stationäre Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen mit einem entsprechenden Versorgungsvertrag beantragen Sie nach Abschluss der Behandlung. Die Notwendigkeit, sich die Behandlung vorab genehmigen zu lassen, ist seit dem 01.01.2025 entfallen.

Bitte fügen Sie dem Beihilfeantrag folgende Unterlagen bei:

1. Nachweis der medizinischen Notwendigkeit

2. spezifizierte Rechnungen

3. eine Bescheinigung über die Höhe des niedrigsten Tagessatzes für Unterkunft, Pflege und Verpflegung oder eine vorhandene Pauschalpreisvereinbarung, die die Rehabilitationseinrichtung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen geschlossen hat

Erst wenn alle Unterlagen vollständig vorliegen, kann die Beihilfe festgesetzt werden.

Weitere Informationen zu den Voraussetzungen und zum Umfang der Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen können Sie dem Merkblatt Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen entnehmen.

Sehhilfen

Aufwendungen für die erstmalige Beschaffung einer Brille können nur bei Vorlage einer augenärztlichen Verordnung als beihilfefähig anerkannt werden. Aufwendungen für Kontaktlinsen können jedoch immer nur bei Vorlage einer augenärztlichen Verordnung als beihilfefähig anerkannt werden.

Für die Aufwendungen von Sehhilfen (Brille oder Kontaktlinsen) kann eine Pauschale in Höhe von 25,- Euro je Glas zu Ihrem Bemessungssatz als beihilfefähig anerkannt werden (§ 12 Abs. 2 i.V.m Abs. 3 HmbBeihVO).

Rechenbeispiel

Der Rechnungsbetrag beläuft sich auf 250,- Euro (Gläser 150,- Euro zuzüglich Gestell 100,- Euro) für eine Fernbrille mit 1,0 Dioptrien sphärischer Wert und 1,0 Dioptrien zylindrischer Wert.

Rechnungsbetrag	**250,00 Euro (Gläser und Brillengestell)**
Beihilfefähiger Betrag	50,00 Euro (25 Euro je Glas, Brillengestelle sind nicht beihilfefähig)
Auszahlungsbetrag je nach	
Bemessungssatz 50%:	25,00 Euro
Bemessungssatz 70%:	35,00 Euro
Bemessungssatz 80%:	40,00 Euro

Die Aufwendungen für Sehhilfen (Brille oder Konaktlinsen) können bis zu 134,00 € je Glas für Personen beihilfefähig sein,

- die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wenn eine schwere Sehbeeinträchtigung vorliegt, die mindestens der Stufe 1 der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikationen entspricht, z. B.:
    - Die Sehstärke beträgt bei bestmöglicher Korrektur mit einer Brille oder Kontaktlinsen auf dem besseren Auge nicht mehr als 0,3.
    - Das beidäugige Gesichtsfeld umfasst bei zentraler Fixation nicht mehr als 10 Grad.
- die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bei einem Refraktionsfehler mit:
    - Myopie von mehr als 6 Dioptrien,
    - Hyperopie von mehr als 6 Dioptrien,
    - Astigmatismus von mehr als 4 Dioptrien

Spezialregelungen

- Aufwendungen für therapeutische Sehhilfen (z. B. bei Augenverletzungen) sind in bestimmten Fällen beihilfefähig.
- Aufwendungen für Sportbrillen zur Teilnahme am Schulsport im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht sind ebenfalls beihilfefähig.

Ersatzbeschaffung Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Brillengläsern und Kontaktlinsen sind nur beihilfefähig, wenn seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe mindestens drei Jahre vergangen sind. Dies gilt nicht, wenn:

- sich die Refraktion geändert hat,
- die bisherige Sehhilfe verloren gegangen oder beschädigt wurde,
- sich bei Kindern, die eine Brille tragen, die Kopfform geändert hat (§ 12 Abs. 6 HmbBeihVO).

Nicht beihilfefähige Aufwendungen

- Aufwendungen für Zweitbrillen
  Wenn Sie zum sich Beispiel zusätzlich zur Gleitsichtbrille eine separate Fernbrille

und eine Nahbrille beschaffen, handelt es sich bei der zusätzlichen Fern- und Nahbrille um eine nicht notwendige Zweitbrille. Ihre Gleitsichtbrille korrigiert bereits beide Sehbereiche. Sie haben einen Anspruch auf Beihilfe zu den Kosten für die eine notwendige Sehhilfe – also in Ihrem Fall entweder eine Gleitsichtbrille oder zwei separate Brillen für Nähe und Ferne, jedoch nicht eine Kombination aus Gleitsicht- und zusätzlichen Einzelbrillen.

- Aufwendungen für Brillengestelle, Versicherungen für Brillen oder Kontaktlinsen sowie Etuis (§ 12 Abs. 7 HmbBeihVO).

- Aufwendungen für andere Sehhilfen wie Leselupen oder Fernrohrlupenbrillen, außer wenn eine ausreichende Sehkorrektur mit Brille oder Kontaktlinsen nicht erzielt werden kann (§ 12 Abs. 8 HmbBeihVO).

Telemonitoring

Unter welchen Bedingungen ist Telemonitoring beihilfefähig?

Die pauschal abgerechneten Aufwendungen für eine telemedizinische Betreuung bei Personen mit chronischer Herzinsuffizienz sind gemäß § 24 Abs. 1 Nr. 5 HmbBeihVO beihilfefähig. Ein begründetes ärztliches Attest ist erforderlich.

Zum Leistungsumfang gehören dabei die erforderlichen Hilfsmittel sowie die telemedizinische Überwachung (24h). Bei abweichenden Indikationen ist die Beihilfefähigkeit nicht gegeben.

Todesfall

Welche Leistungen können in Todesfällen beantrag werden? Wer darf jetzt Beihilfeanträge für offene oder nachfolgende Aufwendungen einreichen?

1. Leistungen (Sterbepauschale)

Im Todesfall des / der Beihilfeberechtigten oder eines beihilfeberechtigten Angehörigen kann zu den Bestattungskosten eine Sterbepauschale beantragt werden. Sämtliche Kosten der Bestattung sind mit der Pauschale abgegolten. Die Höhe der Pauschale richtet sich grundsätzlich nach der Höhe der zustehenden Sterbegelder. Das vorrangige Sterbegeld wird durch die Beamtenversorgung festgelegt.

Beim Tod des / der Beihilfeberechtigten:

Grundsätzlich besteht der Anspruch auf eine Sterbepauschale in Höhe von 665 Euro, sofern das Sterbegeld 2.000 Euro nicht übersteigt. Bis 1.000 Euro Sterbegeld besteht der Anspruch auf eine Pauschale von 333 Euro.

Bei der Überschreitung von 2.000 Euro steht keine Sterbepauschale zu.

Beim Tod eines / einer beihilfeberechtigten Angehörigen:

Grundsätzlich besteht der Anspruch auf eine Sterbepauschale in Höhe von 665 Euro, da kein Sterbegeld zusteht.

Beim Tod eines Kindes:

Grundsätzlich besteht der Anspruch auf eine Sterbepauschale in Höhe von 435 Euro, sofern das Sterbegeld 2.000 Euro nicht übersteigt. Bis 1.000 Euro Sterbegeld besteht der Anspruch auf eine Pauschale von 218 Euro.

Übersicht der Sterbepauschalen:

Todesfall	Sterbegeld (Beamtenversorgung)	Sterbepauschale (Beihilfe)
Beihilfeberechtigte/r	bis 2.000 Euro	665 Euro
Beihilfeberechtigte/r	bis 1.000 Euro	333 Euro
Beihilfeberechtigte/r Angehörige/r	kein Sterbegeld	665 Euro
Kind	bis 2.000 Euro	435 Euro
Kind	bis 1.000 Euro	218 Euro

1.2 Antragstellung (Sterbepauschale)

Reichen Sie bitte das Formular „Beihilfeantrag Allgemeine Leistungen“ zusammen mit dem Formular „Ergänzungsblatt zum Beihilfeantrag“ sowie die dazugehörige Bestattungsrechnung ein. Ebenfalls sind Nachweise, wie Sterbeurkunde und gegebenenfalls Erbschein oder Testament mit dem Eröffnungsprotokoll als Kopie einzureichen. Machen Sie im Ergänzungsblatt zum Beihilfeantrag zwingend Angaben zu Punkt 8.

2. Wer darf jetzt Beihilfeanträge für noch offene oder nachfolgende Aufwendungen einreichen?

1. Stufe: Witwe beziehungsweise Witwer und Kinder des / der Beihilfeberechtigten jederzeit.

2. Stufe: Erben gemäß Erbschein oder laut Testament jederzeit.

3. Stufe: Alle sonstigen Personen nur, sofern ab dem Sterbedatum **6 Monate** vergangen sind. Hier können die Aufwendungen zusammen mit dem Zahlungsnachweis im Rahmen eines Beihilfeantrags eingereicht werden. Stellt ein Leistungserbringer selbst den Beihilfeantrag, zum Beispiel ein Arzt, ein Krankenhaus oder deren bevollmächtige Anwälte, entfällt ein entsprechender Zahlungsnachweis.

(vergleiche § 80 Abs. 8 Satz 4 HmbBG)

Weitere Informationen:

- FAQ-Eintrag „Antragstellung“
- Artikel „Beihilfe - Antrag richtig stellen“
- Vordruck „Beihilfeantrag - Allgemeine Leistungen“
- Vordruck „Ergänzungsblatt zum Beihilfeantrag“

Unfall

Weitere Infos zum Thema finden Sie unter "Verletzungen" in den FAQ.

Verletzungen

Was muss ich bei verletzungsbedingten Aufwendungen beachten?

Sie können sich zu Hause selbst zum Beispiel durch einen Sturz verletzen, Sie können aber auch im Rahmen eines Unfalls oder einer Gewalttat durch eine Person verletzt werden. In diesem Fall bestehen möglicherweise Schadenersatzansprüche gegen die Person, die Sie im Rahmen eines Unfalls oder einer Gewalttat verletzt hat.

Die Beihilfefestsetzungsstelle kann anhand von Diagnosen zwar erkennen, dass eine Verletzung behandelt wurde, nicht jedoch, wie es zu der Verletzung gekommen ist und ob möglicherweise Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können. Die Beihilfefestsetzungsstelle braucht daher weitere Informationen von Ihnen, um die Beihilfe festsetzen zu können. Bitte kennzeichnen Sie verletzungsbedingte Aufwendungen deswegen im Beihilfeantrag immer besonders deutlich, sei es selbstverschuldet oder durch einen Unfall und fügen eine Schilderung bei. Dadurch stellen Sie sicher, dass es nicht zu Verzögerung bei Ihrer Beihilfefestsetzung kommt und Ihr Dienstherr außerdem mögliche Ausgleichsansprüche gegenüber Dritten geltend machen kann.

Sollten Sie Opfer einer Gewalttat geworden sein, beachten Sie bitte hierzu unser Merkblatt.

Downloads:

- Unfallbericht mit Anlagen
- Antrag auf Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz --?
- Merkblatt für Opfer von Gewalttaten

Wahlleistungen im Krankenhaus

Hierbei handelt es sich in der Regel um gesondert in Rechnung gestellte ärztliche Leistungen oder Laborleistungen, welche während des stationären Aufenthalts erbracht wurden.

Die Liquidation dieser ärztlichen Leistungen erfolgt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Man erkennt diese Rechnungen an der vorgeschriebenen Gebührenminderung um 25 % bzw. 15 % gemäß § 6a GOÄ.

Ebenso zu den Wahlleistungen gehören gesondert in Rechnung gestellte Positionen für die Unterbringung im 1- oder 2-Bett-Zimmer.

Für diese gilt im Hamburger Beihilferecht:

Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen sind nicht beihilfefähig. Ergänzend darf darauf hingewiesen werden, dass bei einer Behandlung in einem Krankenhaus, für

das das Krankenhausfinanzierungsgesetz gilt, alle aus Anlass der Krankenhausbehandlung erforderlichen ärztlichen Leistungen mit den Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs.2 BPflV bzw. KHEntgG) abgegolten sind. Wird mit dem Krankenhaus aber vorher eine schriftliche Vereinbarung für die Inanspruchnahme von wahlärztlichen Leistungen (sog. Chefarztversorgung) gem. §§ 16 und 17 KHEntgG getroffen, dürfen sie gesondert berechnet werden, sind aber wie eingangs erwähnt nicht beihilfefähig. Laut Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 07.11.2002 gebietet die Fürsorgepflicht des Dienstherrn nicht, einem Beamten Wahlleistungen in der Krankenhausversorgung zu gewährleisten (BVerfG - 2 BvR 1053/98 -). (§ 18 Abs. 2 HmbBeihVO)

Hinweise:

Im Krankenhaus werden Sie als Beihilfeberechtigter in der Regel als Selbstzahler aufgenommen.

Alle medizinisch notwendigen Behandlungen sind über die Hauptrechnung im Rahmen einer diagnose-orientierten Fallpauschale abgegolten. Grundlage hierfür ist in der Regel ein Aufnahme- und Behandlungsvertrag, welcher allgemeine Krankenhausleistungen enthält.

Vor Abschluss einer zusätzlichen **Wahlleistungsvereinbarung** bitten wir Sie zu beachten, dass die Beihilfe für derartige Leistungen nicht aufkommt. Ggf. haben Sie einen entsprechenden Wahlleistungstarif bei Ihrer privaten Krankenversicherung diesbezüglich abgeschlossen.

Andernfalls sind etwaige Kosten von Ihnen selbst zu tragen. Die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen kann in diesem Fall eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung bedeuten.

Zahnersatz

In welcher Höhe werden die Aufwendungen für Zahnersatzleistungen erstattet?

Vor Beginn der Behandlung muss **weder ein Heil- und Kostenplan vorgelegt noch die Beihilfefähigkeit** der Aufwendungen für kieferorthopädischen Leistungen **vor Beginn** der Behandlung **anerkannt werden.**

Die Aufwendungen für das ärztliche Honorar bis zum 1,8- / 2,3-fachen Satz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) beziehungsweise für Ärzte (GOÄ) beihilfefähig; bis zum 2,5- / 3,5-fachen Satz lediglich bei einer auf den Einzelfall abgestellten medizinischen Begründung.

Personen, die in Form eines Basistarifs (bis 31.12.2008 Standardtarif) - im Sinne des § 257 Abs. 2 a SGB V – privat krankenversichert sind, sollten beachten, dass dieser Tarif Begrenzungen beinhaltet. Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu den reduzierten Steigerungssätzen beihilfefähig.

Aufwendungen für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) bei einer Behandlung nach den Nrn. 2150 – 2320, 5000 – 5340 und 9000 – 9170 GOZ, Edelmetalle, Edelmetalllegierungen und Keramik einschließlich der dazugehörigen Handwerksleistungen sind im Umfang von 60 % beihilfefähig.

Wartezeit für Beamte auf Widerruf
Aufwendungen für Inlays, Kronen (Nrn. 2150 – 2170 und 2200 – 2240 GOZ), prothetische Leistungen (Nrn. 5000 – 5340 GOZ), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Nrn. 8000 – 8100 GOZ) sowie implantologische Leistungen (Nrn. 9000 – 9170 GOZ) sind einschließlich der damit zusammenhängenden zahntechnischen Leistungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und für ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetretenes, oder wenn der Beihilfeberechtigte bei Beantragung dieser Aufwendungen mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

Prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach den Nummern 1000 bis 1040 und 2000 GOZ sind beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind aufgrund der fehlenden medizinischen Notwendigkeit die Aufwendungen für die individuelle Charakterisierung (zum Beispiel Bleaching – Bleichen von Zähnen – und ähnliches) gemäß § 80 Absatz 4 HmbBG in Verbindung mit § 7 HmbBeihVO, sowie Leistungen aufgrund einer Vereinbarung gemäß § 2 Absatz 3 GOZ.

Weitere Informationen finden Sie im Merkblatt Zahnärztliche Leistungen.