

Merkblatt Beihilfe

Allgemeine Information

1. September 2018



Für Versorgungsempfänger, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind sowie pflichtversicherte berücksichtigungsfähige Angehörige von Beamten und sonstigen 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_6 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 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 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 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,
- ➔ Aufwendungen, die bis spätestens 21.03.2013 entstanden sind,
- ➔ am 31.12.2012 vorhandene Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner in besonderen Härtefällen.

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 arbeitszeit-anteilige 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 Angehörige 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 Sozialgesetz-buch 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 für diese auf Anfrage weitere Informationen zur Verfügung.

- Zahnersatz (Brücken, Kronen, Prothesen, Implantate) sowie Edelmetall-, Keramik- und Kunststofffüllungen (Inlays) nach § 6 Abs. 1 BVO i. V. mit der Anlage zur BVO,
- ärztliche und zahnärztliche Behandlung bei Privatärzten sowie Behandlung durch Heilpraktiker,
- Hilfsmittel, Heilbehandlungen 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 (nicht aber nicht wirtschaftliche Arzneimittel nach § 12 SGB V), Hilfsmittel, die nicht zu Lasten der Kasse verordnet werden können, z. B. i. d. R. Brillen sowie Heilbehandlungen, wenn sie von nicht zur Abrechnung mit der Krankenkasse berechtigten Behandlern durchgeführt werden,

- (allgemeine) Krankenhausleistungen im nicht zugelassenen Krankenhaus,
- 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,
- 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,
- Fahrkosten, wenn und soweit kein Anspruch gegenüber der Krankenkasse besteht,
- Behandlung und Rehabilitation in nicht als Krankenhaus zugelassenen Einrichtungen (z. B. Rehabilitations-einrichtungen), Mütter-/Vätergenesungskuren und Mutter-/Vater-Kind-Kuren nach ärztlicher Empfehlung,
- Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit,
- 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 in der Bundesrepublik Deutschland am Sitz der Beihilfestelle oder deren nächster Umgebung entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Bei innerhalb der Europäischen Union, der EWR-Staaten (Island, Liechtenstein, Norwegen) und 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 (Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung), Rehabehandlungen, 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 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 Beihilfberechtigten selbst und für seinen berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner 50 %, auch im Ruhestand als beihilferechtiger Versorgungsempfänger.

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

- für den Beihilfberechtigten 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 Beihilfberechtigten 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 Beihilfberechtigten 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 beihilferechtigte Vollwaisen beträgt der Bemessungssatz stets 80 % der beihilfefähigen Aufwendungen.

Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser beihilfefähigen Aufwendungen 50 %. Maßgeblich sind die jeweiligen Verhältnisse zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

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 6 bis 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 Bezügegruppen bis A 5 entfällt die Kostendämpfungspauschale.

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 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.