

Beihilferegulung im Land Baden-Württemberg bei den in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversicherten Versorgungsempfängern und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen

Es bestehen häufig Unklarheiten darüber, in welchen Fällen bei dem genannten Personenkreis ein **Beihilfeanspruch** besteht. Die nachfolgenden Informationen sollen diesbezüglich Klarheit schaffen.

● **Grundsatz:**

Es gilt hier der **Sachleistungsverweis**, das heißt, der Patient **muss** die Kassenleistungen in Anspruch nehmen, wenn beim Behandler eine Kassenleistung erlangt werden kann (z.B. ambulante Behandlung beim Kassenarzt). Sofern die GKV nur einen **Kassenzuschuss** leistet (z.B. bei Zahnersatz) ist der Differenzbetrag zwischen dem beihilfefähigen Rechnungsbetrag und der Kassenleistung beihilfefähig.

Sofern die GKV **keine** Leistung zu erbringen hat (z.B. bei Behandlung durch einen **Heilpraktiker** und bei den von ihm verordneten Arzneimitteln) wird Beihilfe aus dem beihilfefähigen Rechnungsbetrag gewährt.

● **Beihilfefähige Leistungen**

- **Zahnersatz**, auch über die Regelversorgung hinausgehende Behandlungen (z.B. implantologische, funktionsanalytische und –therapeutische Behandlungen)
- **Behandlung durch Heilpraktiker** und die von ihnen verordneten Arzneimittel,
- **Hilfsmittel**, wie z.B. **Sehhilfen** (Brillen, Kontaktlinsen) und **Hörgeräte**,
- Behandlung durch einen **Nichtkassenarzt** und die von ihm verordneten Arzneimittel,
- **vorübergehende ambulante häusliche Pflege** nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 BVO, allerdings nur insoweit, als nicht vorrangig Leistungspflicht der GKV besteht,
- **stationäre Pflegekosten** nach § 9f BVO,
- **Arzneimittel** auf Privatrezept des **Kassenarztes**, die **nicht** zum Leistungskatalog der GKV gehören,
- **Fahrkosten** nach § 10a Nr. 4 BVO, soweit nicht Leistungspflicht der GKV besteht,
- **Wahlleistungen** (2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung) bei stationärer Krankenhausbehandlung, sofern monatlich der Beihilfebeitrag von 22 Euro entrichtet wird,
- stationäre Behandlung in einer **Reha-Klinik**:
 - in Reha-Klinik, die auch für **Sozialversicherte** zugelassen ist: nur **Wahlleistungen** „**Chefarztbehandlung**“,
 - in Reha-Klinik, die nur **Selbstzahler** (Privatpatienten) behandelt: **allgemeine** und **Wahlleistungen**.

● **Nicht beihilfefähige Leistungen**

Nicht beihilfefähig sind z.B. **Zuzahlungen** (z.B. Arzneimittel-Rezeptgebühr, Zuzahlung bei stationärer Krankenhausbehandlung usw.) und **andere** Kostenanteile nach dem Sozialgesetzbuch V.