

Merkblatt Beihilfe

Beihilferechtliche Änderungen ab 01.01.2023

24. November 2022



	Seite
1. Rechtsgrundlagen	2
2. Bemessungssätze	2
3. Außerklinische Intensivpflege	2
4. Digitale Gesundheitsanwendungen	3
5. Behandlung in Privatkliniken (Psychiatrie/Psychosomatik)	3
6. Kostendämpfungspauschale	3
7. Allgemeines	4

Dieses Merkblatt ist zur allgemeinen Information bestimmt. Rechtsansprüche können Sie daraus nicht ableiten. Wenn Sie weitere Fragen haben, rufen Sie uns gerne an. Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

BF_0_24_23 11/22

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg · Körperschaft des öffentlichen Rechts

Hauptsitz
Ludwig-Erhard-Allee 19
76131 Karlsruhe
Tel. 0721 5985-0

Zweigstelle
Birkenwaldstraße 145
70191 Stuttgart
Tel. 0711 2583-0

Bankverbindung
Landesbank Baden-Württemberg
BIC: SOLADEST600
IBAN: DE24 6005 0101 0001 0008 58

Sie erreichen uns
montags bis freitags
von 8:00 Uhr
bis 16:30 Uhr

Internet / E-Mail
www.kvbw.de
beihilfe@kvbw.de

1. Rechtsgrundlagen

Das „Gesetz über die Anpassung von Dienst- und Versorgungsbezügen in Baden-Württemberg 2022 und zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften (BVAnp-ÄG 2022)“ wurde vom Landtag Baden-Württemberg am 09.11.2022 verabschiedet (GBl. vom 18.11.2022, S. 540 ff). Es wirkt sich unter anderem auf das Landesbeamtengesetz (LBG) und die Beihilfeverordnung Baden-Württemberg (BVO) aus. Die Neuregelungen im Beihilferecht treten zum 01.01.2023 in Kraft. Einige Festlegungen, die aufgrund einer Vorgriffsregelung schon vor diesem Datum Anwendung fanden, sind nun in der BVO verankert (z. B. Höchstbeträge bei Pflegeleistungen).

Nachfolgend werden die wichtigsten beihilferechtlichen Neuregelungen ab 01.01.2023 vorgestellt. Die Inhalte sind identisch mit dem Merkblatt Stand 21.11.2022, das wir schon vor der Bekanntgabe des Gesetzes unter Vorbehalt erstellten.

2. Bemessungssätze

Mit dem Haushaltsbegleitgesetz 2013/2014 vom 18.12.2012 (GBl. S. 677) wurden zum 01.01.2013 für neu eingestellte Beamte einheitliche Bemessungssätze eingeführt. Diese betragen für

- den Beihilfberechtigten selbst 50 %,
- berücksichtigungsfähige Ehegatten sowie eingetragene Lebenspartner 50 %,
- Versorgungsempfänger 50 %,
- berücksichtigungsfähige Kinder sowie selbst beihilfeberechtigte Vollwaisen 80 %

der beihilfefähigen Aufwendungen.

Nur wer am Stichtag 31.12.2012 beihilfeberechtigt war (Besitzstand), erhielt Beihilfe zu den Bemessungssätzen, die vor dem 01.01.2013 galten. Die damalige Rechtsänderung wird für Aufwendungen, die ab 01.01.2023 entstehen, aufgehoben. Nun gelten für alle Beihilfberechtigten, unabhängig von ihrem Einstellungszeitpunkt, die folgenden Bemessungssätze:

- für den Beihilfberechtigten selbst 50 %.

Bei Berücksichtigungsfähigkeit von zwei Kindern erhöht sich der Bemessungssatz für den Beihilfberechtigten auf 70 %.

Er vermindert sich dauerhaft auch bei Wegfall von Kindern nicht, wenn drei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig waren.

- für berücksichtigungsfähige Ehegatten sowie eingetragene Lebenspartner 70 %,
- für Versorgungsempfänger 70 %.

Für berücksichtigungsfähige Kinder sowie für selbst beihilfeberechtigte Vollwaisen bleibt es bei 80 %.

Maßgeblich für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen. Die Änderung der

Beihilfebemessungssätze gilt nicht rückwirkend und betrifft somit nur Aufwendungen, die ab dem 01.01.2023 entstehen.

Sofern Sie privat versichert sind und durch diese Änderung einen höheren Bemessungssatz für sich selbst oder Ihre berücksichtigungsfähige Angehörige erhalten, setzen Sie sich bitte mit Ihrer privaten Krankenversicherung in Verbindung und legen uns ggf. einen neuen Versicherungsnachweis vor.

3. Außerklinische Intensivpflege

Personen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist eine schriftliche Verordnung durch einen Arzt mit einer der folgenden besonderen Qualifikationen:

- Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie,
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie,
- Fachärzte für Anästhesiologie/Anästhesie,
- Fachärzte für Neurologie und
- Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

Der Bedarf an einer außerklinischen Intensivpflege muss jährlich durch eine erneute schriftliche Verordnung nachgewiesen werden.

Für die außerklinische Intensivpflege dürfen nur Pflegekräfte eingesetzt werden, die dreijährig examiniert sind.

Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zu einem Betrag in Höhe von 39 Euro pro Stunde. Von diesem Betrag kann nur in begründeten Ausnahmefällen abgewichen werden; solche Ausnahmefälle sind:

- Die Höhe des in Rechnung gestellten Stunden- oder Tagessatzes entspricht einer Vereinbarung mit einer gesetzlichen Krankenkasse oder
- im Umkreis von 30 km befindet sich kein anderer Anbieter, der die Leistung für 39 Euro pro Stunde oder zumindest günstiger als der derzeitige Anbieter erbringen kann.

Wird außerklinische Intensivpflege erbracht, sind daneben keine Aufwendungen für häusliche Krankenpflege beihilfefähig. Ebenso ausgeschlossen sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung. Nur wenn die außerklinische Intensivpflege in einer Einrichtung der vollstationären Pflege durchgeführt wird, sind verbleibende Selbstbehalte bei den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung (§ 9f Abs. 3 BVO) beihilfefähig.

4. Digitale Gesundheitsanwendungen

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) im Sinne der Beihilfeverordnung beruhen auf digitalen Technologien und sind dazu bestimmt, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten bzw. Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen. Zu diesen Medizinprodukten zählen unter anderem Apps oder auch browserbasierte Anwendungen. Eine digitale Gesundheitsanwendung kann entweder allein vom Patienten oder vom Behandler und Patient gemeinsam genutzt werden. Mögliche Einsatzgebiete sind Schmerzkrankungen, Depressionen, Schlafstörungen, Adipositas u. v. m.

Die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer digitalen Gesundheitsanwendung sind:

- schriftliche Verordnung durch einen Arzt oder einen Psychotherapeuten,
- die digitale Gesundheitsanwendung muss in dem Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 139e SGB V enthalten sein. Die in diesem Verzeichnis genannten Maßgaben, Diagnosen und Voraussetzungen sowie Nutzungs- und Anwendungsdauer sind zu beachten.

Beihilfe wird gewährt zu den Aufwendungen für die Nutzung bzw. den Kauf einer Nutzungslizenz der DiGA. Daneben ist auch Zubehör beihilfefähig, soweit es für die Nutzung der Software zwingend erforderlich ist.

Zweit- und Mehrfachbeschaffungen zur Nutzung derselben DiGA auf verschiedenen Endgeräten sind nicht beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für die Anschaffung von erforderlichen Endgeräten einschließlich der Kosten für die mobile Anbindung oder den Betrieb einer DiGA. Beispielsweise sind die Aufwendungen für ein Smartphone oder für die Internetnutzung nicht beihilfefähig.

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte <https://diga.bfarm.de/de>.

5. Behandlung in Privatkliniken (Psychiatrie/Psychosomatik)

Privatkliniken sind nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassen. Die Aufwendungen für stationäre Behandlungen in Privatkliniken sind im Rahmen des § 7 Abs. 7 BVO beihilfefähig. Eine Neuerung ergibt sich nur für psychiatrische bzw. psychosomatische Behandlungen. Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich ab 01.01.2023 nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Krankenhäuser, die nach § 108 SGB V zugelassen sind, rechnen schon länger nach dem PEPP-System ab.

Maßgebend ist der PEPP-Entgeltkatalog in der Fassung, die jeweils auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus ([InEK GmbH](#)) veröffentlicht ist.

Die Höhe der Beihilfe wird anhand der Indikation bemessen und setzt sich zusammen aus den folgenden Bestandteilen:

- ein nach Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkatalogs berechnetes Entgelt bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes,
- Zusatzentgelte bis zu den in Anlage 3 des PEPP-Entgeltkatalogs ausgewiesenen Beträgen und
- Tagesentgelte nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkatalogs bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes.

Der pauschale Basisentgeltwert liegt in der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik 2022 (PEPPV 2022) bei 280 Euro. Hierauf wird ein Aufschlag von 10 Prozent angesetzt, so dass sich für 2022 ein Betrag von 308 Euro ergäbe. Die PEPPV wird jedoch jährlich aktualisiert.

Berechnungsbeispiel:

Ein Patient mit einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung wird 30 Tage lang stationär behandelt. Die Privatklinik rechnet nicht nach dem PEPP-Entgeltkatalog ab. Für die Festsetzung der Beihilfe ist relevant: Alter unter 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit. Daraus ergibt sich die Zuordnung zum Bereich PA14B des PEPP-Entgeltkatalogs. Für die Bewertungsrelation ist die Aufenthaltsdauer entscheidend, bei PA14B ergibt sich ab 12 Tagen die Bewertungsrelation von 0,9068 täglich. Beihilfefähig sind:

$$30 \text{ Tage} \times 0,9068 \times 308 \text{ €} = 8.378,83 \text{ €}.$$

Daneben werden in der Rechnung ausgewiesene Zusatzentgelte berücksichtigt, jedoch nur bis zur Höhe nach Anlage 3 des PEPP-Entgeltkatalogs (dies betrifft vor allem Medikamente).

In der Rechnung ausgewiesene ergänzende Tagesentgelte sind bis zur Höhe nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkatalogs beihilfefähig. Sie können für erhöhten Betreuungsaufwand, Intensivbetreuung und Ähnliches berechnet werden.

Auch wenn die Privatklinik für die psychosomatische oder psychiatrische Behandlung höhere Beträge berechnet, sind nur die nach § 7 Abs. 7 BVO ermittelten Beträge beihilfefähig. Daher können nicht gedeckte Restkosten verbleiben.

6. Kostendämpfungspauschale

Nach § 15 Abs. 1 BVO wird die Beihilfe um eine Kostendämpfungspauschale für jedes Kalenderjahr gekürzt, in dem beihilfefähige Aufwendungen in Rechnung gestellt sind. Der Betrag ist unabhängig von der Fortdauer der Beihilfeberechtigung. Die Höhe richtet sich bei Beamten und Versorgungsempfängern (VE) nach der Besoldungsgruppe, nach der die laufenden Bezüge bei Rechnungsstellung bemessen sind, bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst nach der Eingangsbesoldungsgruppe, bei

Merkblatt Beihilfe

Beihilferechtliche Änderungen ab 01.01.2023

Beschäftigten nach dem TVöD nach deren Entgeltgruppe (EG). Änderungen der Besoldung im Laufe eines Jahres führen nicht zu einer Änderung der Stufe.

Vom Abzug der Kostendämpfungspauschale ausgenommen sind Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind (Vollwaisen). Der Einbehalt unterbleibt auch bei der Geburtspauschale, Leistungen bei einem Organspender, beim Tagegeld für den Verzicht auf Wahlleistungen sowie bei Aufwendungen der Pflege nach den §§ 9a bis 9f Abs. 1 und 2, §§ 9g bis 9j BVO (von der Beihilfe zu den Unterkunftskosten im Pflegeheim wird jedoch die Kostendämpfungspauschale abgezogen).

Sind die laufenden Bezüge nicht nach einer nachstehend genannten Besoldungsgruppe bemessen, so hat die Zuordnung zu der Stufe der Besoldungsgruppe zu erfolgen, deren

Anfangsgrundgehalt den laufenden Bezügen am nächsten kommt.

Mit dem Gesetz über die Anpassung von Dienst- und Versorgungsbezügen in Baden-Württemberg 2022 werden die bisherigen zehn Stufen auf neun Stufen reduziert. Beihilfeberechtigten in Besoldungsgruppe A 7 wird künftig keine Kostendämpfungspauschale mehr abgezogen.

Einige Beamte werden durch das Gesetz ab 01.12.2022 eine höhere Besoldungsgruppe erreichen, z. B. durch eine Überleitung von A 9 nach A 10. Sofern Ihre Besoldungsgruppe sich ändert, geben Sie dies bitte unbedingt in Ihrem Beihilfeantrag an, verwenden Sie dafür einfach den [vierseitigen Antragsvordruck BF_1.1](#).

Stufe	Besoldungsgruppen	Bis 31.12.2022		Ab 01.01.2023	
		Aktive (Euro)	VE (Euro)	Aktive (Euro)	VE (Euro)
Bisher → neu					
1	A 7-Bisherige Zeile 1 wird gestrichen.	90	75	-	-
2 → 1	A 8 bis A 9	100	85	100	85
3 → 2	A 10 bis A 11	115	105	115	105
4 → 3	A 12, C 1, C 2, C 3	150	125	150	125
5 → 4	A 13 bis A 14, R 1, W 1, H 1 bis H 2	180	140	180	140
6 → 5	A 15 bis A 16, R 2, C 4, W 2, H 3	225	175	225	175
7 → 6	B 1 bis B 2, W 3, H 4	275	210	275	210
8 → 7	B 3 bis B 5, R 3 bis R 5, H 5	340	240	340	240
9 → 8	B 6 bis B 8, R 6 bis R 8	400	300	400	300
10 → 9	Höhere Besoldungsgruppen	480	330	480	330

7. Allgemeines

Diese Auskunft steht unter dem Vorbehalt des Gleichbleibens der ihr zugrundeliegenden Sach- und Rechtslage, insbesondere, dass die behandelte Person zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen entweder selbst beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten ist. Maßgebend sind die jeweiligen Verhältnisse zum Zeitpunkt der Behandlung.

Weitere Infos, z. B. Rechtsgrundlagen, Rundschreiben und Merkblätter, finden Sie auch unter www.kvbw.de. Um über Entwicklungen im Bereich der Beihilfe frühzeitig informiert zu werden, empfehlen wir, unseren kostenlosen elektronischen Newsletter zu abonnieren.