



# Direktabrechnung Krankenhaus - Bundesbeihilferecht



Absender (Krankenhaus)



**BF** Beihilfenummer

Beihilfeberechtigter  
Name

Vorname

Geburtsdatum

**Vertrauliche Beihilfeangelegenheit!**  
**Kommunaler Versorgungsverband**  
**Baden-Württemberg**  
- Beihilfeabteilung -  
Postfach 10 01 61

## Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung bei stationären Krankenhausbehandlungen mit einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V)

### Hinweis:

Dieser Antrag ermächtigt die Festsetzungsstelle, die Beihilfe unmittelbar an das Krankenhaus oder den/die Rechnungssteller/in zu zahlen. Er stellt keine Abtretung des Beihilfeanspruchs dar.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter [www.kvbw.de/Informationspflichten](http://www.kvbw.de/Informationspflichten).

### 1. Von der/dem Beihilfeberechtigten zu beachten und vollständig auszufüllen (sofern Sie erstmals eine Beihilfe beantragen oder eine der nachfolgenden Erklärungen mit „Ja“ beantworten, ist eine Direktabrechnung nicht möglich)

Hat sich seit dem letzten Beihilfeantrag **mindestens einer der folgenden Sachverhalte verändert?**

- Ausbildungs-, Dienst- und Beschäftigungsverhältnis, Versorgung, Beurlaubung,
- Familienstand, Anzahl der im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder,
- Krankenversicherungsschutz,
- anderweitige Beihilfeberechtigung (auch von berücksichtigungsfähigen Angehörigen, soweit hier relevant),
- Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern bei einem anderen Elternteil,
- Einkünfte der/des Ehegattin/Ehegatten oder der/des Lebenspartnerin/Lebenspartners (soweit hier relevant),
- Anschrift.

ja:

Es haben sich Änderungen bei mind. einem der angeführten Sachverhalte ergeben.

nein:

Es haben sich keine Änderungen bei den angeführten Sachverhalten ergeben.

### Weitere Erklärungen:

- Anderweitige Ansprüche (z. B. Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe nach Bundesversorgungs-, Opferentschädigungs- oder Entwicklungshelfergesetz) stehen zu?
- Arbeits-, Kindergarten-, Studiums-, Dienst- oder Schulunfall liegt vor?  
Bei allen anderen Unfällen ist eine Unfallschilderung beizulegen oder der Beihilfestelle nachzureichen.
- Bei Direktabrechnung beleg- oder wahlärztlicher Leistungen: Wird die Behandlung durch einen nahen Angehörigen durchgeführt?

ja    nein

ja    nein

ja    nein

Bitte wenden. Angaben der stationären Einrichtung auf der Rückseite notwendig →

BF - Bund 51a - BW037179 - 04/2019

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

**Servicezeiten**  
siehe Homepage

**Internet / E-Mail**  
[www.kvbw.de](http://www.kvbw.de)  
[beihilfe@kvbw.de](mailto:beihilfe@kvbw.de)



**2. Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass alle Angaben richtig und vollständig sind. Ich ermächtige das Krankenhaus, direkt mit der Festsetzungsstelle abzurechnen.** Ich bin damit einverstanden, dass die ausschließlich für die Beihilfeabrechnung erforderlichen Daten übermittelt werden und dass die Festsetzungsstelle Rückfragen zur Abrechnung direkt mit der stationären Einrichtung klärt. Ich entbinde die Festsetzungsstelle und die behandelnden Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht. Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bleibe ich selbst verantwortlich. Rechnungskorrekturen teile ich unverzüglich der Festsetzungsstelle mit.

Unterschrift der/des Beihilfeberechtigten oder einer zur Antragstellung bevollmächtigten Person

Ort, Datum

**3. Erklärung der behandelten volljährigen Person:**

Ich bin damit einverstanden, dass die ausschließlich für die Beihilfeabrechnung erforderlichen Daten übermittelt werden und dass die Festsetzungsstelle Rückfragen zur Abrechnung direkt mit der stationären Einrichtung klärt. Ich entbinde die Festsetzungsstelle und die behandelnden Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht. Für die Begleichung der nicht beihilfefähigen Aufwendungen bleibe ich selbst verantwortlich. Rechnungskorrekturen teile ich unverzüglich der Festsetzungsstelle mit.

Unterschrift der volljährigen behandelten Person

Ort, Datum

**4. Vom Krankenhaus zu beachten**

Das Verfahren richtet sich nach der zwischen der DKG und dem Bund abgeschlossenen Rahmenvereinbarung über eine Direktabrechnung von Krankenhausleistungen - Beihilfe - im schriftlichen Verfahren.

- Eine Direktabrechnung ist ausgeschlossen, wenn die/der Beihilfeberechtigte bzw. die/der Bevollmächtigte eine Erklärung auf Seite 1 mit „Ja“ beantwortet hat.
- Sollte keine Direktabrechnung erfolgen können, werden Sie zeitnah nach Rechnungseingang darüber informiert. Bitte wenden Sie sich in diesem Fall wegen der Begleichung der Rechnung direkt an die/den Patientin/en.
- Bitte senden Sie der/dem Patientin/en immer eine Rechnung zu.
- Bitte fordern Sie nicht erstattete Rechnungsanteile direkt bei der/dem Patientin/en an.
- Eine vorherige Kostenübernahmeerklärung ist nicht möglich.

Bitte senden Sie diesen Antrag zusammen mit der Rechnung nebst Aufnahmeanzeige, Entlassungsanzeige und ggf. der Wahlleistungsvereinbarung an die Festsetzungsstelle.

**5. Vom Krankenhaus auszufüllen**

Telefonnummer für Rückfragen:

Name, Vorname, Geburtsdatum Patient/in:

**6.**

Unterschrift/Stempel des Krankenhauses

Datum

**Bitte Rechnungskopie(n) beifügen!**

Ohne entsprechende Rechnung(en) kann der Antrag nicht bearbeitet werden.

Anlage(n)

Rechnungskopie(n)