



## Merkblatt

### **Zur Höhe der Beihilfen (allgemein)**

Für ergänzende telefonische Auskünfte steht im BA-SH der Beihilfe-Kundenservice unter der Durchwahlnummer **0911/179-3510** zur Verfügung.

#### **1. Prozentuale Erstattung**

Abgesehen von den Pauschalbeihilfen (vgl. Nr. 5) errechnet sich die Beihilfe unter Anwendung eines Prozentsatzes (Bemessungssatz) aus dem sogenannten „beihilfefähigen Betrag“. Dieser beihilfefähige Betrag ist die Summe, die sich unter Anwendung der beihilferechtlichen Einzelregelungen aus den von Ihnen geltend gemachten Kosten ergibt.

Es gelten folgende Bemessungssätze (siehe aber auch Nr. 2 Sonderregelungen):

Für den beihilfeberechtigten aktiven Bediensteten	50 v. H.
Für den beihilfeberechtigten aktiven Bediensteten mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern im Familienzuschlag	70 v. H.
Für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten	70 v. H.
Für den Versorgungsempfänger	70 v. H.
Für berücksichtigungsfähige Kinder und beihilfeberechtigte Waisen	80 v. H.
Für freiwillige Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (nach Abzug der Kassenleistung! Leistet die Krankenkasse nicht, bleibt es bei 50, 70 od. 80 v. H.)	100 v. H.

#### **Generell gilt:**

Für die Bemessung der Beihilfen sind stets die Verhältnisse zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (Besuch beim Arzt, Kauf des Arzneimittels in der Apotheke usw.) maßgebend.

#### **2. Sonderregelungen**

- 70 v. H. bei mehrfacher Beihilfeberechtigung  
Ein Kind das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, wird bei der oder dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, die oder der den kinderbezogenen Anteil des Familienzuschlages  
§ 40 Bundesbesoldungsgesetz oder den Auslandskinderzuschlag nach § 56 des Bundesbesoldungsgesetzes für das Kind erhält.

Bei mindestens zwei Kindern im Familienzuschlag erhöht sich der Bemessungssatz dieser/dieses Beihilfeberechtigten auf 70 vom Hundert.

#### **Beachte:**

Eine Konkurrenz der Beihilfeansprüche (§ 5 Abs. 4 BBhV) der Elternteile ist nur dann gegeben, wenn der Anspruch auf Beihilfe in seinem Umfang dem Anspruch nach der BBhV im Wesentlichen vergleichbar ist. Angestellte (betrifft nur Personen, die vor dem 01.01.1999 in das Tarifgebiet West eingestellt wurden), denen z. B. auf Grund von tarifrechtlicher Vereinbarungen ein eingeschränkter Anspruch auf Beihilfe zu steht werden von dieser Regelung nicht erfasst. Es besteht daher keine Konkurrenz. Anders verhält es sich, wenn Angestellte statt eines Arbeitgeberzuschusses zur Krankenversicherung Beihilfe erhalten. Dieser Personenkreis unterliegt der

Konkurrenzregelung, da sie einen Anspruch haben, der sich nach der BBhV richtet oder nach der BBhV vergleichbar ist.

**Ausnahmeregelung:**

Für Personen, die Anspruch auf truppenärztliche Versorgung (z. B. Soldaten) haben oder heilfürsorgeberechtigt sind (z. B. Beamtinnen und Beamte der Bundespolizei) gilt die Regelung ausnahmsweise nicht, dass ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, bei der oder dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt wird, die oder der den Familienzuschlag für das Kind erhält.

- **Bemessungssatzregelung bei Elternzeit (§ 46 Abs. 3 BBhV)**  
Beihilfeberechtigte, die Elternzeit in Anspruch nehmen, erhalten während dieser Zeit den Bemessungssatz, der ihnen am Tag der Elternzeit zustand (§ 46 Abs. 3 Satz 5 BBhV).
- **Zuschüsse zu den Kosten einer privaten Krankenversicherung**  
Erhält ein Beihilfeberechtigter oder ein berücksichtigungsfähiges Familienmitglied einen Zuschuss zu den Beiträgen für die **private Krankenversicherung** (z.B. vom Rentenversicherungsträger durch den Bezug einer Rente) und beträgt dieser Zuschuss monatlich mindestens **41,00 €**, wird der o. a. angegebene Beihilfesatz um 20 v. H. reduziert. Um eine volle Kostendeckung zu erhalten, müsste in diesem Fall der Erstattungssatz der Krankenversicherung entsprechend erhöht werden.

Dieser Nachteil kann vermieden werden, wenn Sie gegenüber dem Rententräger eine Erklärung abgeben, in der Sie die Höhe des Zuschusses auf **unter 41,00 €** begrenzen (z.B. 40,90 €). Es ist wichtig, im Bedarfsfall diese Erklärung umgehend abzuschicken, weil sie vom Rententräger nicht rückwirkend, sondern nur für die Zukunft anerkannt wird.

- **Zuschüsse zu den Kosten einer freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung**  
Eine ähnliche Einschränkung besteht für freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenkasse. Wird ein monatlicher Zuschuss von **mindestens 21,00 €** gezahlt, reduziert sich der Bemessungssatz von 100 v. H. auf die Normalsätze (50, 70 oder 80 v. H.).

Auch hier können diese Nachteile durch eine Erklärung gegenüber dem Rententräger (siehe oben) vermieden werden. Der Zuschuss muss in diesem Fall **unter 21,00 €** liegen.

### 3. 100%-Grenze

Die prozentual berechnete Beihilfe deckt nur einen Teil der Kosten, deshalb ist es zweckmäßig, eine ergänzende Krankenversicherung abzuschließen. Sie sollte „beihilfekonform“ sein, d.h. unter Berücksichtigung der oben angegebenen Bemessungssätze darf sich nur eine Gesamterstattung von 100 v. H. ergeben.

Beihilfe und Versicherungsleistung dürfen zusammen nicht höher sein als die tatsächlich entstandenen Aufwendungen. Wenn sich der Bemessungssatz erhöht, der Umfang der Krankenversicherung jedoch nicht beihilfekonform angepasst wird, folgt eine Kürzung der Beihilfe. Deshalb ist es notwendig, bei jeder Änderung des Versicherungsvertrages den aktuellen Versicherungsschein der Beihilfestelle vorzulegen.

### 4. Anrechnung gesetzlich zustehender Leistungen

Die Beihilfe ist generell nachrangig, wenn zu den selben Kosten aufgrund gesetzlicher oder arbeitsvertraglicher Ansprüche Leistungen zustehen. Das bedeutet, dass solche Leistungen in voller Höhe vom beihilfefähigen Betrag (s. Nr. 1) abzuziehen sind und die Beihilfe nur aus dem Restbetrag berechnet wird.

Das gilt besonders für Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, da sie durch Gesetz (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) geregelt sind. Als Ausgleich für diesen Abzug wird bei freiwillig versicherten Beamten, die den vollen Krankenkassenbeitrag selbst tragen müssen, die Beihilfe mit **100 v. H.** festgesetzt (s. Nr. 1).

Von Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen ist der höchstmögliche Festzuschuss (entspricht 65 Prozent der jeweiligen Regelversorgung) der gesetzlichen Krankenversicherung abzuziehen. Dieser maximal zu erreichende Festzuschuss ist immer, sowohl bei freiwillig Versicherten als auch bei Pflichtversicherten der gesetzlichen Krankenversicherung anzurechnen, unabhängig davon, ob die gesetzliche Krankenversicherung diesen maximalen Festzuschuss auch tatsächlich gezahlt hat.

Nehmen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung die zustehenden Kassenleistungen nicht in Anspruch (z.B. bei privatärztlicher Behandlung), muss trotzdem eine - fiktive - Anrechnung erfolgen. Wenn die Höhe der Kassenleistung nicht bekannt ist, werden bei Arzt- oder Hilfsmittelrechnungen 50 v. H. und bei Arzneimitteln 100 v. H. des beihilfefähigen Betrages fiktiv angerechnet. Bei Medikamenten ergibt sich dadurch regelmäßig keine Beihilfe mehr. Eine Ausnahme gilt nur für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenkasse. Sie können auf die Kassenleistung verzichten, ohne dass eine fiktive Anrechnung erfolgt. Allerdings wird die Beihilfe in diesem Fall nur noch mit dem normalen Bemessungssatz (s. Nr. 1) festgesetzt.

Daneben erfolgt keine fiktive Anrechnung von Kassenleistungen bei:

- a) Erstattungen und Sachleistungen nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder nach Vorschriften, die hierauf Bezug nehmen,
- b) Berücksichtigungsfähige Kinder einer oder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung einer anderen Person erfasst werden.

## 5. Pauschalbeihilfen

Abweichend von der nach Prozenten zu bemessenden Beihilfe gibt es in Fällen der dauernden Pflegebedürftigkeit Pauschalbeihilfen. Hierzu wird auf das spezielle Merkblatt verwiesen.

## 6. Vierteljährlicher Selbstbehalt

Die Beihilfe mindert sich um einen Betrag (sog. „Praxisgebühr“) von **10 Euro je Kalendervierteljahr** je Beihilfeberechtigten und je berücksichtigungsfähigen Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen/psychotherapeutischen, zahnärztlichen Leistungen sowie Leistungen von Heilpraktikern. Pro Person ist damit eine Minderung der Beihilfe um höchstens 30,00 € im Quartal möglich.

Falls durch die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse die sog. „Praxisgebühr“ erhoben wird, ändert dies nichts an der Minderung der Beihilfe. Auch die Weiterbehandlung in einem Krankheitsfall über das Quartalsende hinaus führt zur Minderung im neuen Kalendervierteljahr.

Die Minderung der Beihilfe unterbleibt bei Aufwendungen für:

- Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten,
- Härtefälle im Zusammenhang mit der generellen Befreiung von den Selbstbehalten auf Antrag jährlich nach Erreichen der Belastungsgrenze (2 % des Vorjahreseinkommens, 1 % des Vorjahreseinkommens bei chronisch Kranken).

Stand Februar 2010