46. Bemessung der Beihilfen

46.1

Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (§ 7 Abs. 2).

46.2.1

[1] Nr. 46.1 gilt entsprechend. [2]Der nach Art. 96 Abs. 3 Satz 3 Halbsatz 2 BayBG erhöhte Bemessungssatz ist für alle Aufwendungen zugrunde zu legen, die während des Zeitraums der Zahlung des erhöhten Familienzuschlages entstanden sind oder entstanden wären, wenn ein Familienzuschlag zustünde (§ 3 Abs. 1 Nr. 2).

46.2.2

Entfällt die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nur aufgrund des Umfangs der Erwerbstätigkeit in der weiteren Ausbildung (vergleiche § 3 Abs. 2), wird der erhöhte Bemessungssatz bis zum Abschluss der weiteren Ausbildung, längstens jedoch bis zum Ablauf des Monats, in dem das entsprechende Kind das 21. bzw. 25. Lebensjahr vollendet, weitergewährt.

46.2.3

Nr. 3.2.2 gilt entsprechend.

46.2.4

Nr. 5.6.2 gilt entsprechend.

46.3.1

Die Regelungen des Abs. 3 gelten nur für die in Art. 96 Abs. 2 Satz 5 BayBG genannten Leistungen.

46.3.2

[1]Nicht zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören Selbstbehalte nach speziellen Tarifen der gesetzlichen Krankenversicherung (zum Beispiel Tarife mit Selbstbehalten). [2]Diese Selbstbehalte sind neben den gewährten Zuschüssen anzurechnen.

46.4

[1]Die Aufwendungen zur Versorgung eines gesunden Neugeborenen im Krankenhaus (Fallpauschalen P66D, P67D oder P67E und Wahlleistungen im Sinne von § 28 Abs. 1 Satz 2) gelten als Aufwendungen der Mutter und sind mit deren Bemessungssatz beihilfefähig (§§ 46 Abs. 4 Nr. 4 in Verbindung mit § 42 Nr. 5 und § 28). [2]Eigenbeteiligungen nach Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG sind lediglich für die Mutter abzuziehen.

46.5.1

[1]Eine ausreichende Versicherung im Sinne des § 46 Abs. 5 liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, dass die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt, das heißt zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen weitgehend deckt. [2]Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. [3]Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, dass das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. [4]Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis, bei Eheschließung sowie Geburt eines Kindes abgeschlossen wird. [5]Wird in diesem Zusammenhang die Möglichkeit des Zugangs zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zu den Bedingungen der Öffnungsaktion gegebenenfalls unter Ansatz eines begrenzten Risikozuschlages (Nr. 46.5.2 Satz 1) nicht genutzt, entfällt die Erhöhung des Bemessungssatzes.

46.5.2

[1]Der Leistungsausschluss muss im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluss ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. [2]Ein Leistungsausschluss liegt unter anderem dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (zum Beispiel Suchtkrankheiten, vorüber gehende Pflegebedürftigkeit, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluss nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. [3]Das Gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.

46.5.3

[1]Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluss vorliegt. [2]Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil zum Beispiel ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

46.5.4

Abs. 5 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach §§ 31 bis 39.