

BEIHILFE - MERKBLATT

Stand 01.01.2002

Inhaltsverzeichnis

Sachbereich	Tz
Allgemeines	1, 2
Persönliche Beihilfeberechtigung	3
Verfahren	4
Beihilfe - Bemessungssätze	5
Beihilfe für Beamte auf Widerruf	6.1
Angemessenheit der Aufwendungen	6.1
GOÄ / GOZ, Behandlungen durch	6.1
Hebammen	
Psychologen	
Psychotherapeuten	
Heilpraktiker	
Zahnärzte	
Kieferorthopäden	
Aufwendungen für Arzneimittel	6.2
Eigenbeitrag bei Arzneimitteln	6.2
Befreiung von der Zuzahlung	6.2
Aufwendungen für Hilfsmittel	6.3
Einlagen, Bandagen	
Brillen	
Sportbrillen	
Kontaktlinsen	
körperliche Stützhilfen (z.B. Strümpfe)	
Aufwendungen für Massagen etc.	6.4
Krankenhausaufenthalte	6.5
Krankenbehandlung bei Auslandsaufenthalten	6.6
Geburts-, Todes- und Pflegefälle	6.7
Beihilfe bei Vorsorgemaßnahmen	6.8
Heilkuren und Sanatoriumsbehandlungen	6.8
Nicht beihilfefähigen Aufwendungen	7
Dienstunfälle	7
Begrenzung der Beihilfe	8

Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen

Beamte sind in der Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung versicherungsfrei (§ 6 Abs.1Nr. 6 SGB V, § 5 Abs. 4 Nr. 2 SGB VI, § 27 Abs. 1 Nr. 1 SGB III).

Die vom Dienstherrn gewährte Beihilfe umfasst je nach Familienstand und den Arbeitsverhältnissen innerhalb der Familie einen bestimmten Anteil an den Kosten für die medizinische Gesundheitsversorgung. Ein umfassender Schutz in der Gesundheitsfürsorge ist nur durch Abschluss einer privaten oder freiwilligen Krankenversicherung zu erlangen. Hierbei sind Gesichtspunkte wie mitzuversichernde Personen (Familierversicherung), unterschiedliche Beitragsätze der zahlreichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen zu berücksichtigen.

Personen mit Anspruch auf Beihilfe sind zum Abschluß einer entsprechenden anteiligen beihilfekonformen Pflegeversicherung verpflichtet (§ 23 Abs. 3 SGB XI). Beamte in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung sind gem. § 20 Abs. 3 SGB XI zusätzlich in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig.

Gesetzliche Grundlage für die Gewährung von Beihilfen bildet § 87 des Thüringer Beamtengesetzes in Verbindung mit den Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) in der Fassung vom 01.11.2001 (StAnz 50/2001, S. 2644)

1. Was ist Beihilfe?

Beihilfe ist eine Leistung im Rahmen der Fürsorgepflicht des Dienstherrn und ergänzt die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist (Krankenfürsorge).

2. Wofür wird Beihilfe gewährt?

Für Aufwendungen auf Grund von Krankheits-, Geburts-, Pflege- und Todesfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, Schutzimpfungen sowie Sanatoriumsbehandlungen und Heilkuren.

3. Wer ist beihilfeberechtigt?

Jeder Beamte und Richter sowie Versorgungsempfänger (§ 1 BhV) ist beihilfeberechtigt. Ebenfalls beihilfeberechtigt sind die berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatte, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder).

Die Beihilfeberechtigung besteht, wenn und solange Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwen-, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag gezahlt wird (§ 2 BhV). Für die Dauer der Gewährung freier Heilfürsorge besteht kein Anspruch auf Beihilfeleistungen (z.B. während Grundwehr- oder Zivildienst).

4. Wie bekommt man Beihilfe und was ist zu beachten?

Beihilfen werden nur auf schriftlichen Antrag gewährt. Die dafür vorgesehenen amtlichen Formulare können Sie bei Ihrer Beihilfestelle anfordern. Ihrem Antrag fügen Sie bitte die Arztrechnungen, Rezepte und andere Unterlagen über Ihre Aufwendungen bei. Es werden nur Originalbelege, Durchschriften oder Kopien anerkannt (Kopien können von Ihrer Dienststelle beglaubigt werden, Rezeptkopien stellt Ihnen kostenlos Ihre Apotheke zur Verfügung – ein Apothekenstempel ist ausreichend).

Die Belege erhalten Sie nach Antragsbearbeitung zurück.

Der Antrag ist innerhalb eines Jahres nach Ausstellung der Rechnung oder nach Entstehen der Aufwendungen vorzulegen (Ausschlussfrist). Für die Fristberechnung ist der Tag des Eingangs bei der Beihilfestelle maßgebend (§ 17 Abs. 9 BhV).

Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn Ihre geltend gemachten Aufwendungen 200,- € übersteigen. Bleiben Ihre Aufwendungen der letzten zehn Monate unter diesem Betrag, so kann Ihnen trotzdem eine Beihilfe gewährt werden, wenn die Aufwendungen mindestens 15,00 Euro betragen.

Der Antrag muß immer vom Beihilfeberechtigten selbst unterschrieben sein und kann mit der Dienstpost (Kurier) in einem verschlossenen Umschlag an die Beihilfestelle gesandt werden.

5. Inwieweit sind Aufwendungen beihilfefähig?

Bei Personen, die einer privaten Versicherung angehören oder überhaupt nicht versichert sind, wird für die beihilfefähigen Aufwendungen Beihilfe in Höhe des so genannten Bemessungssatzes gewährt.

Beihilfebemessungssätze:

Der Bemessungssatz (d.h. der erstattungsfähige Anteil am beihilfefähigen Rechnungsbetrag) beträgt nach § 14 Abs. 1 BhV für

- | | |
|--|-------|
| - den Beihilfeberechtigten | 50 % |
| - den Beihilfeberechtigten mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern im Familienzuschlag | 70 % |
| - den berücksichtigungsfähigen Ehegatten | 70 % |
| - jedes im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kind | 80 % |
| - den Empfänger von Versorgungsbezügen | 70 %. |

Maßgebend für die Höhe des anzuwendenden Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

Bei freiwillig versicherten Mitgliedern von gesetzlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen ohne Beitragszuschuss sind Aufwendungen im Rahmen der BhV nur insoweit beihilfefähig, als sie die im Einzelfall gewährten Leistungen der Kasse übersteigen. Die pflichtversicherten Mitglieder von gesetzlichen Kassen sind grundsätzlich auf die Kassenleistungen angewiesen. Werden jedoch von der Krankenkasse keine Leistungen oder nur Zuschüsse erbracht - z.B. bei Behandlungen durch Heilpraktiker, bei Zahnersatz - so besteht ein Beihilfeanspruch.

6. Zu welchen Aufwendungen wird Beihilfe gewährt?

Nachfolgend sind die wichtigsten beihilfefähigen Aufwendungen beispielhaft beschrieben:

6.1 Beihilfe für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen

Beihilfefähig sind die Aufwendungen, die medizinisch notwendig und der Höhe nach angemessen sind.

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen richtet sich ausschließlich nach den Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte. Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22.10.1987 und für Ärzte (GOÄ) vom 23.12.1995 schreiben je nach Leistungsart unterschiedliche Höchstsätze (das 3,5-, 2,5- bzw. 1,3-fache des Gebührensatzes) vor. Beihilfefähig sind die Leistungen des Arztes/Zahnarztes bis zum **Schwellenwert der GOÄ/GOZ** (das 2,3, 1,8 bzw. 1,15-fache des Gebührensatzes). Bestimmte Umstände, zu deren schriftlicher Begründung der behandelnde Arzt verpflichtet ist, rechtfertigen jedoch die beihilferechtliche Anerkennung bis zum 3,5-, 2,5- bzw. 1,3-fachen des Gebührensatzes.

Nach dem Einigungsvertrag wird die ärztliche Vergütung für im Beitrittsgebiet erbrachte Leistungen insgesamt auf bestimmte Höchstsätze begrenzt (bis 31.12.01: 86 %, ab 01.01.02: 90 %).

Gleiches gilt auch für die Aufwendungen, die bei einer Behandlung durch eine Hebamme bzw. eines Diplompsychologen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entstehen. Die mit Ärzten vereinbarten Honorare (Abdingung) sind nur bis zum o.a. Gebührenrahmen beihilfefähig. Physiotherapeuten und Heilpraktiker können bereits 100 % der für sie geltenden Abrechnungsbestimmungen verrechnen.

Bei Aufwendungen für Zahnersatz gelten für Material- und Laborkosten besondere Einschränkungen. Es sind beihilfefähig:

- zahntechnischen Leistungen, Edelmetallen und Keramikleistungen zu 60 v.H.
- Kieferorthopädische Behandlungen nur bis zum 18. Lebensjahr, es sei denn, es liegt eine schwere Kieferanomalie vor, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordert.
- Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen zahnärztlichen Leistungen bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:
 - a) Einzelzahnlücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
 - b) Freierlücke, wenn mindestens die Zähne 7 und 8 fehlen,
 - c) Fixierung einer Totalprothese.

- Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich bereits vorhandener Implantate sind nur bei Einzelzahnlücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen beihilfefähig.
- Aufwendungen für mehr als vier Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

Für **Beamte auf Widerruf** im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für Zahnersatz (Abschnitt F der GOZ), Inlays und Zahnkronen (Abschnitt C Nrn. 214 bis 217, 220 bis 224 der GOZ), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J der GOZ) sowie implantologische Maßnahmen (Abschnitt K der GOZ) nicht beihilfefähig (Nr. 6 der Anl. 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV). Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist oder wenn der Beihilfeberechtigte zuvor bereits drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

6.2 Beihilfe zu Arzneimitteln

Aufwendungen für vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker aus Anlass einer Krankheit verordnete Arzneimittel, Verbandsmaterialien und dgl. sind in der verordneten Menge beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind

- Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen (dazu gehören z.B. Diätkost, Mineralwasser, medizinische Seifen, hautverträgliche Haar- und Waschmittel, Waschmittel und dgl.)
- Aufwendungen für Stärkungsmittel, Geriatrika, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel und Arzneimittel gegen Reisekrankheiten
- Aufwendungen für empfängnisregelnde Mittel, es sei denn, sie werden als Heilmittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet. Für weibliche Personen sind empfängnisregelnde Mittel bis zur Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres ohne Diagnose beihilfefähig.

Für verordnete Medikamente werden vom Rechnungsbetrag nachstehende Beträge als **Eigenanteile** nicht erstattet:

Medikamente bis	16,00 Euro =	Abzugsbetrag	4,00 Euro,
Medikamente bis	26,00 Euro =	Abzugsbetrag	4,50 Euro,
Medikamente über	26,00 Euro =	Abzugsbetrag	5,00 Euro.

Von diesen Abzügen werden befreit:

- Kinder, solange sie im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind,
- Personen, die Leistungen nach § 9 Abs. 7 Satz 3 BhV erhalten sowie
- Schwangere bei ärztlich verordneten Arzneimitteln wegen Schwangerschaftsbeschwerden oder im Zusammenhang mit der Entbindung.

Die **Abzugsbeträge entfallen**, wenn die Aufwendungen bestimmte Belastungsgrenzen (2 % bzw. 1 % Ihres maßgebenden jährlichen Einkommens) erreichen. Dies kommt in der Praxis insbesondere bei chronischen Krankheiten in Betracht. In derartigen Fällen richten Sie bitte einen formlosen Antrag an die Beihilfestelle.

Sind Sie oder einer Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen evtl. wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung und sind bei Ihnen 1 Jahr lang Beträge von mindestens 1 % des jährlichen Einkommens abgezogen worden, entfallen die Abzugsbeträge für Arzneimittel nach Ablauf des ersten Jahres für die weitere Dauer dieser Behandlung mit der Maßgabe, dass die Eigenanteile für die Person entfallen, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung ist.

Bei Fahrten zum Arzt oder ins Krankenhaus ist für jede einfache Fahrt ein Eigenanteil von 13,00 Euro der Fahrkosten zu berücksichtigen.

6.3 Beihilfe zu Hilfsmitteln

Hilfsmittel (z. B. Einlagen, Bandagen usw.) müssen grundsätzlich ärztlich verordnet werden. Für Brillen ist eine augenärztliche Verordnung erforderlich, wenn es sich um Aufwendungen für die Erstbrille handelt. Für alle weiteren Sehhilfen genügt die Refraktionsbestimmung durch den Optiker.

Aufwendungen für Brillenfassungen sind nicht mehr beihilfefähig.

Für die Brillengläser können je nach Sehstärke zwischen 31,00 und 41,00 Euro für Fern- bzw. Nahbrillen bzw. zwischen 72,00 und 113,50 Euro für Bifokal- bzw. Mehrstärkenbrillen pro Glas anerkannt werden. Bei bestimmten Augenkrankheiten sind Zuschläge für Kunststoffgläser oder eine einfache Tönung möglich.

Sofern eine Indikation für Mehraufwendungen für Kontaktlinsen gem. Ziffer 11.4.1 der Anlage 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 BhV vorliegt, sind nunmehr bei Aufwendungen für Kurzzeitlinsen (z.B. Wegwerflinsen, Austauschsysteme, Einmallinsen) bis zu 154,00 Euro (sphärisch) und 250,00 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig. Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.

Sportbrillen für Schulkinder, die während des Schulsports getragen werden müssen, sind für die Gläser im Rahmen der Höchstsätze und für eine Brillenfassung bis zu 52,00 Euro beihilfefähig.

Ärztlich verordnete medizinische Kompressionswadenstrümpfe, Halbschenkelstrümpfe, -strumpfhosen, -stumpfstrümpfe, -armstrümpfe sowie Narbenkompressionsbandagen, Ein- und Mehrkammergeräte und Befestigungshilfen (Hautkleber, Strumpfhaltersysteme, Leibteile, Leibgurte) für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sind nur zu 80 v.H. beihilfefähig.

6.4 Beihilfe zu den Kosten einer Heilbehandlung

Aufwendungen für die vom Arzt schriftlich verordneten **Heilbehandlungen** (z.B. Massagen, Krankengymnastik, Packungen, Bäder usw.) sind bis zu den in den Beihilfavorschriften festgesetzten Höchstbeträgen beihilfefähig. Dies können Sie bei Ihrer Beihilfestelle erfragen.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Saunabäder und Schwimmen in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer anerkannten Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur.

6.5 Beihilfe bei einer stationären Krankenhausbehandlung

Beihilfefähig sind die Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung.

Bitte beachten Sie, dass bei Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers von diesem Zuschlag ein Eigenbeitrag in Höhe von 14,50 Euro täglich abgezogen wird.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann auf zu erwartende Krankenhausleistungen ein Abschlag gewährt werden.

6.6 Beihilfe bei Behandlung im Ausland anlässlich privatem Aufenthalt

Heilbehandlungen, Krankenhausaufenthalte usw. sind bis zur Höhe der Kosten beihilfefähig, wie sie auch in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären.

Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 550,00 Euro ohne Beschränkungen auf die Inlandskosten beihilfefähig. Bei Belegen mit Aufwendungen von mehr als 550,00 Euro ist eine Übersetzung beizufügen, die von einem öffentlich bestellten und beeidigten Übersetzer gefertigt sein muss. Aus den Belegen muss ersichtlich sein, welche Leistungen erbracht wurden. Die Kosten für die Übersetzung sind nicht beihilfefähig.

6.7 Beihilfe in Geburts-, Todes- und Pflegefällen

Neben der Beihilfe für Aufwendungen zur Entbindungs-/Schwangerschaftsüberwachung wird zur Säuglingsausstattung eine pauschale Beihilfe in Höhe von 128,00 Euro gewährt.

In Todesfällen können Beihilfen gewährt werden. Nähere Auskünfte erteilt die Beihilfestelle.

In Pflegefällen sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche Pflege, teilstationäre und stationäre Pflege beihilfefähig (§ 9 BhV).

6.8 Beihilfe bei Vorsorgemaßnahmen

Die Aufwendungen aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (Krebsvorsorge) sind sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig. Bei der Anerkennung der einzelnen Maßnahmen ist § 10 BhV zu beachten. Die Kosten für Schutzimpfungen sind ebenfalls beihilfefähig, **ausgenommen** jedoch solche aus Anlass privater Reisen ins Ausland.

6.9 **Beihilfe bei Heilkuren und Sanatoriumsbehandlungen**

Kosten für Heilkuren können nur für den Beamten selbst anerkannt werden, da sie der Erhaltung der Dienstfähigkeit dienen. Berücksichtigungsfähigen Angehörigen werden hier nur die Aufwendungen für Heilbehandlungen und Arztkosten anteilig erstattet. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind für höchstens 23 Kalendertage bis maximal 16,00 Euro täglich beihilfefähig, wenn die Aufwendungen 12,50 Euro täglich übersteigen.

Bei Sanatoriumsbehandlungen sind die Kosten für Unterkunft Verpflegung und Pflege für höchstens 3 Wochen beihilfefähig, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich. Dies ist allerdings vom behandelnden Arzt schriftlich zu beantragen. Die Aufwendungen sind bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig.

Heilkuren und Sanatoriumsbehandlungen sind in der Regel nur alle vier Jahre beihilfefähig. Für die Anerkennung von Heilkuren und Sanatoriumsbehandlungen ist die Vorlage einer amtsärztlichen Bescheinigung erforderlich.

Die Aufwendungen für Heilkuren und Sanatoriumsbehandlungen sind nur dann beihilfefähig, wenn die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur bzw. der Sanatoriumsbehandlung anerkannt hat. Mutter-Kind-Kuren sind im Beihilferecht nicht vorgesehen.

7. **Welche Aufwendungen sind nicht beihilfefähig?** (keine abschließende Aufzählung)

- die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenkasse ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel für Personen, die einen Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag vom Arbeitgeber erhalten. Seit dem 1.7.1993 gilt dies auch für freiwillig versicherte Personen.
- Aufwendungen für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des Ehegatten im Vorvorkalenderjahr vor der Antragstellung 18.000,00 Euro überstieg oder im Kalenderjahr der Antragstellung voraussichtlich übersteigen wird.
- Aufwendungen für anerkannte **Dienstunfälle** (für die Abwicklung ist das Referat L 54 der Zentralen Gehaltsstelle, Pensionsbehörde, Konrad-Zuse-Str 12, 99099 Erfurt, Frau Hildebrandt Tel. 0361 / 3787 692 bzw. Fr. Theinert 3787 693 zuständig).
- Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei der Heilbehandlung (nahe Angehörige sind Eltern, Ehegatten, Kinder).
- Aufwendungen für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden (z.B. Trockenzelltherapie, Therapie mit Regeneresen, Höhenflug zur Keuchhustenbehandlung, Sauerstoff - Mehrschritttherapie nach Prof. v. Ardenne usw.)

8. **Begrenzung der Beihilfe**

Die Beihilfe und die Leistung der Krankenkasse/-versicherung dürfen nicht höher sein als die tatsächlich entstandenen Aufwendungen (100 %-Begrenzung nach § 15 BhV). Bitte legen Sie Ihrer Beihilfestelle bei jeder Veränderung Ihres Versicherungsschutzes eine Kopie Ihres Versicherungsnachweises vor.

9. **Praxistipps**

Damit Ihr Beihilfeantrag bei Ihrer ersten Antragstellung schnell bearbeitet werden kann, wird um die Beifügung einer Kopie Ihres Versicherungsscheines Ihrer Krankenkasse und einer Kopie Ihrer Ernennungsurkunde zum/r Beamten/in gebeten.

Als Privatpatient werden Ihnen die ärztlichen Leistungen in Rechnung gestellt. Es ist von Vorteil, wenn die Rechnung in zweifacher Ausfertigung ausgestellt wird (Original und Duplikat). So können Sie ggf. zur gleichen Zeit eine Kostenerstattung bei der Beihilfestelle und bei Ihrer Krankenversicherung beantragen.

Für die Beantwortung Ihrer persönlichen Fragen stehen Ihnen jederzeit die für Sie zuständigen Beihilfefestsetzer(innen) zur Verfügung.

Ihre Beihilfestelle Land der OFD Erfurt