Merkblatt Beihilfe
Allgemeine Information
13 April 2026

Für Versorgungsempfänger, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

Für pflichtversicherte berücksichtigungsfähige Ehegatten und Kinder von Beamten bzw. sonstigen Personen mit beamtenrechtlichen Beihilfeansprüchen.

		Seite
1.	**Rechtsgrundlagen**	**2**
2.	**Beihilfeberechtigung**	**2**
3.	**Beihilfefähige Aufwendungen**	**2**
4.	**Umfang der Beihilfe**	**3**
4.1	Bemessungssätze	3
4.2	Weitere Hinweise zur Bemessung 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 – 0_8_3_M_ 04/26

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
beihilfe@kvbw.de

Die folgende Information soll Ihnen einen allgemeinen Überblick über das Beihilferecht geben. 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 (z. B. Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung, Kaufdatum eines Arznei- oder Hilfsmittels) 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 und 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 beihilfegleiche Leistungen. 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 Personen. 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 20.000 € jeweils überschritten hat.

Berücksichtigungsfähig sind auch die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder der beihilfeberechtigten Person. Sie sind bis zum Ablauf des Kalenderjahres berücksichtigungsfähig, in dem die Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag endet. Bei einem Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit im Familienzuschlag am 31.12. eines Jahres sind sie bis zum Ablauf des folgenden Kalenderjahres beihilferechtlich berücksichtigungsfähig.

Wenn der Beihilfeberechtigte den kindbezogenen Familienzuschlag für ein Enkel- oder Pflegekind erhält, kann auch dieses Kind bei der Beihilfe berücksichtigungsfähig sein.

Besteht für eine berücksichtigungsfähige Person 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 eine Aufstockung über den anderen Anspruch geltend gemacht werden.

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

3. Beihilfefähige Aufwendungen

Die entstandenen Aufwendungen sind nur insoweit beihilfefähig, als keine vorrangigen Leistungsansprüche gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen. Die Höhe der zustehenden Kassenleistung ist in jedem Fall nachzuweisen; werden keine Leistungen gewährt, bedarf es der Begründung durch die Krankenkasse.
Aufwendungen für die private Behandlung bei einem bei der Krankenkasse zugelassenen Arzt oder bei sonstigen zugelassenen Behandlern (z. B. Krankengymnasten), für Zuzahlungen nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sowie Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass an Stelle von Sachleistungen eine Kostenerstattung nach §§ 13, 53, 64 SGB V oder entsprechenden Vorschriften gewährt wird, sind nicht beihilfefähig.

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. 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. Beihilfefähig sind beispielsweise folgende Aufwendungen:

- Zahnersatz (Brücken, Kronen, Prothesen, Implantate) sowie Edelmetall-, Keramik- und Kunststofffüllungen (Inlays)
- ärztliche und zahnärztliche Behandlung bei Privatärzten sowie Behandlung durch Heilpraktiker,
- Hilfsmittel, Heilbehandlungen (Krankengymnastik, Massage etc.) und Arzneimittel, die von nicht zur Abrechnung mit den Krankenkassen zugelassenen Behandlern (meist Privatärzte) verordnet werden,
- Hilfsmittel, die vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse ausgeschlossen sind (z. B. Brillen),
- Heilbehandlungen, wenn der Behandler nicht zur Abrechnung mit der Krankenkasse zugelassen ist,

BF - 0_8_3_M_ 04/26

- Arzneimittel, die von einem Kassenbehandler verordnet werden, aber nach § 34 SGB V von der Erstattung durch die gesetzliche Krankenkasse ausgeschlossen sind. Nicht beihilfefähig sind sog. „nicht wirtschaftliche Arzneimittel“ nach § 12 SGB V.
- allgemeine Krankenhausleistungen in (Privat-) Kliniken, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind),
- Wahlleistungen im Krankenhaus nur, wenn hierfür nach fristgerechter Erklärung des Beihilfeberechtigten ein monatlicher Beitrag von 22 € geleistet wird. Beihilfefähig sind hierbei die Wahlleistung Unterkunft 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 (private) ärztliche Behandler und nicht zur Abrechnung mit einer Krankenkasse zugelassene psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Abhängig von Art und Dauer der Therapie ist eine vorherige Anerkennung erforderlich.
- Schutzimpfungen, die auf Grund des Infektionsschutzgesetzes angeordnet oder von der obersten Gesundheitsbehörde des Landes öffentlich empfohlen sind, soweit sie nicht von der gesetzlichen Krankenkasse (ggf. auch als freiwillige Leistung) übernommen werden.
- häusliche Krankenpflege, soweit die Kosten nicht von der Kranken- oder Pflegekasse übernommen werden,
- ambulante und stationäre Palliativversorgung, wenn kein Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse besteht,
- Familien- und Haushaltshilfe, wenn kein Anspruch gegenüber der Krankenkasse besteht,
- Fahrtkosten, wenn und soweit kein Anspruch gegenüber der Krankenkasse besteht,
- Anschlussheilbehandlungen, stationäre Sucht- oder Rehabilitationsbehandlungen (ab einer Dauer von 30 Tagen ist eine vorherige Anerkennung erforderlich), Müttergenesungskuren/Vätergenesungskuren und Mutter-Kind-Kuren/Vater-Kind-Kuren nach ärztlicher Empfehlung.

  Bitte klären Sie hierbei zunächst Ihre Leistungsansprüche gegenüber der Krankenkasse oder sonstigen Kostenträgern (z. B. Rentenversicherung).
- Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit,
- Säuglings- und Kleinkinderausstattung als Geburtspauschale,
- Todesfallaufwendungen, wenn nicht bereits Sterbegelder von mehr als 4.900 € zustehen. Diese sind nachzuweisen.

Im **Ausland** entstandene Kosten sind grundsätzlich nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären.

Bei innerhalb der Europäischen Union, der EWR-Staaten (Island, Liechtenstein, Norwegen), im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland oder 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 geeignete Behandlungseinrichtung im Ausland aufgesucht wird, 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, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz sind u. a. Aufwendungen für Fahrtkosten und für künstliche Befruchtungen nicht beihilfefähig. Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren sind hier ferner nur in Ausnahmefällen beihilfefähig.

Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Reise sind generell nicht beihilfefähig. Durch eine private Auslandsreisekrankenversicherung kann das eventuell entstehende Kostenrisiko durch die o. g. Einschränkungen vermindert werden. Der Abschluss einer solchen Versicherung wird dringend empfohlen.

4. Umfang der Beihilfe

Die Beihilfe wird nach Anrechnung eventuell vorrangiger Leistungen prozentual (Bemessungssatz) aus den beihilfefähigen Aufwendungen errechnet.

4.1 Bemessungssätze

Die Bemessungssätze betragen für

- den Beihilfeberechtigten selbst 50 %, bei zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern erhöht sich der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten auf 70 %, dieser vermindert sich dauerhaft auch bei Wegfall von Kindern nicht, wenn drei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig waren,
- den berücksichtigungsfähigen Ehegatten/den eingetragenen Lebenspartner 70 %,
- den Versorgungsempfänger (Ruhestandsbeamter, Witwer) 70 %,
- berücksichtigungsfähige Kinder sowie für selbst beihilfeberechtigte Vollwaisen 80 %.

4.2 Weitere Hinweise zur Bemessung der Beihilfe

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

Stufe	Für die Besoldungsgruppen	Höhe der Kostendämpfungspauschale	
		Aktive (Euro)	VE (Euro)
1	A 8 bis A 9	100	85
2	A 10 bis A 11	115	105
3	A 12, C 1, C 2, C3	150	125
4	A 13 bis A 14, R 1, W 1, H 1 bis H 2	180	140
5	A 15 bis A 16, R 2, C 4, W 2, H 3	225	175
6	B 1 bis B 2, W 3, H 4	275	210
7	B 3 bis B 5, R 3 bis R 5, H5	340	240
8	B 6 bis B 8, R 6 bis R 8	400	300
9	Höhere Besoldungsgruppen	480	330

5. Antragstellung

Die Beihilfe ist ausschließlich mit dem aktuellen, vom KVBW herausgegebenen und vollständig ausgefüllten Antragsvordruck geltend zu machen. Auf unserer Homepage steht Ihnen ein vierseitiger Beihilfeantrag und ein einseitiger Beihilfeantrag als Kurzversion stets aktuell zur Verfügung. Da der Versorgungsverband selbst nicht personalführende Stelle ist, ist es ganz besonders wichtig, dass bei jedem Antrag alle erforderlichen Fragen vollständig und zutreffend beantwortet werden. Bei erstmaliger Antragstellung ist stets der vierseitige Beihilfeantrag zu verwenden. Für Folgeanträge kann der einseitige Beihilfeantrag genutzt werden, wenn sich bei bestimmten Sachverhalten keine Änderungen zum Vorantrag ergeben haben. Bitte beachten Sie dazu die Hinweise auf dem Antragsvordruck. Die Beihilfeanträge können grundsätzlich beim KVBW direkt eingereicht werden.

Die Beihilfe kann auch mit der Beihilfe-App, per Smartphone oder Tablet beantragt werden. Die Beihilfe-App kann im Google Play Store und im Apple App Store kostenlos heruntergeladen werden. Nach der Installation muss der KVBW als zuständige Beihilfekasse ausgewählt werden. Zur Registrierung werden danach die Beihilfenummer, der Vor- und Nachname sowie das Geburtsdatum benötigt. Per Post erhalten die Nutzer eine Registrierungs-TAN, mit der sie ihr Profil freischalten können. Mit der Anmeldung und Registrierung in der Beihilfe-App akzeptieren Sie die Nutzungsbedingungen und die Datenschutzerklärung. In den Nutzungsbedingungen der Beihilfe-App ist genau festgelegt, unter welchen Voraussetzungen die App verwendet werden darf und welche Belege eingereicht werden dürfen. Erstanträge können nicht per App eingereicht werden. Weitergehende Informationen zur Nutzung der Beihilfe-App sind auf unserer Homepage www.kvbw.de erläutert.

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. Hilfreich ist in vielen Fällen auch ein ggf. für die Krankenkasse erstellter Heil- und Kostenplan.

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.

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.

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. Um über Entwicklungen im Bereich der Beihilfe frühzeitig informiert zu werden, empfehlen wir, unseren elektronischen Newsletter zu abonnieren.

BF – 0_8_3_M_ 04/26