

Information über Änderungen im Beihilferecht

Mit dem Gesetz über die Anpassung von Dienst- und Versorgungsbezügen in Baden-Württemberg 2022 und zur Änderung dienstrechtlicher Vorschriften (BVAnp-ÄG 2022)¹ ergeben sich im Beihilferecht ab dem 1. Januar 2023 wesentliche Änderungen, welche wir Ihnen nachfolgend gerne erläutern:

1. Änderung der Beihilfebemessungssätze (§ 14 Absatz 1 Beihilfeverordnung – BVO)

Ab 1. Januar 2023 ändern sich die persönlichen Beihilfebemessungssätze von beihilfeberechtigten Personen, welche nach dem 31. Dezember 2012 neu eingestellt wurden. Ab dem 1. Januar 2023 gelten für alle beihilfeberechtigten Personen sowie die berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Beihilfebemessungssätze, welche bis zum 31. Dezember 2012 gegolten haben. Die Beihilfebemessungssätze sind nicht mehr vom Zeitpunkt der Ernennung/einer am Stichtag (31. Dezember 2012) bestehenden Beihilfeberechtigung abhängig. Bei gleichgelagertem Sachverhalt sind somit die gleichen Beihilfebemessungssätze anzuwenden.

Die Beihilfebemessungssätze ab 1. Januar 2023 auf einen Blick:

Beihilfeberechtigte Personen nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 BVO sowie für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer	50 Prozent,
– mit zwei oder mehr Kindern (bitte unten stehende Ausführungen hierzu beachten)	70 Prozent,
Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen, die als solche beihilfeberechtigt sind, sowie berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten oder berücksichtigungsfähige Lebenspartnerinnen und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz	70 Prozent,
berücksichtigungsfähige Kinder sowie Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind	80 Prozent.

Maßgebend für die Höhe des Beihilfebemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (Behandlungsdatum, Einlösung eines Rezepts). Die geänderten Beihilfebemessungssätze gelten deshalb für Aufwendungen, welche ab 1. Januar 2023 entstehen; Aufwendungen, die vor 1. Januar 2023 entstanden sind, bleiben zum bisherigen reduzierten Beihilfebemessungssatz beihilfefähig.

Persönlicher Beihilfebemessungssatz mit berücksichtigungsfähigen Kindern nach § 14 Absatz 1 Satz 3 BVO:

Allen beihilfeberechtigten Personen mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern im Familienzuschlag steht ab 1. Januar 2023 ein persönlicher Beihilfebemessungssatz von 70 Prozent zu.

¹Diese Informationen erfolgen vorbehaltlich der Verabschiedung des BVAnp-ÄG 2022, voraussichtlich im November 2022.

Waren oder sind drei oder mehr Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, dann verbleibt es dauerhaft bei einem persönlichen Beihilfebemessungssatz für die beihilfeberechtigte Person von 70 Prozent.

Bei zwei berücksichtigungsfähigen Kindern vermindert sich der persönliche Beihilfebemessungssatz der beihilfeberechtigten Person nach Ablauf des Kalenderjahres wieder auf 50 Prozent, wenn eines der beiden Kinder nicht mehr berücksichtigungsfähig ist (§ 3 Absatz 3 BVO).

Änderungen in den Beihilfebemessungssätzen erfolgen auch für die berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen und Ehegatten oder Lebenspartnerinnen und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz der beihilfeberechtigten Personen. Der Beihilfebemessungssatz der berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen und Ehegatten oder Lebenspartnerinnen und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz erhöht sich ebenfalls für Aufwendungen, welche ab 1. Januar 2023 entstehen und beträgt für die Dauer der Berücksichtigungsfähigkeit 70 Prozent.

Die Berücksichtigungsfähigkeit einer Ehegattin bzw. eines Ehegattens oder einer Lebenspartnerin bzw. eines Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz ist jedoch einkommensabhängig. Nach § 78 Absatz 1a Landesbeamtengesetz sind Aufwendungen von Ehegattinnen und Ehegatten oder Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz grundsätzlich nur dann beihilfefähig, wenn deren beihilferechtlich relevanten Einkünfte (Gesamtbetrag der Einkünfte im Sinne des § 2 Absatz 3 Einkommensteuergesetz zuzüglich der Einkünfte aus Kapitalvermögen und ausländischer Einkünfte) in mindestens einem der beiden Kalenderjahre vor Stellung des Beihilfeantrags 20.000 Euro nicht übersteigen.

Was ist zu tun?

Sofern Sie von dem bisherigen reduzierten Beihilfebemessungssatz betroffen sind, weil Sie nach dem 31. Dezember 2012 in ein Beamtenverhältnis ernannt wurden, sollten Sie unbedingt zeitnah mit Ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen Kontakt aufnehmen und um Überprüfung Ihres Krankenversicherungsschutzes hinsichtlich dieser Rechtsänderung bitten.

Nach § 199 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz – VVG kann eine Änderung des Versicherungsumfangs innerhalb von sechs Monaten nach Änderung der Grundsätze zum Beihilfebemessungssatz beantragt werden, im Fall dieser Rechtsänderung also bis spätestens zum 30. Juni 2023.

Eine Kontaktaufnahme mit Ihrer privaten Krankenversicherung ist auch dann empfehlenswert, wenn Sie nach dem 31. Dezember 2012 in ein Beamtenverhältnis ernannt wurden und trotz dieser Rechtsänderung ab 1. Januar 2023 weiterhin einen persönlichen Beihilfebemessungssatz von 50 Prozent haben. Die Erhöhung des persönlichen Beihilfebemessungssatzes für den späteren Bezug von Versorgungsbezügen kann sich bereits jetzt auf die Höhe des aktuellen Krankenversicherungsbeitrags auswirken.

Soweit Sie von der Änderung der Beihilfebemessungssätze betroffen sind, liegt dieser Information ein entsprechendes Informationsblatt für Ihre private Krankenversicherung bei.

Bitte beachten Sie, dass die Beihilfestelle keine Auskünfte zu versicherungsrechtlichen Fragen geben kann.

Einen geänderten Krankenversicherungsnachweis (und gegebenenfalls den Ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen) fügen Sie bitte Ihrem **nächsten** Beihilfeantrag zusammen mit dem ausgefüllten Vordruck „LBV301 Anlage“ bei. In diesem Fall ist eine Antragstellung per App nicht möglich, da es sich bei der Änderung des Krankenversicherungsschutzes um eine Änderung beihilferelevanter Sachverhalte handelt.

Im Fall einer Online-Antragstellung über das Kundenportal („Beihilfeantrag Online“) können die notwendigen Angaben in den jeweiligen Masken eingegeben und der neue Krankenversicherungsnachweis als Anlage hochgeladen werden.

Eine gesonderte Übersendung des neuen Krankenversicherungsnachweises ist in der Regel nicht notwendig.

2. Behandlung in Privatkliniken (= nicht nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser; § 7 Absatz 7 BVO)

Die Beihilfefähigkeit der Kosten für eine stationäre Behandlung in einem für die Behandlung gesetzlich krankenversicherter Personen nicht zugelassenen Krankenhaus ist nach § 7 Absatz 7 Satz 1 BVO betragsmäßig begrenzt.

In Kliniken, die Indikationen behandeln, die mit DRG-Fallpauschalen (DRG = Diagnosis Related Groups, pauschaliertes Abrechnungsverfahren nach Fallgruppen) abgerechnet werden können, sind die Kosten weiterhin auf den Betrag begrenzt, der sich unter Anwendung des oberen Grenzwerts des Bundesbasisfallwertkorridors zur jeweiligen DRG-Fallpauschale ergibt. Das entspricht in etwa auch dem Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung bei vergleichbaren Behandlungen in den von ihnen zugelassenen Krankenhäusern übernimmt.

Mit der aktuellen Änderung der Beihilfeverordnung ändern sich nach § 7 Absatz 7 Satz 1 Nummer 2 BVO die beihilferechtlichen Berechnungsgrundlagen von Behandlungen in Kliniken, die ihre Leistungen nicht mit DRG-Fallpauschalen abrechnen können wie z.B. psychosomatische oder psychotherapeutische Kliniken.

Die bisher beihilfefähigen Tagessätze werden für Aufwendungen, die ab 1. Januar 2023 entstehen durch die Regelungen des pauschalierenden Entgeltssystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-Entgeltsystem) ersetzt. Danach ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Behandlung in diesen Privatkliniken auf folgende Aufwendungen begrenzt:

- a) Das nach Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkatalogs berechnete Entgelt bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes,
- b) Zusatzentgelte bis zu den in Anlage 3 des PEPP-Entgeltkatalogs ausgewiesenen Beträgen und
- c) ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkatalogs bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes;

Maßgebend ist die jeweils geltende, auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlichte Fassung des PEPP-Entgeltkatalogs. Als pauschaler Basisentgeltwert ist der ersatzweise anzuwendende Basisentgeltwert nach der jeweils gültigen Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPPV) mit einem Aufschlag von 10 Prozent anzusetzen.

Beispiel:

Vollstationäre psychosomatische Behandlung in einer Privatklinik entsprechend der PEPP „PP04B“ des PEPP-Entgeltkatalogs (= Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierte Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne erheblichen Pflegebedürftigkeit) im Kalenderjahr 2022:

Der ersatzweise anzuwendende Basisentgeltwert nach § 10 Absatz 3 der PEPPV 2022 beträgt 280 Euro. Der beihilferechtliche Aufschlag von 10 Prozent auf 280 Euro ergibt einen Basisent-

geltwert von 308 Euro. Dieser wird mit der Bewertungsrelation der PP04B bei 10 Behandlungstagen von 1,0889 multipliziert, so dass das tägliche Entgelt 335,38 Euro beträgt. Bei einer Behandlungsdauer von 10 Tagen ergibt sich somit ein beihilfefähiger Betrag von 3.353,80 Euro.

Bei Behandlungen in Privatkliniken, die ihrer Indikation nach weder dem DRG- noch dem PEPP-Entgeltsystem zuordenbar sind, ist die Beihilfefähigkeit der dabei entstandenen Kosten nach § 7 Absatz 7 Satz 1 Nummer 3 BVO auf folgende Aufwendungen begrenzt:

Je Behandlungstag bis zur Höhe des Betrags, der sich aus der Multiplikation einer Bewertungsrelation von

- a) 1,00 bei vollstationärer Behandlung,
- b) 0,75 bei teilstationärer Behandlung

mit dem ersatzweise anzuwendenden Basisentgeltwert nach der jeweils gültigen PEPPV mit einem Aufschlag von 10 Prozent ergibt. Aufnahme- und Entlasstag gelten dabei als ein Berechnungstag.

Beispiel:

Vollstationäre Behandlung in einer Privatklinik, deren Behandlungsform weder dem DRG- noch dem PEPP- Entgeltsystem zuordenbar ist im Kalenderjahr 2022.

Der ersatzweise anzuwendende Basisentgeltwert nach § 10 Absatz 3 der PEPPV 2022 beträgt 280 Euro. Der beihilferechtliche Aufschlag von 10 Prozent auf 280 Euro ergibt einen Basisentgeltwert von 308 Euro. Dieser wird mit der Bewertungsrelation von 1,00 bei vollstationärer Behandlung multipliziert, so dass das tägliche Entgelt 308 Euro beträgt. Bei einer Behandlungsdauer von 10 Tagen ergibt sich somit ein beihilfefähiger Betrag von 3.080 Euro.

Aufgrund des erhöhten Kostenrisikos bei einer Behandlung in einer Privatklinik empfiehlt es sich, vor der Aufnahme in die Privatklinik den Kostenvoranschlag für einen geplanten stationären Aufenthalt dem Landesamt zur Prüfung der Beihilfefähigkeit vorzulegen.

3. Außerklinische Intensivpflege (§ 6 Absatz 1 Nummer 12 BVO)

Personen mit einem besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben Anspruch auf außerklinische Intensivpflege. Ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege liegt vor, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft erforderlich ist.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen, welche ab 1. Januar 2023 entstehen, ist eine schriftliche Verordnung durch eine Ärztin oder einen Arzt, die oder der für die Versorgung dieser Personen besonders qualifiziert ist. Bei der außerklinischen Intensivpflege dürfen für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nur dreijährig examinierte Pflegekräfte eingesetzt werden.

Als angemessen gelten die Aufwendungen bis zu einem Betrag in Höhe von 39,00 Euro pro Stunde. Aufwendungen für häusliche Krankenpflege nach § 6 Absatz 1 Nummer 7 BVO sind daneben nicht beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

4. Digitale Gesundheitsanwendungen (§ 6 Absatz 1 Nummer 11 BVO)

Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, also Apps oder browserbasierte Anwendungen zur Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Erkrankungen sind nach schriftlicher Verordnung einer Ärztin, eines Arztes, einer Psychotherapeutin oder eines Psychotherapeuten beihilfefähig, wenn die digitale Gesundheitsanwendung

- vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen wurde und
- entsprechend der dort gelisteten Maßgaben, Diagnosen und Voraussetzungen zur Anwendung kommen soll.

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist auf die Kosten der Standardversion begrenzt; Aufwendungen für Zubehör sind beihilfefähig, soweit das Zubehör für die Nutzung der Software zwingend erforderlich und im Übrigen nicht den allgemeinen Lebenshaltungskosten zuzurechnen ist (z. B. Kopfhörer oder eine digitale Waage).

Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für das zur Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung erforderliche Endgerät einschließlich der Kosten für die mobile Anbindung und den mobilen Betrieb, sowie für eine Zweit- oder Mehrfachbeschaffung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten (dies gilt auch für den Fall, dass eine teurere Version Lizenzen für die Nutzung auf mehreren Endgeräten beinhaltet).

5. Kieferorthopädische Leistungen (Nummer 1.2.3 der Anlage zu § 6 Nummer 1 BVO)

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit und Angemessenheit anhand eines vorzulegenden Heil- und Kostenplans für den gesamten Behandlungszeitraum von der Beihilfestelle festgestellt wird und

- a) die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
- b) bei Personen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine schwere Kieferanomalie vorliegt, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordert oder wenn die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und nicht aus ästhetischen Gründen erfolgt, keine Behandlungsalternative gegeben ist und die Zahnfehlstellung mit erheblichen Folgeproblemen verbunden ist.

Die bisherige Voraussetzung, wonach sich die Zahnfehlstellung erst im Erwachsenenalter ergeben haben durfte, entfällt.

6. Kostendämpfungspauschale (§ 15 Absatz 1 BVO)

Die Erhebung einer Kostendämpfungspauschale entfällt bei Beamtinnen und Beamten der Besoldungsgruppe A 7 für Belege mit Rechnungsdatum ab 1. Januar 2023.

Diese Mitteilung dient der allgemeinen Information und begründet keine Rechtsansprüche.

Ihr
Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg
- Beihilfestelle -

Informationen zur pauschalen Beihilfe

Mit dem Gesetz zur Einführung einer pauschalen Beihilfe¹ soll eine Alternative zur bisher bekannten aufwendungsbezogenen und ergänzenden Beihilfe geschaffen werden, die pauschale Beihilfe nach § 78a Landesbeamtengesetz - LBG - Baden-Württemberg.

Was ist die pauschale Beihilfe?

Im Rahmen der aufwendungsbezogenen und ergänzenden Beihilfe nach § 78 LBG beantragen derzeit privat versicherte beihilfeberechtigte Personen die Erstattung der von ihnen verauslagten Rechnungsbeträge sowohl bei der Beihilfestelle als auch bei der privaten Krankenversicherung. Sie erhalten keinen Zuschuss zu ihrer privaten Krankenversicherung, sondern eine nach den tatsächlich entstandenen Aufwendungen ermittelte Beihilfezahlung.

Die pauschale Beihilfe ist eine Alternative zur aufwendungsbezogenen und ergänzenden Beihilfe. Vom Dienstherrn wird dann ein monatlicher Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag einer freiwillig gesetzlichen oder privaten Krankheitskostenvollversicherung (Versicherungsumfang 100 %), nicht jedoch zum Pflegeversicherungsbeitrag gezahlt. Mit der Wahl der pauschalen Beihilfe können keine Rechnungen und Rezepte mehr zur Erstattung bei der Beihilfestelle eingereicht werden. Zu welchen Beihilfeleistungen dann trotzdem eventuell ein Erstattungsanspruch bestehen kann, wird nachfolgend noch erläutert.

Wer kann die pauschale Beihilfe beantragen?

Grundsätzlich können alle zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes beihilfeberechtigten Personen eine pauschale Beihilfe beantragen. Beihilfeberechtigte Personen sind

- Beamtinnen und Beamte, entpflichtete Hochschullehrerinnen und -lehrer,
- Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfänger,
- Witwen, Witwer und hinterbliebene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz sowie
- Vollwaisen,

wenn und solange diese Personen Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Unterhaltsbeihilfe, Entpflichtetenbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgeld, Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen erhalten.

Wer kann die pauschale Beihilfe nicht beantragen?

- Heilfürsorgeberechtigte Beamtinnen und Beamte für die Zeit ihres Anspruchs auf Heilfürsorge, auch nicht für berücksichtigungsfähige Angehörige,
- beurlaubte Personen ohne Beihilfeberechtigung für die Dauer der Beurlaubung.

Handelt es sich bei der Einführung einer pauschalen Beihilfe um eine neue/weitere Wechselmöglichkeit in die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung?

Nein. Mit der Einführung einer pauschalen Beihilfe wird keine neue/weitere Wechselmöglichkeit in die freiwillige gesetzliche Krankenversicherung geschaffen. Ob ein Wechsel in die gesetzliche Krankenversicherung im Einzelfall möglich ist, richtet sich nach bundesgesetzlichen Regelungen. Durch die Einführung einer pauschalen Beihilfe in Baden-Württemberg werden diese Regelungen nicht berührt.

¹Diese Informationen erfolgen vorbehaltlich der Verabschiedung des Gesetzes zur Einführung einer pauschalen Beihilfe, voraussichtlich im Dezember 2022.

Wie kann die pauschale Beihilfe beantragt werden?

Die Gewährung einer pauschalen Beihilfe erfolgt nur auf Antrag mit dem Vordruck LBV375. Diesen Vordruck erhalten Sie auf unserer Internetseite unter www.lbv.landbw.de / Vordrucke / oder auf schriftliche oder telefonische Nachfrage bei Ihrem Beihilfearbeitsgebiet.

Der Antrag ist unmittelbar bei der Beihilfestelle und nicht über die Dienststelle zu stellen.

An wen wird die pauschale Beihilfe gezahlt?

Die pauschale Beihilfe wird an die beihilfeberechtigte Person und auf deren Bezügekonto gezahlt. Es erfolgt keine Zahlung an eine Krankenversicherung!

Welche Fristen gelten für die Beantragung der pauschalen Beihilfe?

Der Antrag auf pauschale Beihilfe ist innerhalb einer Ausschlussfrist von **fünf** Monaten zu stellen.

Die Frist beginnt:

- für die am 1. Januar 2023 vorhandenen beihilfeberechtigten Personen am 1. Januar 2023,
- für die am 1. Januar 2023 ohne Beihilfeberechtigung beurlaubten Beamtinnen und Beamten mit dem Wiederaufleben der Beihilfeberechtigung nach § 78 LBG (= in der Regel mit Wiederaufnahme des Dienstes),
- für die heilfürsorgeberechtigten Beamtinnen und Beamte nach § 79 LBG mit dem Wegfall der Heilfürsorgeberechtigung (= in der Regel mit Eintritt in den Ruhestand).
- im Übrigen mit dem Tag der Entstehung einer neuen Beihilfeberechtigung nach § 78 LBG infolge
 - der Begründung oder Umwandlung des Beamtenverhältnisses mit Ausnahme der Fälle nach § 8 LBG. Unter Begründung oder Umwandlung ist zum Beispiel eine Neueinstellung oder die Ernennung von Beamtinnen und Beamten auf Widerruf zu Beamtinnen und Beamten auf Probe, nicht aber eine Ernennung auf Lebenszeit zu verstehen,
 - der Entstehung eines Anspruchs auf Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen, sofern kein eigener Beihilfeanspruch nach § 78 LBG besteht und die Versorgungsurheberin oder der Versorgungsurheber keinen Antrag auf pauschale Beihilfe innerhalb der Ausschlussfrist gestellt hat, oder
 - der Abordnung oder Versetzung von einem anderen Dienstherrn zu einem Dienstherrn im Geltungsbereich des LBG.

Die Ausschlussfrist beginnt von Gesetzes wegen mit Beginn der - ggfs. neuen - Berechtigung zur Antragstellung und nicht erst mit Zugang dieser oder einer anderen Information zu diesem Thema.

Wie hoch ist die pauschale Beihilfe?

Die Höhe der pauschalen Beihilfe beträgt bei

- freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen die Hälfte des nachgewiesenen Krankenversicherungsbeitrags der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung der beihilfeberechtigten Person (im Jahr 2022 maximal bis zu 384,58 Euro pro Kalendermonat).
Krankenversicherungsbeiträge von berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind damit abgegolten.
- vollständig privat krankenversicherten Personen höchstens die Hälfte des Beitrags einer im Basistarif nach § 152 Absatz 3 Versicherungsaufsichtsgesetz versicherten Person (Höchstbetrag für das Jahr 2022: 384,58 Euro pro Kalendermonat).

Sofern die Hälfte des nachgewiesenen Beitrags der beihilfeberechtigten Person geringer als der Höchstbetrag der pauschalen Beihilfe ist, können Krankenversicherungsbeiträge von berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zum Erreichen des Höchstbetrags zur Aufstockung verwendet werden.

Auf die pauschale Beihilfe anzurechnen sind

- Beiträge eines anderen Arbeitgebers oder eines Sozialleistungsträgers zur Krankenversicherung,
- ein Zuschuss zum Beitrag zur Krankenversicherung aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses.

Eine Anrechnung auf die Höhe der pauschalen Beihilfe von vollständig privat krankenversicherten Personen erfolgt im Fall einer Aufstockung zum Beispiel dann, wenn es um Krankenversicherungsbeiträge von berücksichtigungsfähigen Angehörigen geht, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind und von ihrem Arbeitgeber einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag erhalten.

- Ebenfalls anzurechnen sind Beitragsrückerstattungen der Versicherung im Verhältnis der gewährten pauschalen Beihilfe zu den Krankenversicherungsbeiträgen. Beitragsrückerstattungen sind der Beihilfestelle unaufgefordert mitzuteilen.

Welche Unterlagen sind für eine Antragstellung erforderlich?

Dem ausgefüllten Antragsvordruck LBV375 ist der Nachweis einer abgeschlossenen Krankheitskostenvollversicherung (Versicherungsumfang 100 Prozent) für die beihilfeberechtigte Person in der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung oder in der privaten Krankenversicherung (bei privater Krankenversicherung gegebenenfalls auch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen) beizufügen.

Sofern der Nachweis zur Krankheitskostenvollversicherung zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht erbracht werden kann, ist er spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der Ausschlussfrist (siehe hierzu „Welche Fristen gelten für die Beantragung der pauschalen Beihilfe?“) nachzureichen. Wird der Nachweis nicht oder nicht fristgerecht erbracht, wird der Antrag auf pauschale Beihilfe abgelehnt.

Alle weiteren erforderlichen Nachweise ergeben sich aus dem Antragsvordruck LBV375.

Kann die Entscheidung für eine pauschale Beihilfe wieder rückgängig gemacht werden?

Nein, die Entscheidung für eine pauschale Beihilfe ist **unwiderruflich**; wer sich im Geltungsbereich des LBG für die pauschale Beihilfe entscheidet, kann unabhängig von persönlichen oder sonstigen Umständen in keinem Fall zur aufwendungsbezogenen und ergänzenden Beihilfe zurückkehren. Der Verzicht auf die aufwendungsbezogene und ergänzende Beihilfe gilt nicht nur für die aktive Dienstzeit, sondern auch für die Zeit des Ruhestands; er gilt auch für die (ggf. künftigen) berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wie zum Beispiel Ehegattinnen und Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner und Kinder.

Die Entscheidung für die pauschale Beihilfe wirkt über den Tod hinaus gegebenenfalls auch für die Hinterbliebenen soweit diese Hinterbliebenen nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtmitglied sind.

Was passiert bei einem Wechsel der Krankenversicherung?

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung, zum Beispiel von freiwilliger gesetzlicher Krankenversicherung in eine private Krankenversicherung oder umgekehrt, bleibt eine - frühere - Entscheidung für die pauschale Beihilfe weiterhin bindend.

Welche Änderungen sind der Beihilfestelle zur Berechnung der pauschalen Beihilfe mitzuteilen?

Änderungen in

- der Höhe des Krankenversicherungsbeitrags und / oder
- den persönlichen Verhältnissen (zum Beispiel Wechsel des Krankenversicherungsunternehmens, Änderung des Krankenversicherungsumfangs, Veränderungen zum Familienstand, Wegfall eines berücksichtigungsfähigen Kindes im Familienzuschlag)

die sich auf den Anspruch sowie die Höhe der pauschalen Beihilfe auswirken können, sind unmittelbar und unverzüglich der Beihilfestelle schriftlich (z.B. über das Kundenportal) mitzuteilen. Aus Änderungen resultierende Überzahlungen werden – soweit möglich - mit zukünftigen Zahlungen der pauschalen Beihilfe verrechnet.

Welche Beihilfeleistungen können trotz Wahl der pauschalen Beihilfe weiterhin in Anspruch genommen werden?

Mit der Entscheidung für die pauschale Beihilfe kann darüber hinaus ausschließlich aufwendungsbezogene und ergänzende Beihilfe zu Aufwendungen für die Pflege und im Todesfall gewährt werden.

Bleiben Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus trotz pauschaler Beihilfe erstattungsfähig, wenn der Beihilfebeitrag weitergezahlt wird?

Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus sind bei Inanspruchnahme der pauschalen Beihilfe in keinem Fall mehr beihilfefähig. Die Zahlung des Beihilfebeitrags in Höhe von 22 Euro wird eingestellt.

Welche Beihilfeleistungen werden nicht mehr erstattet, wenn pauschale Beihilfe gewählt wird?

Mit der Entscheidung für die pauschale Beihilfe wird auf alle aufwendungsbezogenen und ergänzenden Beihilfeleistungen nach der Beihilfeverordnung Baden-Württemberg (BVO) – mit Ausnahme der Aufwendungen im Pflegefall und im Todesfall - verzichtet.

Dies sind zum Beispiel Aufwendungen für:

- ärztliche Leistungen
- zahnärztliche Leistungen
- implantologische Leistungen
- Heilpraktikerleistungen
- Hilfsmittel wie zum Beispiel Brillen, Hörgeräte usw.
- Wahlleistungen im Krankenhaus (zum Beispiel Wahlleistung Unterkunft, Wahlleistung Arzt)

Gibt es hiervon Ausnahmen, zum Beispiel als Härtefall?

Ja, in besonderen Härtefällen kann zu einzelnen Leistungen eine aufwendungsbezogene und ergänzende Beihilfe gewährt werden.

Folgende Voraussetzungen müssen für eine Anerkennung als Härtefall erfüllt sein:

- es muss sich um dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen handeln,
- eine – auch anteilige – Leistung der Krankheitskostenvollversicherung zu den Aufwendungen war trotz form- und fristgerechter Beantragung nicht erlangbar; hierüber ist ein ausreichender Nachweis zu führen und
- die Aufwendungen hätten auch nicht über eine entsprechende und zumutbare Zusatzversicherung versichert werden können.

Ein besonderer Härtefall liegt nicht schon deshalb vor, weil die Leistung nicht oder nicht vollständig vom Leistungskatalog der Krankheitskostenvollversicherung umfasst ist! Der Grund für die besondere Härte muss sich aus weiteren Umständen erschließen.

Über einen Härtefallantrag entscheidet die Beihilfestelle nur im Einvernehmen mit dem Finanzministerium.

Ist die pauschale Beihilfe steuerfrei?

Die Gewährung einer pauschalen Beihilfe ist unter den Voraussetzungen des § 3 Nummer 62 Einkommensteuergesetz steuerfrei.

Bei freiwilliger Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung sind für die Anwendung der Steuerbefreiung – zusätzlich zu den bei Antragstellung für die pauschale Beihilfe geforderten Unterlagen - keine gesonderten Nachweise zu erbringen.

Bei einer privaten Krankheitskostenvollversicherung ist – neben den bei Antragstellung für die pauschale Beihilfe geforderten Unterlagen - unverzüglich nach Ablauf eines jeden Kalenderjahres die zweckentsprechende Verwendung der pauschalen Beihilfe durch eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens über die tatsächlichen Krankenversicherungsbeiträge nachzuweisen. Das Versicherungsunternehmen hat (mindestens alle drei Jahre) zusätzlich zu bestätigen, dass die Voraussetzungen des § 257 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vorliegen und dass es sich bei den vertraglichen Leistungen um Leistungen im Sinne des SGB V handelt. Regelmäßig geschieht dies bereits in der jährlichen Bescheinigung über die tatsächlichen Krankenversicherungsbeiträge.

Bei ausländischen Krankheitskostenvollversicherungen ist – neben den bei Antragstellung für die pauschale Beihilfe geforderten Unterlagen - die zweckentsprechende Verwendung der pauschalen Beihilfe durch andere geeignete Unterlagen nachzuweisen.

Ergänzender Hinweis bei privater (inländischer) Krankheitskostenvollversicherung:

Zum 01.01.2024 ist geplant, über das Verfahren der elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmale (sogenanntes ELStAM-Verfahren) einen Datenaustausch zwischen den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, der Finanzverwaltung und den Arbeitgebern einzuführen. Nach Einführung des elektronischen Datenaustauschs wird es dann voraussichtlich möglich sein, auf die jährliche Vorlage einer Bescheinigung des Versicherungsunternehmens über die tatsächlichen Krankenversicherungsbeiträge zu verzichten.

Ist die pauschale Beihilfe auf der Lohnsteuerbescheinigung auszuweisen?

Ja, die ausgezahlte pauschale Beihilfe ist unter Nummer 24 a) (gesetzliche Krankenversicherung) bzw. Nummer 24 b) (private Krankenversicherung) der Lohnsteuerbescheinigung auszuweisen.

Diese Mitteilung dient der allgemeinen Information und begründet keine Rechtsansprüche. Eine Beratung in steuer- und versicherungsrechtlichen Fragen erfolgt nicht; Auskünfte hierzu geben beispielsweise die Krankenversicherungsunternehmen oder Versicherungsmakler.

Ihr
Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg
- Beihilfestelle -

Beihilfeberechtigte Person (ab dem 1. Januar 2013 neu eingestellte/r Beamtin/Beamter)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Personalnummer*
------	---------	--------------	-----------------

* Personalnummer mit „6“ beginnend = Personenkreis Aktive / - mit „2“ beginnend = Personenkreis Versorgungsempfänger

Information zur Vorlage bei Ihrem privaten Krankenversicherungsunternehmen

Die oben genannte, beihilfeberechtigte Person ist nach unserer Kenntnis von der Änderung des § 14 Absatz 1 Beihilfeverordnung betroffen. Mit der neuen Rechtslage gelten ab dem 1. Januar 2023 für alle beihilfeberechtigten Personen sowie die berücksichtigungsfähigen Angehörigen die Bemessungssätze, welche bis zum 31. Dezember 2012 gegolten haben. Die Bemessungssätze sind nicht mehr vom Zeitpunkt der Ernennung/einer am Stichtag bestehenden Beihilfeberechtigung abhängig. Bei gleichgelagertem Sachverhalt sind somit die gleichen Bemessungssätze anzuwenden. Im Detail:

- Die ab 1. Januar 2013 neu eingestellten beihilfeberechtigten Personen mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern im Familienzuschlag haben einen persönlichen Bemessungssatz von 70 %.
- Bei zwei beihilfeberechtigten Personen mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern im Familienzuschlag haben beide beihilfeberechtigte Personen jeweils einen persönlichen Bemessungssatz von 70 %.
- Ist eines der beiden Kinder ab einem Zeitpunkt jedoch nicht mehr im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, vermindert sich der persönliche Bemessungssatz grundsätzlich nach Ablauf des Kalenderjahres wieder auf 50 %.
- Diese Minderung unterbleibt, wenn drei oder mehr Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig waren, dann verbleibt es dauerhaft bei einem Bemessungssatz von 70 %.
- Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsbezügen, die als solche beihilfeberechtigt sind, haben einen persönlichen Bemessungssatz von 70 %. Dies gilt auch für ab 1. Januar 2013 neu eingestellte beihilfeberechtigte Personen, wenn diese in den Ruhestand treten.
- Berücksichtigungsfähige Ehegattinnen und Ehegatten oder berücksichtigungsfähige Lebenspartnerinnen und Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz haben einen persönlichen Bemessungssatz von 70 %.

Nach § 199 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz ist eine Anpassung des Versicherungsschutzes (ggf. rückwirkend) zum Änderungstermin des Beihilfebemessungssatzes möglich, wenn der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach Änderung der Beihilfe gestellt wird.

- Ich bitte um Überprüfung** meines eigenen Krankenversicherungsumfangs im Hinblick auf die oben genannten beihilferechtlichen Änderungen zum Bemessungssatz ab 1. Januar 2023. Der Krankenversicherungsumfang meiner / meines nachfolgend genannten berücksichtigungsfähigen Ehegattin / Ehegatten / Lebenspartnerin / Lebenspartners soll in diesem Zusammenhang ebenfalls überprüft werden:

Name	Vorname	Geburtsdatum
Ergänzend dazu teile ich die Anzahl an Kindern in meinem kinderbezogenen Familienzuschlag mit:		

Datum, Unterschrift