

# Beihilfe

## 1. Was ist Beihilfe?

Die Beihilfe ist eine Fürsorgeleistung des Dienstherrn an seine Beamten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei sind. Der Dienstherr übernimmt anstelle eines anteiligen Krankenversicherungsbeitrags mit der Beihilfe einen Teil der im Einzelfall entstehenden Krankheitskosten. Die Beihilfe ergänzt damit die zumutbare Eigenvorsorge des Beamten für den Krankheitsfall, die aus den Dienstbezügen zu bestreiten ist und im Abschluss einer ergänzenden – in der Regel – privaten Krankenversicherung besteht. Bei Beamten, die freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, ist der Beihilfeanspruch auf bestimmte Aufwendungen beschränkt (siehe Frage 13).

Die Beihilfe bestimmt sich nach § 80 Sächsisches Beamtenengesetz (SächsBG) in Verbindung mit der Sächsischen Beihilfeverordnung (SächsBhVO).

Einzelne Arbeitnehmer erhalten von ihren Arbeitgebern zusätzlich zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung Beihilfen gewährt.

## 2. Wer ist beihilfeberechtigt?

Beihilfeberechtigt sind

- Beamte
- Dienstordnungsangestellte (DO-Angestellte)
- Ruhegehaltsempfänger
- Witwen, Witwer und Waisen
- Angestellte mit tariflichem Beihilfeanspruch
- Angestellte mit dienstvertraglichem Beihilfeanspruch

wenn und solange sie Anspruch auf Gehalt, Anwärter-, Dienst- oder Versorgungsbezüge haben.

Die Beihilfeberechtigung besteht auch,

- wenn Bezüge wegen Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden
- während der Elternzeit, wenn kein Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung) besteht
- während der Beurlaubung zur Pflege oder Betreuung eines Kindes oder Angehörigen, wenn kein Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 SGB V besteht
- während eines Urlaubs ohne Dienstbezüge, wenn die oberste Dienstbehörde ein dringendes dienstliches Interesse an der Beurlaubung anerkannt hat
- bei einer sonstigen Freistellung vom Dienst ohne Anspruch auf Bezüge bis zur Dauer von jeweils einem Monat

### 3. Wer ist nicht beihilfeberechtigt?

Nicht beihilfeberechtigt sind

- Ehrenbeamte
- Beamte und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz (Bund) oder § 21 Abgeordnetengesetz (Land) zustehen
- Angestellte nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Arbeitsverhältnis

### 4. Für welche Personen erhält der Beihilfeberechtigte Beihilfen?

Der Beihilfeberechtigte erhält Beihilfe zu Aufwendungen für

- sich selbst
- seinen Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartner
- seine Kinder, Enkelkinder und Pflegekinder, solange sie im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind bzw. für diese ein Kindergeldanspruch besteht

### 5. Wie hoch ist die Beihilfe?

Aus Anlass einer Krankheit erhalten Sie zu medizinisch notwendigen und der Höhe nach angemessenen Aufwendungen Beihilfe. Die Angemessenheit der Aufwendungen beurteilt sich anhand der Gebührenverzeichnisse (z. B. Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ und für Zahnärzte - GOZ), soweit in den Beihilfевorschriften keine eigene Regelung getroffen wurde.

Die eingereichten Rechnungen werden dahingehend geprüft und der angemessene, d. h. beihilfefähige Betrag festgestellt. Im Idealfall stimmen Rechnungsbetrag und beihilfefähiger Betrag überein.

Ausgehend vom beihilfefähigen Betrag erhalten Sie anteilig die Beihilfe zum Bemessungssatz.

Der Bemessungssatz beträgt grundsätzlich für

- |  |      |
|--|------|
| • den Beihilfeberechtigten selbst                      | 50 % |
| • den Beihilfeberechtigten mit zwei oder mehr Kindern* | 70 % |
| • den Ehegatten  | 70 % |
| • den Versorgungsempfänger                             | 70 % |
| • für jedes berücksichtigungsfähige Kind*              | 80 % |
| • für beihilfeberechtigte Waisen                       | 80 % |

\*Die Kinder müssen im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sein bzw. für diese muss ein Kindergeldanspruch bestehen.

Der Bemessungssatz beim Beihilfeberechtigten bleibt dauerhaft bei 70 %, wenn ab dem 01.01.2013 gleichzeitig zwei oder mehr Kinder im Familienzuschlag berücksichtigt wurden bzw. für diese ein Kindergeldanspruch bestand.

Bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern ist die errechnete Beihilfe auf den jeweiligen Teilzeitquotienten zu kürzen.

## **6. Wie erhalte ich Beihilfe?**

Unser Antragsformular finden Sie im Bereich Dokumente & Links.

Der Beihilfeantrag ist in zwei Bereiche - grün und weiß - gegliedert. Nur bei der erstmaligen Antragstellung sind die Angaben in beiden Bereichen vollständig zu machen. Im Folgenden sind die Angaben im grün markierten Bereich des Beihilfeantrags nur bei Änderungen (z. B. Wegfall des Kindergeldanspruchs) auszufüllen. Dagegen sind die Angaben im weißen Bereich immer erforderlich.

Dem Antrag sind die Rechnungsbelege beizufügen. In der Regel reichen Kopien der Rechnungen dafür aus. In den Fällen, in denen beide Ehepartner beihilfeberechtigt sind und bei Aufwendungen in Todesfällen ist dagegen die Vorlage der Originalbelege erforderlich.

Bitte nicht vergessen, den Antrag zu unterschreiben.

Es ist nicht notwendig, mit dem Antrag auf Beihilfe bis zum Jahresende zu warten. Erfahrungsgemäß gehen zu dieser Zeit die meisten Beihilfeanträge bei uns ein. Dadurch kann es zu längeren Bearbeitungszeiten als gewöhnlich kommen. Wir empfehlen, stattdessen mehrere Beihilfeanträge über das Jahr verteilt zu stellen.

## **7. Wie lange kann ich Beihilfe rückwirkend beantragen?**

Die Beihilfe ist innerhalb von zwei Jahren nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung zu beantragen. Für den Beginn der Frist ist bei ärztlichen und zahnärztlichen Rechnungen das Datum der Rechnung und bei Arzneimitteln das Datum der Beschaffung in der Apotheke maßgebend.

## **8. Gibt es Höchstbeträge bei Heilmitteln?**

Aus Anlass einer Krankheit sind die Aufwendungen für die vom Arzt schriftlich verordneten Heilmittel beihilfefähig. Die Voraussetzungen und Höchstbeträge für Heilmittel finden Sie im Heilmittelverzeichnis (Anlage 3 zur SächsBhVO).

## **9. Was ist bei Behandlungen im Ausland zu beachten?**

Bei Auslandsreisen wird nach Reisen in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und die Schweiz und in das sonstige Ausland unterschieden.

1. Die in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in der Schweiz entstandenen Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind ohne Betragsbegrenzung beihilfefähig, soweit diese auf eine amtliche Gebührenordnung zurückzuführen sind. Ansonsten ist ein Vergleich mit den Aufwendungen für vergleichbare Leistungen im Inland nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) vorzunehmen.

Beim Krankenhausaufenthalt in einem öffentlichen Krankenhaus sind die entstandenen Aufwendungen vollumfänglich beihilfefähig.

Bei Behandlungen in einer Privatklinik ist die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen grundsätzlich auf die Höhe begrenzt, die öffentliche Krankenhäuser für die gleiche Behandlung im Inland maximal abrechnen dürften. Eine Ausnahme gilt nur für Akutbehandlungen.

2. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei der Behandlung im sonstigen Ausland unterscheidet sich von der in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union und der Schweiz erheblich.

Völlig unproblematisch sind hier nur Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die den Betrag von 1.000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen. Diese sind ohne weitere Prüfung vollständig beihilfefähig.

Höhere Kosten sind dagegen nur bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Inland entstanden wären. Dies erfordert einen Vergleich mit den Aufwendungen für Leistungen nach der GOÄ oder GOZ. Sie sollten daher unbedingt darauf achten, dass die Rechnung die (zahn-)ärztlichen Leistungen detailliert ausweist. Andernfalls ist der Leistungsvergleich nicht möglich und Sie müssen mit erheblich geringerer Beihilfe rechnen.

Außer bei Akutbehandlungen ist stets ein Vergleich der Aufwendungen im Krankenhaus mit den Kosten für die gleiche Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus im Inland durchzuführen. Da Krankenhausbehandlungen im Ausland häufig deutlich teurer sind als im Inland, kann auch bei der Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus im Ausland ein erheblicher Eigenanteil auf Sie zukommen.

Die Höchstbeträge bei Heilbehandlungen, die Ausschlüsse von Behandlungsmethoden und die Eigenbeteiligungen bei Arzneimitteln gelten für alle im Ausland entstandene Aufwendungen.

Die Kosten für einen Rücktransport aus dem Urlaubsland sind in keinem Fall beihilfefähig.

Sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird, werden Rechnungsbeträge in ausländischer Währung mit dem am Tag der Beihilfefestsetzung geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in EURO umgerechnet.

Im Einzelfall können die Krankheitskosten im Ausland die beihilfefähigen Aufwendungen erheblich übersteigen. Ggf. bietet es sich daher an vorsorglich eine Auslandsrankenversicherung abzuschließen.

## **10. Was ist bei Behandlungen in Privatkliniken zu beachten?**

Bei der Behandlung in einer Privatklinik sind die Aufwendungen nur bis zu einem bundesweit einheitlichen Höchstbetrag beihilfefähig. Dieser Betrag entspricht dem höchstmöglichen Entgelt für eine vergleichbare Behandlung im öffentlichen Krankenhaus. Zu darüberhinausgehenden Beträgen wird keine Beihilfe gezahlt.

Die Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterkunft in einer Privatklinik sind beihilfefähig bis zur Höhe von 1,5 % des höchsten Basisfallwerts, der der Berechnung der Krankenhausentgelte zugrunde liegt. Im Jahr 2020 beträgt dieser 3.771,62 €, so dass für die gesonderte Unterkunft pro Tag maximal 56,57 € beihilfefähig sind.

## **11. Was ist der Selbstbehalt?**

Der Selbstbehalt ist die pauschale Kürzung der jährlichen Beihilfe um maximal 40 € (bei Aufwendungen ab 01.01.2014). Durch den Selbstbehalt werden die Beihilfeberechtigten stärker an den Kosten des Gesundheitswesens beteiligt und entlasten damit den Dienstherrn.

Dieser Abzug entfällt auf Aufwendungen

- im Rahmen der Schwangerenüberwachung
- für Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen
- in Pflegefällen

Für Beihilfeberechtigte, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind oder sich in Elternzeit befinden, und für die Geburtspauschale findet der Abzug des Selbstbezalts ebenfalls keine Anwendung.

Im Gegensatz zur Praxisgebühr in der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Selbstbehalt in der Beihilfe nicht zum 01.01.2013 weggefallen. Der Selbstbehalt ist unverändert abzuziehen (§ 80 Abs. 7 Satz 5 SächsBG (bei Aufwendungen ab 01.01.2014)).

## **12. Gibt es Kuren in der Beihilfe?**

Bei Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung, deren Behandlungsmöglichkeiten vor Ort bereits ausgeschöpft wurden, kann je nach Art der Erkrankung eine Rehabilitation, eine Kur oder eine Mutter/Vater-Kind-Rehabilitation beantragt werden.

## **13. Welchen Beihilfeanspruch haben Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung?**

Für in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherte oder freiwillig versicherte Beihilfeberechtigte reduziert sich der Beihilfeanspruch seit dem 01.01.2012 auf Leistungen für:

- Zahnersatz
- Heilpraktiker
- Wahlleistungen im Krankenhaus (Chefarztbehandlung und gesondert berechnete Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Eigenanteils von täglich 14,50 €)
- Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres
- Säuglings- und Kleinkinderausstattung (Einmalzahlung in Höhe von 150 €)

Dies gilt auch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen des Beihilfeberechtigten (Ehegatte und Kinder), die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflicht-, familien- oder freiwillig versichert sind.

## **14. Welche Auswirkung hat ein Zuschuss zum Beitrag einer privaten Krankenversicherung?**

Seit dem 01.01.2012 hat die Höhe eines Beitragszuschusses zur privaten Krankenversicherung (z. B. zu einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung) keine Auswirkungen mehr auf den Beihilfebemessungssatz.

Bisher reduzierte sich der Beihilfebemessungssatz beim Zuschussempfänger um 20 %, soweit ein Zuschuss von monatlich mindestens 41 € gezahlt wurde.

Eine eventuelle Begrenzung des Zuschusses können Sie daher ab dem 01.01.2012 wieder aufheben lassen.

### **15. Gibt es eine Befreiung vom Abzug der Eigenanteile und des Selbstbehalts?**

Bei Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, für Fahrkosten und für die Wahlleistung der gesonderten Unterbringung im Krankenhaus haben Sie Eigenanteile bis zum Erreichen der Belastungsgrenze zu tragen. Die Belastungsgrenze ist erreicht, soweit im laufenden Kalenderjahr die gesamten Eigenanteile zuzüglich des bereits einbehaltenen Selbstbehalts 2 % Ihrer Einkünfte übersteigen. Beim Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung beträgt die Belastungsgrenze 1 %.

Auf einen Antrag hin wird geprüft, ob die Voraussetzungen für eine Befreiung vorliegen.

Maßgebend für die Belastungsgrenze sind die Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Stellung des Antrags auf Befreiung. Die Einkünfte sind mit der Kopie des Einkommenssteuerbescheids oder anderer geeigneter Unterlagen zu belegen.

Die Befreiung vom Abzug der Eigenanteile und des Selbstbehalts gilt für das verbleibende Kalenderjahr.

### **16. Ist die Direktabrechnung zwischen Leistungserbringer und Beihilfe möglich?**

Krankenhäuser sowie stationäre Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen haben die Möglichkeit, direkt mit dem KVS abzurechnen. Hierzu zählen auch stationäre Mutterbeziehungsweise Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen, familienorientierte Rehabilitationsmaßnahmen und Entwöhnungsmaßnahmen im Rahmen einer Suchtbehandlung.

Für die Abrechnung benötigen wir den auf unserer Internetseite bereitgestellten Antrag auf Direktabrechnung. Bitte lassen Sie uns diesen ausgefüllt vom Krankenhaus bzw. der Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtung zukommen. Wir prüfen den Umfang der Beihilfe und überweisen diese nach Rechnungseingang direkt an den Rechnungsteller. Den Beihilfebescheid erhält der Beihilfeberechtigte.