

Merkblatt Beihilfe

Allgemeine Information

1. September 2018



Für Beschäftigte/Arbeitnehmer mit tarifvertraglichem Beihilfeanspruch, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichert sind und einen Beitragszuschuss nach § 257 SGB V erhalten, wenn deren Arbeitgeber der Empfehlung des Kommunalen Arbeitgeberverbands Baden-Württemberg vom 28.10.1997 nicht folgt.

Beschäftigte/Arbeitnehmer, deren Arbeitsverhältnis nach dem 31.12.1997 neu begründet wurde, sind grundsätzlich nicht beihilfeberechtigt. Bei Inkrafttreten des TVöD (01.10.2005) beihilfeberechtigte Beschäftigte bleiben i. d. R. beihilfeberechtigt.

	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_4 09/18

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 dem Landesbeamtengesetz gelten teilweise abweichende bzw. ergänzende Regelungen; diese sind in gesonderten Merkblättern zusammengefasst. Zu einzelnen Aufwandsarten können wir auch gezielte Informationen zur Verfügung stellen. Rechtsansprüche können hieraus nicht abgeleitet werden. Maßgeblich für die Beurteilung entstehender Aufwendungen ist der jeweilige Entstehungszeitpunkt und die dann geltende Rechtslage.

1. Rechtsgrundlagen

Tarifrechtliche Vorschriften zum Beihilferecht, Tarifverträge vom 01.11.1964 zwischen den kommunalen arbeitsrechtlichen Vereinigungen und den Gewerkschaften.

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

Beschäftigte/Arbeitnehmer sind beihilfeberechtigt, wenn und solange sie Entgelt, Lohn, Vergütung o. Ä. erhalten und das Arbeitsverhältnis unbefristet oder mindestens auf ein Jahr befristet ist.

Während der Elternzeit besteht kein Beihilfeanspruch. Ein Urlaub unter Wegfall der Bezüge von längstens 31 Kalendertagen lässt den Anspruch auf Beihilfe unberührt.

Bei Teilzeitbeschäftigten wird die Beihilfe entsprechend dem Beschäftigungsgrad anteilig gewährt. Ist ein Teilzeitbeschäftigter zugleich Empfänger von Versorgungsbezügen oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines anderen Beihilfeberechtigten (auch bei Beamten in Elternzeit), ist der Anspruch auf die gekürzte Beihilfe aus dem Arbeitsverhältnis vorrangig zu verwirklichen. Unter Vorlage der dann ergangenen Beihilfeentscheidung kann eine Aufstockung über den anderen Anspruch geltend gemacht werden.

Altersteilzeitarbeitnehmer erhalten für den gesamten Zeitraum der Altersteilzeit – unabhängig von deren konkreten Ausgestaltung – die Hälfte der Beihilfeleistungen, die ihnen vor Inanspruchnahme der Altersteilzeit betragsmäßig zustanden.

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. Die Aufwendungen des Ehegatten sind jedoch nicht beihilfefähig, wenn dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) in den beiden Kalenderjahren vor der Stellung des Beihilfeantrages jeweils

den Betrag von 10.000 € übersteigt (Ausnahmen: Geburts- und Todesfälle).

Ausnahmsweise gilt als Einkommensgrenze ein Betrag von 18.000 € für am 31.12.2012 berücksichtigungsfähige Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner, die nicht gesetzlich krankenversichert sind. Maßgeblich ist hier der jeweilige Krankenversicherungsschutz zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

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. Werden aus tarifrechtlichen Gründen keine familienbezogenen Entgeltbestandteile gezahlt, ist für die beihilferechtliche Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern hilfsweise die Berücksichtigungsfähigkeit beim Kindergeld maßgebend.

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

3. Beihilfefähige Aufwendungen

Aufwendungen aus Anlass einer dauernden Pflegebedürftigkeit i. S. d. § 9 BVO sind von den tarifvertraglichen Beihilfeansprüchen vollständig ausgenommen.

Grundsätzlich sind die entstandenen Aufwendungen nur insoweit beihilfefähig, als keine vorrangigen Leistungsansprüche gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Gewährt eine gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen, weil der Arbeitnehmer nicht die kassenüblichen Leistungen in Anspruch genommen hat (z. B. Behandlung durch einen nicht bei der Kasse zugelassenen Arzt oder einen Heilpraktiker), sind auf die beihilfefähigen Aufwendungen diejenigen Kassenleistungen anzurechnen, die der Krankenkasse im Falle einer kassenärztlichen Behandlung nach den jeweils geltenden Bestimmungen entstanden wären. Kann kein Nachweis darüber erbracht werden, sind die beihilfefähigen Aufwendungen um 50 % zu kürzen.

Aufwendungen für die private Behandlung bei einem bei der Krankenkasse zugelassenen Arzt oder bei sonstigen zugelassenen Behandlern (z. B. Krankengymnasten) sowie die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen bzw. Kostenanteile nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) sind nicht beihilfefähig. Ebenfalls keine Beihilfe steht für Aufwendungen zu, die dadurch entstehen, dass an Stelle von Sachleistungen eine Kostenersatzung gewährt wird.

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.

Außerdem ist die Beihilfefähigkeit bestimmter Aufwendungen von weiteren Voraussetzungen abhängig. Gerne stellen wir Ihnen bei Bedarf konkrete Informationen dafür zur Verfügung.

- Zahnersatz (Brücken, Kronen, Prothesen, Implantate), sowie Edelmetall, Keramik- und Kunststofffüllungen (Inlays),
- ärztliche und zahnärztliche Behandlung bei Privatärzten sowie Behandlung durch Heilpraktiker,
- Hilfsmittel (z. B. Brillen), Heilbehandlungen (z. B. Massagen) und Arzneimittel, die von nicht zur Abrechnung mit den Krankenkassen zugelassenen Behandlern verordnet werden. Außerdem von Kassenbehandlern verordnete Arzneimittel, die nach § 34 SGB V nicht zu Lasten der Kasse verordnet werden können (sog. "Bagatellarzneimittel"), nicht aber nicht wirtschaftliche Arzneimittel nach § 12 SGB V. Hilfsmittel, die nicht zu Lasten der Kasse verordnet werden können, z. B. die meisten Sehhilfen, sowie Heilbehandlungen, wenn sie von nicht zur Abrechnung mit der Krankenkasse berechtigten Behandlern durchgeführt werden,
- allgemeine Krankenhausleistungen,
- Wahlleistungen im Krankenhaus (Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung) nur, wenn hierfür nach fristgerechter Erklärung des Beihilfberechtigten ein monatlicher Beitrag (derzeit 22 €) geleistet wird. 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 nach vorheriger Anerkennung.

Folgende Leistungen, wenn nachweislich kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht:

- Schutzimpfungen, die auf Grund des Infektionsschutzgesetzes angeordnet oder von der obersten Gesundheitsbehörde des Landes öffentlich empfohlen sind,
- häusliche Krankenpflege,
- ambulante und stationäre Palliativversorgung,
- Familien- und Haushaltshilfe,
- Fahrkosten,
- stationäre Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren nach §§ 7 und 8 BVO immer nur nach vorheriger Anerkennung durch den KVBW, wenn zuerst der Rentenversicherungsträger und dann die gesetzliche Krankenkasse aus Gründen, die der Beihilferechtigte nicht zu vertreten hat, eine Übernahme ablehnen oder nur einen Zuschuss gewähren und die Maßnahme nach amtsärztlichem Gutachten unaufschiebbar ist,
- Säuglings- und Kleinkinderausstattung als pauschale Beihilfe,

- 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 im Inland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Bei innerhalb der Europäischen Union 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 (Island, Liechtenstein, Norwegen) und der Schweiz sind u. a. Aufwendungen für Wahlleistungen (Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung), Rehabilitierungen, Kuren und Fahrkosten nicht 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 beihilfefähigen Aufwendungen werden stets – ggf. nach Abzug einer anzurechnenden Kassenleistung – mit dem sog. Bemessungssatz bewertet. Bei erstmaliger Beihilferechtigung ab dem 01.01.2013 beträgt der Bemessungssatz für den Beihilfberechtigten selbst und für seinen berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner stets 50 % der beihilfefähigen Aufwendungen.

Für die am 31.12.2012 bereits vorhandenen Beihilfberechtigten gilt auch ein Bemessungssatz von 50 %, dieser erhöht sich aber bei zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern auf 70 %. Der auf 70 % erhöhte Bemessungssatz vermindert sich dauerhaft auch bei Wegfall von Kindern nicht, wenn drei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig waren. Für die Aufwendungen ihrer Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner erhalten am 31.12.2012 vorhandene Beihilferechtigte Beihilfe zum Bemessungssatz von 70 %.

Für berücksichtigungsfähige Kinder beträgt der Bemessungssatz in allen Fällen 80 % der beihilfefähigen Aufwendungen.

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 Entgeltgruppen TVöD	Aktive (Euro)	Versorgungsempfänger (Euro)
5 bis 7	90	75
8 bis 9	100	85
10	115	105
11 bis 12	150	125
13 bis 14	180	140
15 bis 15ü	225	175

Bis Entgeltgruppe 4 entfällt die Kostendämpfungspauschale.

Sind die laufenden Bezüge nicht nach TVöD bemessen, wird die Zuordnung zu der Stufe der beamtenrechtlichen Besoldungsgruppe vorgenommen, deren Anfangsgrundgehalt den laufenden Bezügen am nächsten kommt.

Die Beihilfe darf zusammen mit anderen Leistungen (z. B. von einer privaten Zusatzversicherung für Zahnersatz) den Rechnungsbetrag nicht übersteigen. Soweit dies der Fall ist, wird die Beihilfe um den übersteigenden Betrag gekürzt.

5. Antragstellung

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. 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 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.