

Für Personen mit beamtenrechtlichem Beihilfeanspruch (z.B. DO-Angestellte, Dienstvertragsinhaber), die in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig versichert sind.

	Seite
1. Rechtsgrundlagen	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. Rechtsgrundlagen

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 Dienstherrn und von der Art des Dienstverhältnisses ab. Die nachfolgenden Ausführungen gelten für freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versicherte Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige, soweit ein beamtenrechtlicher Beihilfeanspruch besteht. Für die Beihilfegewährung ist unerheblich, ob ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag oder eine Teilkostenerstattung (für DO-Angestellte) zusteht oder ein Wahltarif „Prämienzahlung bei Leistungsbeschränkungen“ gewählt wurde.

### 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.

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

### 3. Beihilfefähige Aufwendungen

Zu den entstandenen Aufwendungen ist immer die Höhe der gewährten Leistung der Krankenkasse nachzuweisen; sofern keine Leistungsansprüche bestehen, ist dies ebenfalls durch Bescheinigung der Krankenkasse zu belegen.

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 Behandlungen.
- Zahnärztliche Behandlungen nach den folgenden Maßgaben:
  - ➔ Aufwendungen für allgemeine zahnärztliche Leistungen oder konservierende Maßnahmen (Füllungen, Inlays), wenn diese nach der Gebührenordnung für Zahnärzte abgerechnet sind,
  - ➔ 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 bzw. 15b BBhV vorliegen.
- Arzneimittel, die vom Arzt oder Zahnarzt verordnet oder während einer Behandlung verbraucht wurden. Einige Arzneimittel sind generell von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen oder nur bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen beihilfefähig, z. B. nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 22 Abs. 2 Nr. 3 BBhV oder Mittel, die der Erhöhung der Lebensqualität dienen.
- Heilpraktikerbehandlungen. Berücksichtigt werden auch Arzneimittel, die der Heilpraktiker während der Behandlung verbraucht, nicht jedoch Arzneimittel, die er zum weiteren Gebrauch schriftlich verordnet.
- Hilfsmittel und Heilmittel (z. B. Krankengymnastik), die im Verzeichnis der Heilmittel bzw. Hilfsmittel als beihilfefähig aufgeführt sind. Zu Hilfs- und Heilmitteln, die von der Krankenversorgung nach dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) ausgeschlossen sind, wird jedoch keine Beihilfe gewährt.
- Walleistungen 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 ärztliche Behandler und psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Wegen der weiteren Voraussetzungen (u. a. Voranerkennungspflicht) und des Verfahrensablaufs nehmen Sie bitte rechtzeitig vor Beginn der Behandlung mit uns Kontakt auf.
- Häusliche Krankenpflege.
- Familien- und Haushaltshilfe, soweit die Voraussetzungen nach § 28 BBhV erfüllt sind.
- Fahrtkosten unter den Voraussetzungen des § 31 BBhV.
- Anschlussheil- und Suchtbehandlungen (§ 34 BBhV) sowie Rehabilitationsmaßnahmen (§ 35 BBhV).
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit nach § 37 ff. BBhV. Berücksichtigungsfähige Angehörige, die selbst in der gesetzlichen Pflegeversicherung versichert sind, erhalten die Pflegeleistungen in voller Höhe von ihrer Pflegekasse, insoweit kann hierzu grundsätzlich keine Beihilfe gewährt werden. Bei stationärer Pflege erstattet die Pflegekasse nur bis zu bestimmten monatlichen Höchstbeträgen, zu den darüber hinaus entstehenden Aufwendungen für Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung kommt eine Beihilfegewährung in Betracht.

Folgende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig:

- Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen (z. B. für einen Krankenhausaufenthalt oder für Arzneimittel),
- Beträge, die über die Festbeträge für Arznei-, Hilfs- und Heilmittel hinausgehen,
- von der gesetzlichen Krankenkasse ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel,
- Abschläge für Verwaltungskosten und entgangene Apotheker- und Herstellerrabatte im Kostenerstattungsverfahren.

## 4. Umfang der Beihilfe

Die beihilfefähigen Aufwendungen werden stets 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 Prozent. Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, 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.

Für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 % der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen.

Wenn die gesetzliche Krankenkasse keine Kostenerstattung geleistet hat, wird der Regelbemessungssatz von 50, 70 bzw. 80 % der beihilfefähigen Aufwendungen zu Grunde gelegt. Die Beihilfe darf zusammen mit Leistungen von dritter Seite, also zum Beispiel aus einer Kranken-, Pflege- oder Zusatzversicherung, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Soweit die Summe aus Beihilfe und Leistungen anderer Kostenträger den Rechnungsbetrag übersteigt, wird die Beihilfe um den übersteigenden Betrag gekürzt.

An den Aufwendungen zu Pflegeleistungen beteiligt sich die gesetzliche Pflegekasse nach § 28 Abs. 2 SGB XI zur Hälfte, bezüglich dieser Aufwendungen beträgt der Bemessungssatz 50 %. Dies gilt auch für Ihre beitragsfrei mitversicherten Angehörigen (Familienversicherung).

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

## 5. Antragstellung

Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von drei Jahren 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.

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. Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein.

Anstelle des herkömmlichen Beihilfeantrags können Sie die kostenlose Beihilfe-App verwenden. Für deren Nutzung müssen Sie sich registrieren und können mittels Smartphone oder Tablet Ihre fotografierten Belege einreichen.

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