

## **Beihilferegelung 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 der GKV in Anspruch nehmen, wenn beim Behandler eine Kassenleistung erlangt werden kann (z.B. ambulante Behandlung beim Kassenarzt).

### ● **GKV leistet nur einen Zuschuss zu den Aufwendungen**

Sofern die GKV nur einen **Kassenzuschuss** leistet (z.B. bei Zahnersatz), ist der Differenzbetrag zwischen dem beihilfefähigen Rechnungsbetrag und der Kassenleistung beihilfefähig.

### **Beispiel:**

- Der Rechnungsbetrag über Zahnersatz beläuft sich auf	2.500,00 €
- Beihilfefähig sind	2.100,00 €
- Abzüglich erbrachte Kassenleistung	- 450,00 €
- Beihilfefähig somit	1.650,00 €
- Hieraus 70% Beihilfe	<u><b>1.155,00 €</b></u>

### ● **GKV erbringt keine Leistung**

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.

### **Beispiel:**

- Der beihilfefähige Rechnungsbetrag eines Heilpraktikers beläuft sich auf	280,00 €
- Eine Kassenleistung wird hierzu <b>nicht</b> erbracht.	
- Somit 70% Beihilfe aus 280,00 € =	<b>196,00 €</b>

### ● **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.

- **Bescheinigung der GKV über erbrachte bzw. nicht erbrachte Leistung**

Gegenüber der Beihilfestelle ist seitens der GKV stets auf den ihr vorgelegten Rechnungsbelegen die Höhe der von ihr erbrachten Leistungen zu bestätigen (Leistungsvermerk).

Sofern die GKV **keine** Leistung zu erbringen hat, muss sie diesen Sachverhalt unter Angabe des Grundes der Nicht-Leistung auf den Rechnungsbelegen vermerken.