

Das Wichtigste im Überblick

Welche Vorschriften regeln die Gewährung von Beihilfen?

Für die Gewährung von Beihilfen an Beamte und Versorgungsempfänger gilt nach § 98 des Saarländischen Beamtengesetzes (SBG) die Saarländische Beihilfeverordnung (BhVO) in ihrer jeweiligen Fassung.

Dienstordnungsmäßig Angestellte (DO-Angestellte) der Sozialversicherungsträger erhalten Beihilfen entsprechend den für Beamte geltenden Vorschriften.

Sonstige Beschäftigte (Tarifvertragskräfte, Dienstvertragsinhaber) erhalten Beihilfen, wenn sie einen entsprechenden tarif- oder dienstvertraglichen Anspruch besitzen. Ab dem 1.4.1999 neu eingestellte Arbeitnehmer haben keinen Beihilfeanspruch mehr.

Welche Aufwendungen sind im Krankheitsfall beihilfefähig?

Beihilfen werden nur in den ausdrücklich genannten Fällen, hauptsächlich in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen, soweit es sich um so genannte beihilfefähige Aufwendungen handelt, gewährt. Nach den Beihilfavorschriften (BhVO) erhalten die beihilfeberechtigten Personen Beihilfen zu den (medizinisch) notwendigen Aufwendungen, soweit sich diese in einem angemessenen Umfang halten. Beihilfen werden in den genannten Fällen nicht zu den tatsächlichen, sondern „nur“ zu den beihilfefähigen Aufwendungen gewährt. Der Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen ist dabei durch eine Reihe von Vorschriften in vielen Fällen enger gefasst als der Begriff der tatsächlichen Aufwendungen. So unterliegt die Beihilfefähigkeit neben bestimmten Einschränkungen u. a. hinsichtlich Notwendigkeit, Angemessenheit und vorheriger Anerkennung der Aufwendungen vor allem auch bestimmten Höchstgrenzen.

(Beachte: Nachfolgende Aufzählung ist nicht abschließend!)

- **Ärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Psychotherapeutische Leistungen nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP)**

Diese sind nach den Gebührenordnungen (GOÄ, GOP) i. d. R. bis zum 2,3fachen Satz der GOÄ bzw. GOP, bei überwiegend medizinisch-technischen Leistungen bis zum 1,8fachen Satz der GOÄ, Laboruntersuchungen bis zum 1,15fachen Satz der GOÄ beihilfefähig. Ein Überschreiten des Schwellenwertes (d.h. des 2,3fachen Satzes) ist nur zulässig, wenn dies unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung gerechtfertigt ist. Die Überschreitung des Schwellenwertes ist vom behandelnden Arzt schriftlich zu begründen. Aus der Begründung müssen die individuellen Besonderheiten des Einzelfalles ersichtlich sein, die zur Überschreitung des Schwellenwertes geführt haben.

- **Zahnärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)**

Bezogen auf das Honorar i. d. R. bis zum 2,3fachen Satz der GOZ, Material- und Laborkosten bei zahntechnischen Leistungen sind zu 66 2/3 %, Aufwendungen für Edelmetalle und Keramik nur zu 50% beihilfefähig. Ein Überschreiten des Schwellenwertes (d.h. des 2,3fachen Satzes) ist nur zulässig, wenn dies unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung gerechtfertigt ist. Die Überschreitung des Schwellenwertes ist vom behandelnden Zahnarzt schriftlich zu begründen. Aus der

Begründung müssen die individuellen Besonderheiten des Einzelfalles ersichtlich sein, die zur Überschreitung des Schwellenwerts geführt haben.

- **Heilpraktiker -Leistungen**

Beihilfefähig bis zum Mindestsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), höchstens jedoch bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ für vergleichbare ärztliche Leistungen. Bestimmte Gebührensätze sind nicht nebeneinander oder überhaupt nicht durch Heilpraktiker berechenbar. Heilpraktiker dürfen keine Hilfsmittel (z.B. Brillen) und auch keine Heilbehandlungen (z.B. Massagen) verordnen.

- **Aufwendungen für Arznei-, Verbandmittel und dgl.**

Sind beihilfefähig, soweit diese vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker verbraucht oder schriftlich verordnet wurden. Nach den auch im Beihilferecht geltenden Arzneimittelrichtlinien sind viele Präparate (z.B. Vitamine, Mineralstoffe etc.) nur in ganz wenigen Fällen beihilfefähig.

Von jedem verordneten Arznei- und Verbandmittel (ausgenommen Mittel bei Schwangerschaftsbeschwerden / Entbindung sowie Mittel für Kinder bis zum 18. Lebensjahr) sind **2,56 Euro als Selbstbehalt** abzuziehen.

- **Ärztlich angeordnete Heilbehandlungen**

Heilbehandlungen (z.B. Massagen, Bäder, Logopädie, Krankengymnastik usw.) sind bis zu den durch Erlass geregelten Höchstbeträgen beihilfefähig.

- **Ärztlich verordnete Hilfsmittel**

Hilfsmittel sind beihilfefähig für eine angemessene und gediegene Ausführung. In Einzelfällen (Brillen, Perücken, orthopädische Schuhe etc.) gibt es durch Erlass geregelte Höchstbeträge. Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel sind nur beihilfefähig, soweit sie 5,00 Euro monatlich übersteigen. Aufwendungen für Hörgeräte-Batterien und Kontaktlinsen-Pflegemittel bzw. -Reinigungsmittel sind nicht beihilfefähig.

- **Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen)**

Sind beim Vorliegen folgender Voraussetzungen im Rahmen bestimmter Höchstbeträge beihilfefähig:

- bei erstmaliger Beschaffung ist eine augenärztliche Verordnung notwendig, bei erneuter Beschaffung genügt die Refraktionsbestimmung des Augenoptikers,
- bei erneuter Beschaffung müssen seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe 3 Jahre vergangen sein, es sei denn, die Refraktion (Breckkraft) hat sich geändert, die Sehhilfe ist verloren gegangen oder unbrauchbar geworden oder bei Kindern hat sich die Kopfform verändert.
- Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind außerdem nur beim Vorliegen bestimmter Indikationen beihilfefähig.
- Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Brillenfassungen, Bildschirmbrillen, Brillenversicherungen und Etuis.

- **Krankenhausleistungen**

Bei einer stationären Krankenhausbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen für vollstationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) sowie vor- und nachstationäre Behandlungen und zwar die allgemeinen Krankenhausleistungen (Fallpauschalen, Sonderentgelte usw). Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die BPflV nicht anwenden, sind Aufwendungen für Leistungen beihilfefähig, die den zuvor genannten entsprechen.

Wichtig:

Nicht beihilfefähig sind seit dem 1.7.1995 die Wahlleistungen (§ 22 BPflV) d.h. Chefarztbehandlung (und durch diesen hinzugezogene Ärzte, auch externe Labors) und gesondert berechnete Unterkunft (2-Bett-Zimmer)!

Wahlleistungen erhalten über diesen Zeitpunkt hinaus nur noch ganz wenige Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, im wesentlichen die Personen, die vor dem 30.06.1925 geboren wurden.

- **Familien- und Haushaltshilfe**

Beihilfefähig sind Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts des Beihilfeberechtigten bis zu 5,60 Euro stündlich, höchstens 33,70 Euro täglich, wenn die den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer stationären Unterbringung den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist weiterhin, dass diese Person - ausgenommen Alleinerziehende - nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann (dies gilt entsprechend bei Unterbringung der Kinder in Heimen oder fremden Haushalten).

- **Beförderungskosten**

Beihilfefähig für die Beförderung bei Inanspruchnahme ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen und Krankenhausleistungen sowie bei Heilbehandlungen und für eine erforderliche Begleitung bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie (bei Sanatoriumsaufenthalten und Heilkuren) die Gepäckbeförderung. **Von den Aufwendungen ist ein Betrag von 12,80 Euro je einfache Fahrt als Eigenanteil abzuziehen.** Bei Fahrten mit dem privaten PKW oder öffentlichen Verkehrsmitteln am Wohnort oder innerhalb dessen Einzugsgebiet (40 km im Umkreis zur Gemeindegrenze des Wohnortes) sind Beförderungskosten nicht beihilfefähig.

- **Sanatoriumsaufenthalte**

Beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des für die Behandlung vorgesehenen Sanatoriums dann,

- wenn nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten (**die Begutachtung wird von der Beihilfestelle beim Amtsarzt veranlasst!**) die Sanatoriumsbehandlung notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann, und
- die **Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.** Eine Anerkennung erfolgt grundsätzlich nur, wenn im laufenden oder den beiden

vorausgegangen Kalenderjahren keine (als beihilfefähig anerkannte) Heilkur oder Sanatoriumsbehandlung durchgeführt wurde.

- **Heilkuren**

Heilkuren sind ausschließlich bei aktiven Beamten in anerkannten Kurorten dann beihilfefähig, wenn nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten **(die Begutachtung wird von der Beihilfestelle beim Amtsarzt veranlasst!)** die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit notwendig ist. Eine Anerkennung erfolgt grundsätzlich nur, wenn im laufenden oder den beiden vorausgegangen Kalenderjahren keine (als beihilfefähig anerkannte) Heilkur oder Sanatoriumsbehandlung durchgeführt wurde.

So genannte **Mutter-Kind-Kuren** sind dem Beihilferecht fremd. In diesen Fällen kommt eine Sanatoriumsbehandlung in Frage, wobei sowohl Mutter und Kind amtsärztlich zu begutachten sind. Bedarf lediglich das Kind eines Sanatoriumsaufenthaltes, kann die Mutter (z.B. bei Kleinkindern wegen psychosozialer Indikation) als Begleitperson (mit einem niedrigeren Tagessatz) mit aufgenommen werden.

- **Auslandbehandlungen**

Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen (z. B. im Urlaub) sind grundsätzlich nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären.

Wichtig:

Krankenrücktransporte aus dem Ausland sind nicht beihilfefähig! Hier empfiehlt sich dringend der Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung. Einige Beihilfeergänzungstarife (so genannte BE-Tarife) decken diese Aufwendungen ebenfalls ab. Hier empfiehlt sich rechtzeitig vor Reiseantritt eine Rückfrage bei der Krankenversicherung!

Diese Beschränkung gilt nicht bei Dienstreisen oder bei vor Reiseantritt von der Beihilfestelle anerkannter Behandlungen.

- **Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit**

Die folgenden Ausführungen gelten **nicht** für Tarifvertragskräfte und beihilferechtlich gleichgestellte Personen. Diesen werden bei dauernder Pflegebedürftigkeit keine Beihilfen gewährt.

- **Häusliche und teilstationäre Pflege**

Unterschieden wird nach Pflege durch berufliche Pflegekräfte (z.B. Caritas, AWO etc.) und nach Pflege durch selbstbeschaffte Pflegekräfte = Pflegepersonen (z. B. Angehörige, Nachbarn); abgestellt wird auf die zuerkannten Pflegestufen I, II oder III nach dem SGB XI bzw. § 6 BhVO. Es werden höchstens folgende Beträge als beihilfefähig anerkannt.

Pflegestufe	Berufliche Pflegekräfte	Selbstbeschaffte Pflegekräfte
Pflegestufe I	384,00 €	205,00 €
Pflegestufe II	921,00 €	409,00 €
Pflegestufe III	1.432,00 €	665,00 €

- **Stationäre Pflege**

Beihilfefähig sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen (§ 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI) für stationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird nur dann eine Beihilfe gewährt, wenn diese einen bestimmten Eigenanteil des Einkommens übersteigen.

Die **Höchstbeträge** wurden wie folgt festgesetzt:

- in der Pflegestufe I	1.023 €
- in der Pflegestufe II	1.279 €
- in der Pflegestufe III	1.432 €

- **Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen**

Beihilfefähig sind die Aufwendungen aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten **nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen**. Danach gilt folgendes:

Kinder

Bei **Kindern sind bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres** die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maß gefährden, beihilfefähig.

Bei **Kindern und Jugendlichen sind die Kosten** für eine Jugendgesundheitsuntersuchung **zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr**, wobei die Untersuchung auch bis 12 Monate vor oder nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze), beihilfefähig.

Frauen, Männer

Bei **Frauen sind vom Beginn des 20. Lebensjahres**, bei **Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres** an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen beihilfefähig.

Bei **Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres** an sind die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur **Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit**, jedes zweite Jahr beihilfefähig.

- **Aufwendungen bei Schutzimpfungen**

Beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) empfohlen werden. **Ausgenommen sind jedoch Impfungen aus Anlass privater Reisen ins Ausland**. Zu privaten Reisen zählen nicht nur Urlaubsaufenthalte sondern auch studien- oder berufsbedingte Aufenthalte z.B. der Kinder.

- **Aufwendungen bei Schwangerschaft bzw. im Geburtsfall**

Beihilfefähig sind die Aufwendungen einer Beihilfeberechtigten, der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau eines Beihilfeberechtigten, der nicht selbst beihilfeberechtigten Mutter für ein nichteheliches Kind des Beihilfeberechtigten sowie einer berücksichtigungsfähigen Tochter des Beihilfeberechtigten, und zwar die Kosten für:

- **Hebamme, Entbindungspfleger, Arzt**

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger im Rahmen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung sowie die Aufwendungen für ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung

- **Arznei- und Verbandmittel**

Beihilfefähig sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, soweit diese vom Arzt oder der Hebamme / Entbindungspfleger verbraucht oder schriftlich vom Arzt verordnet wurden. Der ansonsten abzuziehende Selbstbehalt von 2,56 Euro wird für diese schwangerschaftsbedingten Arzneimittel nicht abgezogen. Damit dieser Abzug unterbleibt, empfiehlt sich die Abgabe einer Erklärung der Schwangeren über die Dauer der Schwangerschaft, die Vorlage einer kurzen ärztl. Bescheinigung mit diesen Angaben oder die Kennzeichnung der jeweiligen Arzneimittel auf dem Rezept durch den Arzt.

- **Krankenhausbehandlung**

Beihilfefähig sind Aufwendungen für eine vollstationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung anlässlich der Entbindung (siehe hierzu den Punkt „Krankenhausleistungen“ weiter oben).

- **Haus- und Wochenpflegekraft**

Beihilfefähig sind Aufwendungen für eine Haus- und Wochenpflegekraft für einen Zeitraum bis zu zwei Wochen (beginnend mit dem Tag der Geburt) bei Hausentbindung oder ambulanter Entbindung in einer Krankenanstalt.

- **Beförderungskosten**

Beihilfefähig sind Aufwendungen für notwendige Fahrten im Zusammenhang mit dem Entbindungsfall abzüglich eines Betrages von 12,80 € je einfache Fahrt.

- **Frühgeburt**

Beihilfefähig sind Aufwendungen für Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung.

- **Säuglings- und Kleinkinderausstattung**

Zu diesen Aufwendungen wird (ohne Vorlage von Belegen) pauschal und einmalig eine Beihilfe in Höhe von 128 € gewährt. Ist die Mutter selbst beihilfeberechtigt, so erhält auch sie die Beihilfe. Ansonsten kann der Beamte für seine nicht selbst beihilfeberechtigte Ehefrau die Geburtspauschale bei seiner Beihilfestelle beantragen.

Ein Sonderfall stellt die Gewährung der Geburtspauschale bei kirchlichen Trägern dar. Ist die Mutter bei einem kirchlichen Träger beschäftigt, beantragt zunächst der Ehegatte (in Abweichung zur Grundsatzregelung) eine Beihilfe bei seinem Dienstherrn. Danach kann die Mutter eine darüber hinausgehende Beihilfe bei ihrem (kirchlichen) Arbeitgeber beantragen.

- **Aufwendungen im Todesfall**

Beihilfefähig sind Aufwendungen im Todesfall für:

- **Leichenschau, Sarg usw.**

Zu den Kosten für Leichenschau, Sarg, Einsargung, Aufbahrung, Einäscherung, Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes, Beisetzung, Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal wird eine Beihilfe bis zur Höhe von 614 €, in Todesfällen von Kindern bis zur

Höhe von 409 € ohne Vorlage von Belegen gewährt, sofern der Antragsteller versichert, dass Aufwendungen in dieser Höhe tatsächlich entstanden sind. Stehen Sterbe- oder Bestattungsgelder auf Grund von Rechtsvorschriften oder Krankenversicherungen oder Schadenersatzansprüchen von insgesamt mindestens 1.023 € zu, so beträgt die Beihilfe 307 €, in Sterbefällen von Kindern 205 €; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 2.045 € zu, wird keine Beihilfe gewährt.

- **Überführung der Leiche oder der Urne**

Beihilfefähig sind die Überführungskosten zum Familienwohnsitz, bei Todesfällen im Ausland jedoch höchstens für eine Entfernung von 500 Kilometern.

- **Familien- und Haushaltshilfe**

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe bis zu 6 Monaten, sofern die unter „Familien- und Haushaltshilfe“ (weiter oben) genannten Voraussetzungen vorliegen.

In welchen Fällen ist die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Beihilfestelle erforderlich?

Die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist erforderlich bei:

- **ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen,**
- **speziellen Behandlungsmethoden (z. B. Gasinsufflationen , Hyperbare Sauerstofftherapie , Klimakammerbehandlungen etc.),**
- **Sanatoriumsbehandlungen**
- **Heilkuren und Auslandskuren**
- **Krankenbehandlungen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland .**

Was ist bei der Stellung eines Beihilfeantrages zu beachten?

- **Beihilfeantrag**

Beihilfen werden nur auf schriftlichen **Antrag des Beihilfeberechtigten** unter Verwendung des vom Ministerium des Inneren herausgegebenen Formblattes gewährt. Ist der Beihilfeberechtigte, z.B. wegen Krankheit nicht in der Lage Anträge selbst zu stellen, kann er andere Personen (Ehegatte, Kinder), schriftlich hierzu bevollmächtigen. Antragsformulare erhalten Sie bei Ihrer Beihilfestelle oder im Internet unter <http://www.rzv-k-saar.de/>.

- **Belege**

Aufwendungen sind nach Möglichkeit durch Originalbelege nachzuweisen. Duplikate werden anerkannt, wenn sie erkennbar vom Rechnungssteller ausgefertigt sind.

Originalbelege sind zwingend erforderlich bei:

- Aufwendungen für den Beihilfeberechtigten nach dessen Tod oder
- wenn mehrere Beihilfeberechtigte zu den Aufwendungen für die Kinder einen Anspruch auf Beihilfe haben. Beihilfe für die Aufwendungen der Kinder erhält

der, der die Aufwendungen unter Vorlage der Originalbelege beantragt. Diese oft kritisierte Verfahrensweise ist jedoch eine effiziente, weil mit geringstem Verwaltungsaufwand zu praktizierende Methode zur Vermeidung von Doppelbeantragungen.

- **Spezifizierte Leistungen**

Jeder Beleg muss die spezifizierten Leistungen unter Angabe der einzelnen Nummern der Gebührenordnungen enthalten. Auf der Arzt- bzw. Krankenhausrechnung muss die Diagnose angegeben sein. Oftmals sind gerade auf Rezepten die Namen der Arzneimittel unleserlich. Bestehen Sie gegenüber dem Behandler – zur Vermeidung von Abrechnungsproblemen – auf lesbaren Verordnungen.

- **Antragsgrenze (100 €)**

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten (beihilfefähigen) **Aufwendungen insgesamt mindestens 100 Euro** betragen. Wird diese Summe in 10 Monaten nicht erreicht, kann abweichend hiervon eine Beihilfe (nach diesen 10 Monaten) beantragt werden. Die genannten Voraussetzungen gelten nicht, wenn der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist. Bei in der GKV pflichtversicherten Tarifvertragskräften mit Beihilfeanspruch nach dem Beihilfetarifvertrag beträgt die Antragsgrenze generell 15 €.

- **Ausschlussfrist**

Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie **innerhalb eines Jahres** nach Entstehen der Aufwendungen (Zeitpunkt der Behandlung durch den Arzt, Lieferung des Hilfsmittels, Einkauf von Arzneien in der Apotheke) oder der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt wird. **Entscheidend zur Fristeinhaltung ist das Eingangsdatum des Antrages bei der Beihilfefestsetzungsstelle.**

Wie hoch ist die gewährte Beihilfe?

Die Beihilfeberechtigten erhalten von den beihilfefähigen Aufwendungen einen bestimmten Prozentsatz (= Bemessungssatz) als Beihilfe. Bei der Beihilfe handelt es sich daher um eine teilweise (prozentuale) Erstattung. Der verbleibende Teil sollte – sinnvollerweise – durch einen privaten Krankenversicherungsschutz ergänzt werden. Bei einer beihilfekonformen Versicherung ergeben Beihilfe und Krankenversicherung zusammen einen Schutz zu 100%. Das Beihilfebemessungssystem ist personenbezogen, das heißt für jede beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Person gelten grundsätzlich bestimmte Beihilfebemessungssätze, die nachfolgend dargestellt werden.

Beihilfeberechtigte Personen erhalten Beihilfen			
	für sich	den Ehegatten	die Kinder
	in Höhe von ...% der beihilfefähigen Aufwendungen		
Aktive Beamte mit weniger als zwei berücksichtigungsfähigen Kindern	50	70	80
Aktive Beamte ¹⁾ mit mindestens zwei berücksichtigungsfähigen Kindern	70 bzw 50	70	80
Ruhestandsbeamte und Beamtenwitwen	70	70	80
Waisen die als solche beihilfeberechtigt sind	80	-	-

1) Sind beide Ehegatten beihilfeberechtigt beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen 70 %. Der andere Ehegatte erhält 50%. Die Beihilfeberechtigten können dies einmalig und i.d.R. unwiderruflich bestimmen.

Bemessungssatzverminderung

Wird zum Beitrag für eine **private Krankenversicherung ein Zuschuss** (z.B. bei Rentenempfängern von der BfA) **von mindestens 40,90 € monatlich gewährt, vermindert sich der Bemessungssatz für den Zuschussempfänger um 20 v. H.**

Bemessungssatzerhöhung

Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung und den mitversicherten Angehörigen erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 v. H. der nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen. Diese Erhöhung wird nicht gewährt, wenn sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes bemisst (§ 240 Abs. 3a SGB V) oder Zuschüsse, Arbeitgeberanteile oder dgl. von mindestens 20,45 € monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt werden. Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

Bemessungssatzerhöhung in Sonderfällen

Bei Anlegung eines (sehr) strengen Maßstabs kann in besonderen Härtefällen mit Zustimmung des Ministerium des Innern der Regelbemessungssatz erhöht werden.

Hundert-Prozent-Begrenzung

Die Beihilfe darf zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen (so genannte 100%-Grenze). Soweit die Beihilfe zusammen mit den zu berücksichtigenden Leistungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen übersteigen, wird die Beihilfe um diesen Betrag gekürzt.

Sonderfall „Ehegatten -Differenz-Beihilfe“

Teilzeitbeschäftigte Ehegatten sollen beihilferechtlich nicht schlechter gestellt werden als nicht beschäftigte Ehegatten von Beamten. Daher haben diese einen **Anspruch auf eine „Differenz-Beihilfe“** als berücksichtigungsfähiger Angehöriger. In diesen Fällen ist zunächst - wegen der eigenen Beihilfeberechtigung – durch den Ehegatten ein eigener Antrag zu stellen. Danach kann der Ehegatte eine weitere Beihilfe für diese Aufwendungen – unter Abzug der bereits gewährten Beihilfe aus der Teilzeitbeschäftigung – bei seinem Dienstherrn beantragen (Beihilfebescheid des Ehegatten beifügen!).

Internet

Das Internet gewinnt auch im Bereich der Beihilfe zunehmend an Bedeutung. Auf der Homepage der RZVK des Saarlandes unter <http://www.rzyk-saar.de> finden Sie stets aktuelle Informationen rund um die Beihilfe und Links zum Thema Gesundheit.

Auch die Beihilfeverordnung und alle maßgeblichen Erlasse, Rundschreiben und Richtlinien sind dort zum Download bereitgestellt.

Des Weiteren finden Sie verschiedene **Antragsformulare** zum Ausfüllen am Bildschirm z.B.

- **Beihilfeantrag** (allgemein)
- **Beihilfeantrag für pflegebedingte Aufwendungen**
- Antrag auf Gewährung einer **Abschlagszahlung**
- Antrag auf Anerkennung einer **psychotherapeutischen Behandlung**
- Antrag auf Anerkennung eines **Sanatoriumsaufenthaltes**
- Antrag auf Anerkennung einer **Heilkur**