

# Merkblatt Beihilfe

## Allgemeine Information

11. November 2020



Für privat krankenversicherte Beamte und Versorgungsempfänger sowie sonstige Personen mit beamtenrechtlichen Beihilfeansprüchen.

	Seite
1. Rechtsgrundlagen	2
2. Beihilfeberechtigung	2
3. Beihilfefähige Aufwendungen	2
4. Umfang der Beihilfe	3
5. Antragstellung	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 - O\_16\_2 11/20

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](http://www.kvbw.de)  
[beihilfe@kvbw.de](mailto:beihilfe@kvbw.de)

Die Ausführungen können schon aus Platzgründen nicht alle Teilaspekte abdecken. Für Personen mit Beihilfeanspruch nach Beihilfetarifverträgen gelten teilweise abweichende bzw. ergänzende Regelungen; diese sind in gesonderten Merkblättern zusammengefasst. Zu einzelnen Aufwandsarten können wir auch gezielte Informationen zur Verfügung stellen. Alle Informationen sind auch auf der Homepage des KVBW zu finden. Rechtsansprüche können hieraus nicht abgeleitet werden. Maßgeblich für die Beurteilung entstehender Aufwendungen ist der jeweilige Entstehungszeitpunkt und die dann geltende Rechtslage.

## 1. Rechtsgrundlagen

Die Beihilfegewährung durch den KVBW erfolgt auf der Grundlage der Verordnung des Finanzministeriums Baden-Württemberg über die Gewährung von Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen. Ermächtigungsnorm für die Beihilfeverordnung (BVO) ist § 78 Landesbeamtengesetz.

## 2. Beihilfeberechtigung

Beamte/Versorgungsempfänger sind grundsätzlich beihilfeberechtigt, wenn und solange sie Bezüge o. Ä. erhalten und das Dienstverhältnis unbefristet oder mindestens auf ein Jahr befristet ist.

Beamte haben während der Elternzeit grundsätzlich Anspruch auf Krankenfürsorge in Form des prozentualen Krankheitskostensatzes entsprechend den Beihilfevorschriften.

Ein Urlaub unter Wegfall der Bezüge von längstens 31 Kalendertagen lässt den Anspruch auf Beihilfe unberührt. Der Beihilfeberechtigte erhält Beihilfeleistungen nicht nur für sich selbst, sondern auch für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner ist bis zum Ablauf des Kalendermonats berücksichtigungsfähig, in dem er im Familienzuschlag nicht mehr berücksichtigungsfähig ist. Für Aufwendungen in Krankheits- und Pflegefällen sowie zur Gesundheitsvorsorge des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners des Beihilfeberechtigten wird keine Beihilfe gewährt, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz -EStG) des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners in beiden Kalenderjahren vor der Stellung des Beihilfeantrages die maßgebliche Einkünftegrenze von 18.000 € (ab 01.01.2021: 20.000 €) jeweils überschritten hat. Welche Einkünftegrenze anzuwenden ist, hängt vom Entstehungsdatum der Aufwendungen ab.

Berücksichtigungsfähig i. S. der BVO sind auch die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder, Enkelkinder und Pflegekinder des Beihilfeberechtigten. Sie sind bis zum Ablauf des Kalenderjahres berücksichtigungsfähig, in dem die Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag endet. Bei Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag am 31.12. eines Jahres sind sie bis zum Ablauf des folgenden Kalenderjahres beihilferechtlich berücksichtigungsfähig.

Besteht für einen berücksichtigungsfähigen Angehörigen aus einem Beschäftigungsverhältnis als teilzeitbeschäftigter Arbeitnehmer ein eigener Beihilfeanspruch auf arbeitszeitanteilige Beihilfe, ist dieser im Verhältnis zur Berücksichtigungsfähigkeit vorrangig. Bei Vorlage der Beihilfeentscheidung aus dem Arbeitnehmerverhältnis kann danach eine Aufstockung als berücksichtigungsfähiger Angehöriger geltend gemacht werden.

Sofern für berücksichtigungsfähige Angehörige ein anderer Krankenversicherungsschutz besteht als für den Beihilfeberechtigten selbst, sind die Aufwendungen dementsprechend - ggf. abweichend - zu beurteilen.

Seit dem 01.01.2009 besteht für Personen mit Wohnsitz in Deutschland eine generelle Krankenversicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz.

## 3. Beihilfefähige Aufwendungen

Aufwendungen für die nachfolgend aufgezählten Leistungen sind dem Grunde nach beihilfefähig. Diese Leistungen müssen aus Anlass einer Krankheit entstanden, dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sein. Sie müssen auf einer wissenschaftlich allgemein anerkannten Untersuchungs- oder Behandlungsmethode beruhen. Bei einzelnen Aufwandsarten, z. B. Heilbehandlungen, gelten Höchstbeträge sowie in einigen Fällen, z. B. Psychotherapie, Höchstbehandlungszahlen. Außerdem ist die Beihilfefähigkeit bestimmter Aufwendungen von weiteren Voraussetzungen abhängig. Gerne stellen wir Ihnen bei Bedarf konkrete Informationen dafür zur Verfügung.

- Ärztliche und zahnärztliche Behandlung (auch Zahnersatz) sowie Behandlung durch Heilpraktiker,
- Hilfsmittel (z. B. Brillen), Heilbehandlungen (z. B. Massagen), Arzneimittel,
- allgemeine Krankenhausleistungen,
- Wahlleistungen im Krankenhaus nur, wenn hierfür nach fristgerechter Erklärung des Beihilfeberechtigten ein monatlicher Beitrag (von derzeit 22 €) geleistet wird. Beihilfefähig sind hierbei die Unterkunft im Zweibettzimmer bzw. Aufwendungen bis zur Höhe des Zweibettzimmerzuschlags sowie wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung, auch vom Chefarzt veranlasste stationäre Mitbehandlung oder außerhalb der Klinik durchgeführte Behandlungen). Wird trotz Beitragszahlung im Einzelfall auf tatsächlich erlangbare Wahlleistungen verzichtet, kann für jeden Tag, an dem die Leistung berechenbar gewesen wäre, ein Tagegeld beantragt werden,
- psychotherapeutische Behandlungen durch ärztliche Behandler und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten nach vorheriger Anerkennung,
- Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge z. B. Schutzimpfungen,

- häusliche Krankenpflege,
- ambulante und stationäre Palliativversorgung,
- Familien- und Haushaltshilfe,
- Fahrkosten,
- Säuglings- und Kleinkinderausstattung als pauschale Beihilfe,
- Behandlung und Rehabilitation in nicht als Krankenhaus zugelassenen Einrichtungen (z. B. Rehabilitations-einrichtungen), Müttergenesungskuren/Vätergenesungskuren und Mutter-Kind-Kuren/Vater-Kind-Kuren nach ärztlicher Empfehlung,
- ambulante Heilkuren für Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst nach ärztlicher Empfehlung und vorheriger Anerkennung,
- Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit,
- Todesfallaufwendungen, wenn nicht bereits Sterbegelder von mehr als 4.900 € zustehen. Diese sind nachzuweisen.

Bei einem privaten Aufenthalt im **Ausland** sind die Kosten grundsätzlich nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland am Sitz der Beihilfestelle oder deren nächster Umgebung entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Bei innerhalb der Europäischen Union, in den EWR-Staaten (Island, Lichtenstein, Norwegen) und in der Schweiz entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist ein Kostenvergleich i. d. R. nicht erforderlich. Auch wenn auf Grund einer Notfallversorgung die nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit im Ausland aufgesucht werden muss, werden die Aufwendungen ohne Beschränkung auf die Inlandskosten berücksichtigt, jedoch unter Beachtung der beihilferechtlichen Ausschlüsse und Höchstbeträge. Bei Behandlungen außerhalb der Europäischen Union, der EWR-Staaten und der Schweiz sind u. a. Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus (Zweibettzimmer, Chefarzt-behandlung) und Fahrkosten nicht beihilfefähig. Rehabehandlungen und Kuren sind hier ferner nur in Ausnahmefällen beihilfefähig. Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Reise sind generell nicht beihilfefähig.

## 4. Umfang der Beihilfe

Die Beihilfe wird prozentual aus den beihilfefähigen Aufwendungen errechnet (nach Anrechnung evtl. vorrangiger Leistungen). Bei erstmaliger Beihilfeberechtigung ab dem 01.01.2013 beträgt der Bemessungssatz für beihilfefähige Aufwendungen in Geburts-, Krankheits- und Todesfällen für den Beihilfeberechtigten selbst und für seinen berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner 50 %, auch im Ruhestand als beihilfeberechtigter Versorgungsempfänger.

Für **pflegebedingte** Aufwendungen gelten abweichende Bemessungssätze, diese betragen

- für den Beihilfeberechtigten selbst 50 %,
- bei zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern 70 %,
- für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartner 70 %,
- für den Versorgungsempfänger (Ruhestandsbeamter, Witwer) 70 %

der beihilfefähigen Aufwendungen.

Der auf 70 % erhöhte Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten selbst vermindert sich dauerhaft auch bei Wegfall von Kindern nicht, wenn drei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig waren.

Für die am 31.12.2012 bereits vorhandenen Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen finden die vorstehend genannten Bemessungssätze von 50 % bzw 70 % weiterhin Anwendung, sowohl für Geburts-, Krankheits- und Todesfälle als auch für pflegebedingte Aufwendungen.

Für berücksichtigungsfähige Kinder sowie selbst beihilfeberechtigte Vollwaisen beträgt der Bemessungssatz stets 80 % der beihilfefähigen Aufwendungen.

Bei Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten (Versicherte der sozialen Pflegekasse), beträgt der Bemessungssatz bezüglich der Aufwendungen für Pflege 50 %. Soweit die beihilfefähigen Aufwendungen die jeweiligen vollen Höchstbeträge nach dem SGB XI übersteigen, gilt für diese Aufwendungen der persönliche Beihilfebemessungssatz für Pflegeaufwendungen.

Die Beihilfe darf zusammen mit anderen Leistungen den Rechnungsbetrag nicht übersteigen. Soweit dies der Fall ist, wird die Beihilfe um den übersteigenden Betrag gekürzt.

Die Beihilfe wird für jedes Kalenderjahr um eine Kostendämpfungspauschale gekürzt. Maßgeblich ist das Rechnungsdatum bzw. das Kaufdatum (z. B. bei Arzneimitteln). Die Höhe der Kostendämpfungspauschale beträgt derzeit

für die Besoldungsgruppen	Aktive (Euro)	Versorgungsempfänger (Euro)
A 7	90	75
A 8 bis A 9	100	85
A 10 bis A 11	115	105
A 12, C 1, C 2, C 3	150	125
A 13 bis A 14, R 1, W 1, H 1 bis H 2	180	140
A 15 bis A 16, R 2, C 4, W 2, H 3	225	175
B 1 bis B 2, W 3, H 4	275	210
B 3 bis B 5, R 3 bis R 5, H 5	340	240
B 6 bis B 8, R 6 bis R 8	400	300
höhere Besoldungsgruppen	480	330

Für die Besoldungsgruppe A 6 entfällt die Kostendämpfungspauschale.

## 5. Antragstellung

Die Beihilfe ist ausschließlich mit dem aktuellen, vom KVBW herausgegebenen und vollständig ausgefüllten Antragsvordruck geltend zu machen. Er steht Ihnen auf unserer Homepage stets aktuell zur Verfügung.

Die geltend gemachten Aufwendungen sind grundsätzlich durch Duplikate (Durchschriften, Zweitausfertigungen) der Rechnung nachzuweisen, die vom Rechnungsaussteller gefertigt wurden. Bei Arzneimittelbelegen sollen von der Apotheke gefertigte Kopien, die mit dem Apothekenstempel versehen sind, vorgelegt werden. Originalbelege sind nur erforderlich, wenn Aufwendungen aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten geltend gemacht werden (Todesfallpauschale, Sarg, Urne, Grabnutzungsrecht) oder wenn mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendungen Beihilfe zusteht. Nur diese vom Beihilferecht vorgeschriebenen Originalbelege werden an die Antragsteller zurückgegeben. Alle anderen Belege werden von der Beihilfestelle einbehalten und vernichtet.

Nur wenn nachweislich Aufwendungen laufend zu leisten sind, können auf Antrag Abschlagszahlungen geleistet werden. Bei einmaligen Aufwendungen (z. B. Rehabilitationsbehandlungen) kommen Abschlagszahlungen nicht in Betracht.

Bei der Beantragung der Beihilfe ist eine Ausschlussfrist zu beachten. Danach wird Beihilfe nur gewährt, wenn die Beihilfeberechtigten sie vor Ablauf der beiden Kalenderjahre beantragt haben, die auf das Jahr der ersten Ausstellung der Rechnung oder, wenn es sich um Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit handelt, die auf das Jahr des Entstehens der

Aufwendungen folgen. **Bei Fristversäumnis erlischt der Anspruch.** Dies bedeutet, dass auch eine unverschuldete Fristversäumnis nicht „geheilt“ werden kann.

Eine direkte Abrechnung mit dem Leistungserbringer ist bei **stationären** Behandlungen möglich, die in Krankenhäusern (auch Privatkliniken), in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Sucht- oder Anschlussheilbehandlung durchgeführt wurden, ebenso bei dauerhafter Unterbringung in vollstationären Pflegeeinrichtungen und bei stationärer Behandlung in einer Hospizeinrichtung. Bitte verwenden Sie hierfür den jeweiligen Vordruck „Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung“. Wenn sich seit dem vorigen Beihilfeantrag grundlegende Sachverhalte geändert haben, kann jedoch keine Direktabrechnung erfolgen. Voraussetzungen und Ablauf sind im **Merkblatt zur Direktabrechnung** beschrieben.

Sofern Sie Zweifel über die Beihilfefähigkeit bestimmter Aufwendungen haben, empfehlen wir in Ihrem eigenen Interesse, vor Durchführung einer bestimmten Behandlung oder Beschaffung eines Arznei- oder Hilfsmittels beim KVBW anzufragen.

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