

Für Versorgungsempfänger, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, sowie pflichtversicherte berücksichtigungsfähige Angehörige von Beamten und sonstigen Personen mit beamtenrechtlichen Beihilfeansprüchen

|                                | Seite |
|--------------------------------|-------|
| 1. Rechtsgrundlage             | 2     |
| 2. Beihilfeberechtigung        | 2     |
| 3. Beihilfefähige Aufwendungen | 2     |
| 4. Umfang der Beihilfe         | 3     |
| 5. Antragstellung              | 3     |

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.

### 1. Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage ist die Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Bundesbeihilfeverordnung – BBhV) in der jeweils gültigen Fassung. Ob Beihilfe nach Bundesrecht oder nach anderen Regelungen (z. B. landesrechtlichen Beihilfavorschriften) zusteht, hängt vom jeweiligen Dienstherren und von der Art des Dienstverhältnisses ab.

### 2. Beihilfeberechtigung

Beamte, DO-Angestellte und Versorgungsempfänger sind beihilfeberechtigt, wenn und solange sie Bezüge erhalten. Die Beihilfeberechtigung besteht auch, wenn Bezüge wegen Elternzeit oder der Anwendung von Ruhens-, Anrechnungs- oder Kürzungsvorschriften nicht gezahlt werden. Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach der Sonderurlaubsverordnung unberührt, wenn dieser nicht länger als einen Monat dauert.

Aufwendungen für den Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartner des Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig, wenn dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 5a Einkommensteuergesetz – EStG) im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 20.878 € nicht übersteigt. Wird dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, ist der Ehegatte unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Welche Einkünftegrenze anzuwenden ist, hängt vom Zeitpunkt des Antragseingangs bei der Beihilfestelle ab.

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 eine Aufstockung über den anderen Anspruch geltend gemacht werden.

Beihilfe wird auch für Kinder des Beihilfeberechtigten gewährt, die im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind. Der Anspruch auf Beihilfe besteht grundsätzlich so lange, wie der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag gezahlt wird. Die nachstehenden Ausführungen gelten nur für berücksichtigungsfähige Kinder, die aus eigenem Recht in der gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert sind (z. B. aufgrund eines Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnisses). Abweichende Bestimmungen gelten für Kinder des Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung einer anderen Person erfasst werden (meist im Rahmen der Familienversicherung).

### 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.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die private Behandlung bei einem bei der Krankenkasse zugelassenen Arzt und die von ihm verordneten Arzneimittel oder bei sonstigen zugelassenen Behandlern (z. B. Krankengymnasten) sowie Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass an Stelle von Sachleistungen eine Kostenerstattung nach § 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) oder entsprechenden Vorschriften gewährt wird.

Falls eine erbrachte Leistung nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten ist oder eine dort vorgeschriebene Indikation nicht vorliegt, kann Beihilfe zu den entstandenen Aufwendungen gewährt werden, wenn die erforderlichen Voraussetzungen nach der BBhV erfüllt sind.

Sind zustehende Erstattungs- oder Sachleistungsansprüche gegenüber Dritten nicht geltend gemacht worden, sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Bei der Fiktivanrechnung ist der Betrag anzusetzen, der bei Inanspruchnahme der Leistung von der gesetzlichen Krankenkasse gezahlt worden wäre. Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe anzusetzen. Das bedeutet, dass zu Arznei- und Verbandmitteln keine Beihilfe gewährt werden kann.

Kann bei anderen Aufwendungen der fiktive Leistungsanteil nicht nachgewiesen oder ermittelt werden, so werden 50 % der entstandenen Aufwendungen als fiktiver Erstattungsbetrag angesetzt und von den beihilfefähigen Aufwendungen abgezogen.

Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Daher ist die Beihilfefähigkeit einiger Aufwendungen auf Höchstbeträge (z. B. bei Heil- und Hilfsmitteln) oder auf Höchstbehandlungszahlen (z. B. bei ambulanter Psychotherapie) begrenzt. Außerdem müssen die jeweiligen beihilferechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein. Aufwendungen für die nachfolgend aufgezählten Leistungen sind dem Grunde nach beihilfefähig:

- Ärztliche und zahnärztliche Behandlung bei Privatbehandlern.

Zahnersatz (Brücke, Krone, Prothese) unter Anrechnung der höchstmöglichen Kassenleistung (Festzuschuss 75 % der Regelversorgung. Aufwendungen für Auslagen, Material- und Laborkosten, die im Zusammenhang mit dem Zahnersatz stehen, sind zu 60 % beihilfefähig.

- Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Nrn. 8000 ff. der Gebührenordnung für Zahnärzte – GOZ) sowie implantologische Leistungen (Nrn. 9000 ff. GOZ), sofern die jeweiligen medizinischen Indikationen nach § 15 BBhV vorliegen. Eine Fiktivanrechnung erfolgt hier nicht, da kein Sachleistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.
- Heilpraktikerbehandlungen, ebenfalls ohne eine Fiktivanrechnung in Höhe von 50 %. Berücksichtigt werden auch Arzneimittel, die der Heilpraktiker während der Behandlung verbraucht, nicht jedoch Arzneimittel, die er zum weiteren Gebrauch schriftlich verordnet. Verwendet der Heilpraktiker nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, so können die dafür berechneten Aufwendungen ebenfalls nicht berücksichtigt werden, weil diese generell ausgeschlossen sind (§ 22 Abs. 2 Nr. 3 BBhV).
- Hilfsmittel und Heilmittel (z. B. Krankengymnastik), die im Verzeichnis der Heilmittel bzw. Hilfsmittel als beihilfefähig aufgeführt sind und die von einem Arzt ohne Kassenzulassung verordnet wurden. Zu Hilfs- und Heilmitteln, die von der Krankenversorgung nach dem SGB V ausgeschlossen sind, wird jedoch keine Beihilfe gewährt.
- Wahlleistungen im Krankenhaus (Chefarztbehandlung und gesondert berechnete Unterkunft bis zur Höhe von 1,2 % der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist).  
  
Bis 31.03.2024 gesondert berechnete Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweitbettzimmers in der jeweiligen Fachabteilung, abzüglich eines Betrages von 14,50 € täglich.
- Psychotherapeutische Leistungen durch privatärztliche Behandler oder nicht zur Abrechnung mit einer Krankenkasse zugelassene Psychotherapeuten. Wegen der weiteren Voraussetzungen (u. a. Voranerkennungspflicht) und des Verfahrensablaufs nehmen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Behandlung mit uns Kontakt auf.
- Häusliche Krankenpflege, wenn die Verordnung durch privatärztlichen Behandler erfolgt.
- Familien- und Haushaltshilfe, wenn die Leistungsgewährung seitens der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Rentenversicherung endet und soweit die Voraussetzungen nach § 28 BBhV erfüllt sind.
- Fahrtkosten unter den Voraussetzungen des § 31 BBhV, wenn und soweit kein Anspruch gegenüber der Krankenkasse besteht.
- Anschlussheilbehandlungen und Suchtbehandlungen (§ 34 BBhV) sowie Rehabilitationsmaßnahmen (§ 35 BBhV), wenn kein Anspruch gegenüber der Krankenkasse bzw. Rentenversicherung besteht.
- Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit nach §§ 37 bis 39 BBhV.  
Berücksichtigungsfähige Angehörige, die selbst in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert sind, erhalten die Pflegeleistungen in voller Höhe von ihrer Pflegekasse; daher

kann zu diesen Aufwendungen grundsätzlich keine Beihilfe gewährt werden.

Folgende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig:

- Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen (z. B. für einen Krankenhausaufenthalt, für Arzneimittel),
- konservierende Zahnbehandlung (Einlagefüllungen/Inlays und plastische Füllungen).

## 4. Umfang der Beihilfe

Die beihilfefähigen Aufwendungen werden stets – ggf. nach Abzug einer anzurechnenden Kassenleistung bzw. dem fiktiven Abzug in Höhe von 50 % – mit dem Bemessungssatz bewertet. Dieser beträgt für den Beihilfeberechtigten selbst 50 %, für Versorgungsempfänger 70 % der beihilfefähigen Aufwendungen. Der Bemessungssatz für beihilfeberechtigte Personen, die Elternzeit in Anspruch nehmen, beträgt 70 %. Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, so erhöht sich der Bemessungssatz des Beihilfeberechtigten auf 70 %. Dies gilt bei mehreren Beihilfeberechtigten nur für denjenigen, der den Familienzuschlag bezieht.

Für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten beträgt der Bemessungssatz 70 %, für das berücksichtigungsfähige Kind 80 % der beihilfefähigen Aufwendungen.

Soweit die Summe aus Beihilfe und Leistungen anderer Kostenträger den Rechnungsbetrag übersteigt, wird die Beihilfe um den übersteigenden Betrag gekürzt.

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um die Eigenbehalte nach § 49 BBhV, beispielsweise bei Arznei- und Verbandmitteln oder Hilfsmitteln um 10 % der Kosten, mindestens um fünf und höchstens um 10 €, jedoch nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten.

## 5. Antragstellung

Beihilfe ist ausschließlich mit dem aktuellen, vom KVBW herausgegebenen und vollständig ausgefüllten Antragsvordruck geltend zu machen. Die geltend gemachten Aufwendungen sind durch Rechnungen oder sonstige Belege nachzuweisen. Zweitschriften der Belege sind grundsätzlich ausreichend. Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von drei Jahren Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird.

Sofern Sie Zweifel über die Beihilfefähigkeit bestimmter Aufwendungen haben, empfehlen wir in Ihrem eigenen Interesse, vor Durchführung einer bestimmten Behandlung beim KVBW anzufragen.

Vorstehende Information steht unter dem Vorbehalt des Gleichbleibens der ihr zugrundeliegenden Rechtslage; Rechtsansprüche können daraus nicht abgeleitet werden.

Weitere Infos, z. B. die Bundesbeihilfeverordnung und Merkblätter des KVBW, finden Sie auch unter [www.kvbw.de](http://www.kvbw.de).