

	Seite
1. Rechtsgrundlage	2
2. Was ist Beihilfe?	2
3. Wer ist beihilfeberechtigt?	2
4. Für welche Personen erhält der Beihilfeberechtigte Beihilfe?	2
5. Inwieweit sind Aufwendungen beihilfefähig?	2
6. Welche Aufwendungen sind im Einzelnen beihilfefähig?	3
6.1 Ambulante Leistungen	3
6.2 Arznei- und Verbandmittel	3
6.3 Krankenhausbehandlung	3
6.4 Heilmittel und Hilfsmittel	4
6.5 Fahrtkosten	4
6.6 Familien- und Haushaltshilfe	4
6.7 Anschlussheilbehandlung, Suchtbehandlung, Rehabilitationsmaßnahmen	4
6.8 Pflege	4
6.9 Aufwendungen in anderen Fällen	4
7. Welche Aufwendungen sind nicht beihilfefähig?	5
8. Eigenbehalte und Belastungsgrenze	5
9. Wie hoch ist die Beihilfe?	6
10. Wie beantragt man Beihilfe?	6

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.

Die folgenden Informationen sollen Ihnen einen allgemeinen Überblick über das Beihilferecht des Bundes geben. Sie gelten ausschließlich für Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt sind. Die Ausführungen können schon aus Platzgründen nicht alle Teilaspekte abdecken.

### 1. Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage für die Beihilfegewährung nach Bundesrecht 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 Beihilfevorschriften) zusteht, hängt von den jeweiligen Diensttherren und von der Art des Dienstverhältnisses ab.

### 2. Was ist Beihilfe?

Die Beihilfe ergibt sich aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn für das Wohl des Beamten und seiner Familie. Der Dienstherr übernimmt anstelle eines anteiligen Krankenversicherungsbeitrags mit der Beihilfe einen Teil der im Einzelfall entstehenden Krankheitskosten. Der Beamte trifft (i. d. R. durch Abschluss einer privaten Krankenversicherung) aus seinen Dienstbezügen eine zumutbare Eigenvorsorge für den Krankheitsfall. Beamte, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, erhalten ebenfalls Beihilfe.

Beihilfe wird gewährt zu Aufwendungen in Krankheits- und Pflegefällen, aber auch anlässlich der Früherkennung und Vorsorge oder aufgrund einer Schwangerschaft und Geburt.

### 3. Wer ist beihilfeberechtigt?

Beihilfeberechtigt sind

- aktive und frühere Beamte,
- DO-Angestellte und diesen beihilferechtlich gleichgestellte Personen, z. B. AT-Angestellte (insbesondere bei Krankenkassen),
- Versorgungsempfänger,

wenn und solange sie Dienst-, Amts- oder Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwen-, Witwer-, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten. Gleiches gilt für Beamte, die sich in Elternzeit nach der Elternzeitverordnung befinden. Der Anspruch auf Beihilfe bleibt bei Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach der Sonderurlaubsverordnung bestehen, wenn dieser nicht länger als einen Monat dauert.

### 4. Für welche Personen erhält der Beihilfeberechtigte Beihilfe?

Der Beihilfeberechtigte erhält Beihilfe zu Aufwendungen für

- sich selbst,
- seinen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner, wenn dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (i. S. d. § 2 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 5a des Einkommensteuergesetzes) einschließlich vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 20.878 € nicht übersteigt. Welche Einkünftegrenze anzuwenden ist, hängt vom Zeitpunkt des Antragszeitpunkts bei der Beihilfestelle ab,
- seine Kinder, solange sie im Familienzuschlag (nach dem Bundesbesoldungsgesetz) berücksichtigungsfähig sind.

### 5. Inwieweit sind Aufwendungen beihilfefähig?

Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen. Die Notwendigkeit setzt voraus, dass Untersuchungen und Behandlungen nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden. Die Angemessenheit bestimmt sich nach den Vorgaben der Bundesbeihilfeverordnung und den einschlägigen Gebührenrahmen (insbesondere Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten). Einige Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, deren Wirksamkeit nicht wissenschaftlich bestätigt wurde, sind von der Beihilfefähigkeit ganz oder teilweise ausgeschlossen. Ferner sind manche Leistungen nur bis zu Höchstbeträgen beihilfefähig (z. B. bei Heilmitteln wie Krankengymnastik, Massage). Außerdem werden manche Aufwendungen bei der Beihilfeberechnung um Eigenbehalte gekürzt.

Für Behandlungen, die im Ausland durchgeführt wurden, ist zu beachten: Aufwendungen für Leistungen innerhalb der Europäischen Union werden wie im Inland entstandene Aufwendungen behandelt. Dagegen sind Aufwendungen für Leistungen außerhalb der Europäischen Union nur bis zu der Höhe beihilfefähig, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. In Ausnahmefällen können die Aufwendungen ohne Beschränkung auf die Inlandskosten berücksichtigt werden, insbesondere wenn Aufwendungen für ärztliche oder zahnärztliche Leistungen 1.000 € je Krankheitsfall nicht übersteigen, wenn die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt wurde oder wenn zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste.

Durch eine private Auslandsreisekrankenversicherung kann das dabei eventuell entstehende Kostenrisiko vermindert oder vermieden werden; der Abschluss einer solchen Versicherung wird dringend empfohlen.

## 6. Welche Aufwendungen sind im Einzelnen beihilfefähig?

Die Aufzählung der Leistungen ist nicht abschließend.

### 6.1 Ambulante Leistungen

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen richtet sich ausschließlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ). Bei Aufwendungen für Zahnersatz sind die Auslagen sowie die Material- und Laborkosten zu 60 % beihilfefähig.

Dies gilt bei einer Behandlung nach den Gebührensätzen 2130 bis 2320 (Konservierende Leistungen z. B. Füllungen, Kronen), 5000 bis 5340 (Prothetische Leistungen z. B. Brücken, Prothesen), 7080 bis 7100 (Provisorien) und 9000 bis 9170 (Implantologische Leistungen) der GOZ.

Implantologische sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen beihilfefähig. Es empfiehlt sich, ggf. vor Beginn der Behandlung, nähere Auskünfte bei der Beihilfestelle einzuholen.

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn sie vor Beginn der Behandlung anerkannt wurden. Auch ambulante psychotherapeutische Behandlungen müssen vor Behandlungsbeginn von der Beihilfestelle genehmigt werden, es sei denn, es handelt sich um eine Kurzzeittherapie oder psychotherapeutische Akutbehandlung.

Von einem Heilpraktiker erbrachte Leistungen sind nur bis zu den in Anlage 2 zur Bundesbeihilfeverordnung genannten Höchstbeträgen beihilfefähig.

### 6.2 Arznei- und Verbandmittel

Die Aufwendungen für vom Arzt oder Zahnarzt verordnete oder während einer Behandlung verbrauchte apothekenpflichtige Arzneimittel, Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie Medizinprodukte sind dem Grunde nach beihilfefähig, jedoch sind einige Voraussetzungen und Ausschlüsse zu beachten. Auf dem Rezept muss für jedes Arzneimittel die entsprechende Pharmazentralnummer (PZN) sowie das Apothekenkennzeichen angegeben sein. Die Aufwendungen für Arzneimittel, für die ein Festbetrag nach § 35 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) festgesetzt wurde, sind nur bis zu der Höhe des Festbetrages beihilfefähig.

Nach § 22 Abs. 2 Nr. 3 BBhV von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, es sei denn, sie

- sind für Minderjährige mit Entwicklungsstörungen und für Kinder unter zwölf Jahren bestimmt,
- wurden für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt oder

- gelten bei der Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung als Therapiestandard und werden mit dieser Begründung ausnahmsweise verordnet,
- sind in der Fachinformation zum beihilfefähigen Hauptarzneimittel als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben oder
- werden bei der Behandlung mit einem beihilfefähigen Präparat eingesetzt, um unerwünschten Arzneimittelwirkungen entgegen zu wirken, welche lebensbedrohlich sind oder die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen.

Ggf. können diese Arzneimittel auf die Belastungsgrenze angerechnet werden (siehe Nr. 7).

Auch für sog. „Lifestyle-Präparate“ wird keine Beihilfe gewährt, dazu zählen Arzneimittel zur Regulierung des Körpergewichts, zur Behandlung der sexuellen Dysfunktion oder Steigerung des sexuellen Verlangens, zur Bekämpfung der Nikotinabhängigkeit, zur Verbesserung des Haarwuchses oder des Aussehens.

Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für Arzneimittel - auch verschreibungspflichtige - zur Behandlung von Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten, Mund- und Rachenerkrankungen, Verstopfung oder Reisekrankheiten. Nur bei Minderjährigen oder bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen werden die Aufwendungen für solche „Bagatellarzneimittel“ berücksichtigt.

### 6.3 Krankenhausbehandlung

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Leistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung vergütet werden (öffentliche oder frei gemeinnützige Krankenhäuser), für

- vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung,
- allgemeine Krankenhausleistungen,
- gesondert berechneter wahlärztlicher Leistungen (z.B. chefärztliche Behandlung),
- 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 zum 31.03.2024 gesondert berechnete Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers in der jeweiligen Fachabteilung, abzüglich eines Betrages von 14,50 € täglich),
- die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist und soweit nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet wird; ggf. auch die Unterbringung außerhalb des Krankenhauses, wenn die Mitaufnahme nicht möglich ist.

Bei stationärer Behandlung in Privatkliniken, die keine Zulassung nach § 108 SGB V haben und auch keinen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen haben, sind die Aufwendungen nur bis zu festgelegten Obergrenzen beihilfefähig. Deshalb empfehlen wir vor einer geplanten Behandlung Kontakt mit uns aufzunehmen.

Nur wenn zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste, sind die Aufwendungen ohne die genannte Begrenzung beihilfefähig.

### 6.4 Heilmittel und Hilfsmittel

Die Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel (Massagen, Krankengymnastik, Packungen, Bäder etc.) sind bis zu den in Anlage 9 zur BBhV genannten Höchstbeträgen beihilfefähig.

Auch für die Anschaffung, Miete und den Ersatz bestimmter Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte bis zur Höhe von 1.500 € je Ohr, orthopädische Einlagen) wird Beihilfe gewährt, wenn diese zuvor von einem Arzt schriftlich verordnet wurden.

### 6.5 Fahrtkosten

Fahrtkosten sind unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig. Nähere Informationen enthält das Merkblatt „Fahrtkosten“ (Bund\_31), das Sie auf unserer Homepage finden und das wir Ihnen auf Anfrage auch gerne zusenden.

### 6.6 Familien- und Haushaltshilfe

Die Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe zur Weiterführung des Haushaltes eines Beihilfeberechtigten sind in angemessener Höhe beihilfefähig. Zu den Voraussetzungen zählt insbesondere

- dass die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person während einer außerhäuslichen Unterbringung (z. B. im Krankenhaus) den Haushalt nicht weiterführen kann,
- dass im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
- dass keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Entsprechende Leistungen sind auch nach dem Tod der haushaltführenden Person möglich. Außerdem können die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe für die ersten 28 Tage nach dem Ende einer außerhäuslichen Unterbringung berücksichtigt werden, wenn der Erkrankte nach einer Operation die Führung des Haushalts noch nicht übernehmen kann.

### 6.7 Anschlussheilbehandlung, Suchtbehandlung, Rehabilitationsmaßnahmen

Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheil- und Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Ebenfalls beihilfefähig sind die Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen, ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem anerkannten Kurort, ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sowie Rehabilitationssport in Gruppen. Bitte beachten Sie hierzu unsere gesonderten Merkblätter und setzen sich ggf. vor

Behandlungsbeginn mit uns in Verbindung, insbesondere weil einige Maßnahmen voranerkennungspflichtig sind.

### 6.8 Pflege

Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind beihilfefähig, soweit sie angemessen und nach ärztlicher Verordnung vorübergehend (z. B. nach einer Operation) erforderlich sind.

Die Feststellung einer dauernden Pflegebedürftigkeit erfolgt durch die private oder soziale Pflegeversicherung. Die Zuordnung zu einer der Pflegegrade nach dem SGB XI ist für die Beihilfestelle bindend. Die Aufwendungen für häusliche Pflege durch geeignete (Berufs-)Pflegekräfte (z. B. Sozialstation) wie auch durch geeignete (nicht berufsmäßig tätige) Pflegepersonen sind - entsprechend der jeweiligen Einstufung durch die Pflegeversicherung - bis zu bestimmten monatlichen Höchstbeträgen beihilfefähig. Wird wegen dauernder Pflegebedürftigkeit eine Heimunterbringung erforderlich, so kann Beihilfe zu den pflegebedingten Aufwendungen der vollstationären Unterbringung bis zu den monatlichen Höchstsätzen nach dem SGB XI gewährt werden. Daneben können auf besonderen Antrag die Aufwendungen für weitere Pflegeleistungen, Unterkunft, Verpflegung sowie Investitionskosten berücksichtigt werden. Nach Begleichung der beihilfefähigen Aufwendungen für das Pflegeheim soll dem Beihilfeberechtigten von seinen monatlichen Einnahmen ein Mindestbetrag verbleiben. Die Höhe dieses Mindestbetrags richtet sich nach den familiären Verhältnissen, der Anzahl der stationär gepflegten Personen im näheren Umfeld des Beihilfeberechtigten (Ehegatte/Lebenspartner, ggf. Kinder) und dem Grundgehalt der letzten Besoldungsgruppe des Beihilfeberechtigten. Bitte beachten Sie auch hier die jeweiligen weiteren Voraussetzungen, die Sie bei uns erfragen können.

### 6.9 Aufwendungen in anderen Fällen

Die Aufwendungen für Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (insbesondere von Krebs-, Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen, Diabetes), Vorsorgemaßnahmen (z. B. Schutzimpfungen Gesundheitsuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen) sind beihilfefähig, dabei gelten ähnliche Voraussetzungen wie im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen.

Bei einer Schwangerschaft und in Geburtsfällen sind die Aufwendungen für die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung, die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger, von Hebammen geleitete Einrichtungen sowie für eine Haus- und Wochenpflegekraft (bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen) beihilfefähig, daneben die medizinisch notwendigen Leistungen wie z. B. Arzneimittel oder Krankenhausbehandlung.

Beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für

- eine künstliche Befruchtung unter den in § 43 BBhV genannten Voraussetzungen,
- die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung,

- ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung bis zum vollendeten 22. Lebensjahr, danach nur ausnahmsweise, wenn sie nach ärztlicher Bestätigung zur Behandlung einer Krankheit notwendig sind,
- einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch,
- eine Sterilisation, wenn sie wegen einer Krankheit notwendig ist.

## 7. Welche Aufwendungen sind nicht beihilfefähig?

Eine abschließende Aufzählung ist hier nicht möglich. Ein Beihilfeanspruch besteht nicht bzw. nur eingeschränkt

- bei Ablauf der Antragsfrist (drei Jahre nach Rechnungsdatum),
- wenn kein Krankheitsfall vorliegt oder die Kosten berufsbedingt entstehen,
- bei Behandlungen als Folge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, insbesondere einer ästhetischen Operation, Tätowierung oder eines Piercings,
- bei Aufwendungen für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden (z. B. pulsierende Signaltherapie, Frischzellentherapie),
- bei gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen bzw. Kostenanteilen nach dem Sozialgesetzbuch V,
- bei Reiseschutzimpfungen (z. B. gegen Tollwut, Typhus).

## 8. Eigenbehalte und Belastungsgrenze

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 % der Kosten, mindestens um 5 € und höchstens um 10 €, jedoch nicht um mehr als die tatsächlichen Kosten bei

- Arznei- und Verbandmitteln,
- Medizinprodukten
- Fahrtkosten (außer bei der An- und Abreise zu Rehabilitationsmaßnahmen nach § 35 Abs. 2 BBhV),
- Familien- und Haushaltshilfe je Kalendertag,
- Soziotherapie je Kalendertag,
- Hilfsmitteln. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln werden 10 % der Kosten abgezogen, jedoch höchstens 10 € für den Monatsbedarf (z. B. Windeln bei Inkontinenz).

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 € je Kalendertag bei

- vollstationären Krankenhausleistungen, Anschlussheil- sowie Suchtbehandlungen, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr,
- stationären Rehabilitationsmaßnahmen und

- Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen.

Bei häuslicher Krankenpflege mindern sich die Aufwendungen um 10 % der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr und um 10 € je Verordnung.

Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für

- Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, außer bei Fahrtkosten,
- Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- Leistungen im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung sowie der dabei verwendeten Arzneimittel,
- ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel,
- Arznei- und Verbandmittel, die für diagnostische Zwecke, Untersuchungen und ambulante Behandlungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet wurden,
- Heil- und Hilfsmittel, soweit vom Bundesministerium des Innern Höchstbeträge festgesetzt worden sind, sowie
- Harn- und Blutteststreifen.

Eine Befreiung von den Eigenbehalten kann nur auf Antrag und bei Überschreitung der Belastungsgrenze erfolgen (§ 50 BBhV). Dies ist für jedes Kalenderjahr neu zu beantragen. Der Antrag auf Befreiung muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzugs der Eigenbehalte folgt. Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des jeweiligen Kalenderjahres, in dem die Aufwendungen entstanden sind. Die Belastungsgrenze beträgt für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige zusammen 2 % der jährlichen Einnahmen, bei chronisch Kranken 1 % der jährlichen Einnahmen.

Ärztlich oder zahnärztlich verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nicht aufgrund einer Ausnahmeregelung nach § 22 Abs. 2 Nr. 3 BBhV als beihilfefähig anerkannt werden konnten (vgl. Nr. 6.2), werden auf die Belastungsgrenze ebenfalls angerechnet. Dabei wird der Apothekenabgabepreis (Kaufpreis) dieser Arzneimittel zum jeweiligen Bemessungssatz berücksichtigt. Sofern ein Antrag auf Befreiung vom Abzug der Eigenbehalte gestellt und die Belastungsgrenze überschritten wurde, werden die Aufwendungen für diese Arzneimittel in voller Höhe als beihilfefähig anerkannt, wenn sie pro verordnetem Arzneimittel über folgenden Beträgen liegen:

- 8 € für Beihilfeberechtigte der Besoldungsgruppen A 1 bis A 8 sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige,
- 12 € in den Besoldungsgruppen A 9 bis A 12,
- 16 € in höheren Besoldungsgruppen.



### 9. Wie hoch ist die Beihilfe?

Beihilfe wird als prozentualer Anteil (Bemessungssatz) der beihilfefähigen Aufwendungen der Beihilfeberechtigten und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt. Der Bemessungssatz beträgt für

- den Beihilfeberechtigten selbst 50 %
- bei zwei oder mehr im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kindern 70 %
- den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner 70 %
- den Versorgungsempfänger 70 %
- im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen 80 %.

Solange eine beihilfeberechtigte Person Elternzeit in Anspruch nimmt, beträgt ihr Bemessungssatz 70 Prozent.

Den erhöhten Bemessungssatz von 70 % bei zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern erhält nur derjenige, der den Familienzuschlag bezieht (§ 40 Bundesbesoldungsgesetz) oder den Auslandskinderzuschlag (§ 56 Bundesbesoldungsgesetz).

Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes sind die Verhältnisse zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (z. B. Tag der Behandlung, Kauf des Arzneimittels).

Die Beihilfe darf zusammen mit den Leistungen aus Krankenversicherungen, Pflegeversicherungen, Erstattungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die Höhe der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Soweit die Summe aus der Beihilfe und den zu berücksichtigenden Erstattungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen übersteigt, wird die Beihilfe um den übersteigenden Betrag gekürzt (100 %-Begrenzung).

Für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen kann der Bemessungssatz auf 100 % der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen erhöht werden. Wenn die gesetzliche Krankenkasse keine Kostenerstattung geleistet hat (z. B. Heilpraktikerbehandlung), wird der Regelbemessungssatz von 50, 70 bzw. 80 % der beihilfefähigen Aufwendungen zu Grunde gelegt.

### 10. Wie beantragt man Beihilfe?

Die Beihilfe wird nur auf schriftlichen Antrag gewährt. Es sind die aktuellen Vordrucke des KVBW zu verwenden. Mit dem ersten Antrag ist ein Nachweis über die Krankenversicherung vorzulegen. Abgesehen vom Erstantrag können Sie Ihre Belege auch mit der Beihilfe-App einreichen. Sind jedoch seit Ihrem Vorantrag Änderungen eingetreten, benötigen wir stets das vierseitige Antragsformular mit den entsprechenden Angaben.

Da der KVBW selbst nicht personalführende Stelle ist, ist es besonders wichtig, dass bei jedem Antrag alle erforderlichen Fragen vollständig und zutreffend beantwortet werden.

Die geltend gemachten Aufwendungen sind durch Rechnungen oder sonstige Belege nachzuweisen. In der Regel genügt dabei die Vorlage von Duplikaten, Kopien oder Abschriften.

Beihilfe wird nur gewährt, wenn die in einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen den Betrag von 200 € übersteigen. Bei drohender Verjährung oder zur Vermeidung unbilliger Härten sind Ausnahmen möglich. Beim Nachweis größerer (Voraus-)Zahlungsverpflichtungen kann auf Antrag eine Abschlagszahlung auf die Beihilfe gewährt werden.

Die Beantragung muss innerhalb der Ausschlussfrist erfolgen. Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von drei Jahren nach Rechnungsdatum beantragt wird. Maßgeblich für das Entstehen der Aufwendungen ist bei Rezepten das Kaufdatum; bei Rechnungen das Datum der erstmaligen Ausstellung.

Sofern Sie Zweifel haben, ob eine geplante Behandlung beihilfefähig ist, können Sie gerne vorab beim KVBW anfragen.

Alljährlich ist ein verstärktes Antragsaufkommen in den Sommermonaten und am Jahreswechsel festzustellen, was zu längeren Bearbeitungszeiten führt. Daher empfehlen wir, Ihren Antrag möglichst außerhalb dieser Zeiten zu stellen.

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).