Merkblatt Beihilfe
Allgemeine Information

1. September 2023

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
4.1	Bemessungssätze ab 01.01.2023	3
4.2	Bemessungssätze bei erstmaliger Beihilfeberechtigung zwischen 01.01.2013 und 31.12.2022	3
4.3	Bemessungssätze bei Beihilfeberechtigung am 31.12.2012	3
4.4	Weitere Hinweise zur Bemessung der Beihilfe	3
5.	Antragstellung	4
6.	Pauschale Beihilfe	5

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_16_2 09/23

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

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 Krankheitskostenersatzes 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, digitale Gesundheitsanwendungen
- 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,
- außerklinische Intensivpflege,
- 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, Liechtenstein, 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, Chefarztbehandlung) 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 nach Anrechnung eventuell vorrangiger Leistungen prozentual (Bemessungssatz) aus den beihilfefähigen Aufwendungen errechnet.

4.1 Bemessungssätze ab 01.01.2023

Die Bemessungssätze betragen seit dem 01.01.2023 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 Bemessungssätze bei erstmaliger Beihilfeberechtigung zwischen 01.01.2013 und 31.12.2022

Für die Beihilfeberechtigten, die zwischen dem 01.01.2013 und dem 31.12.2022 erstmalig beihilfeberechtigt waren gelten abweichende Bemessungssätze. Die Bemessungssätze betragen für beihilfefähige Aufwendungen in Geburts-, Krankheits- und Todesfällen für

- den Beihilfeberechtigten selbst, auch im Ruhestand als beihilfeberechtigter Versorgungsempfänger 50%,
- seinen berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner 50%,
- berücksichtigungsfähige Kinder sowie für selbst beihilfeberechtigte Vollwaisen 80 %.

Davon **abweichend** bemisst sich die Beihilfe zu **Pflege-aufwendungen** (§§ 9 ff BVO) nach den unter Nr. 4.1 genannten Bemessungssätzen.

Die vorstehenden Bemessungssätze gelten nur für Aufwendungen, die bis zum 31.12.2022 entstanden sind. Entscheidend ist jeweils das Behandlungsdatum. Für alle Aufwendungen die ab dem 01.01.2023 entstanden sind gelten die unter Nr. 4.1 genannten Bemessungssätze.

4.3 Bemessungssätze bei Beihilfeberechtigung am 31.12.2012

Für die am 31.12.2012 vorhandenen Beihilfeberechtigten und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten die Bemessungssätze entsprechend der bis zu diesem Tag gültigen Fassung der BVO. Die Bemessungssätze dieser Fassung entsprechen denen die unter Nr. 4.1 genannt sind.

4.4 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 Kosten-dämpfungspauschale gekürzt. Maßgeblich ist das Rechnungs-datum bzw. das Kaufdatum (z. B. bei Arzneimitteln). Die Höhe der Kostendämpfungspauschale beträgt derzeit

Stufe	Für die Besoldungsgruppen	Bis 31.12.2022		Ab 01.01.2023	
Bisher → neu		Aktive (Euro)	VE (Euro)	Aktive (Euro)	VE (Euro)
~~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, C3	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, H5	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

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 Nutzerinnen und 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. 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.

6. Pauschale Beihilfe

Seit 01.01.2023 besteht die Möglichkeit, freiwillig, eine pauschale Beihilfe in Anspruch zu nehmen. Der Anspruch besteht nur für Beihilfeberechtigte, die freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder in einer privaten Krankheitskostenvollversicherung versichert sind. Mit der pauschalen Beihilfe hat man Anspruch auf einen monatlichen Zuschuss zu den Beiträgen seiner Krankheitskosten-vollversicherung. Mit Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe verzichtet man jedoch weitgehend auf die in diesem Merkblatt beschriebene aufwendungsbezogene Beihilfe, ausgenommen sind nur Aufwendungen im Pflege- oder Todesfall. Für die Beantragung der pauschalen Beihilfe ist die Ausschlussfrist zu beachten. Die Ausschlussfrist beträgt fünf Monate und beginnt mit Entstehung des Beihilfeanspruchs. Die Entscheidung über die Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe ist **unwiderruflich.** Weitere Informationen finden Sie in unserem Merkblatt „PB_0_1_Informationen zur Pauschalen Beihilfe“.

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_16_2 09/23