

Beihilferegulung im Land Baden-Württemberg bei den in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) freiwillig versicherten 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 – im Gegensatz zu den in der GKV **pflicht**versicherten Personen – **nicht** der Grundsatz des Sachleistungsverweises, d.h. der Patient muss nicht die Kassenleistung in Anspruch nehmen; er kann – sofern er bei seiner Krankenkasse seine Teilnahme am so genannten Kostenerstattungsverfahren beantragt – sich **privat** behandeln lassen.

- **Beihilfefähige Leistungen**

Es wird Beihilfe grundsätzlich wie bei einem in der privaten Krankenversicherung versicherten Beihilfeberechtigten gewährt. Beihilfefähig sind somit u.a.

- private Behandlungen durch **Kassen- und Nichtkassenbehandler** und die von ihnen verordneten **Arznei- und Hilfsmittel**,
- Behandlung durch **Heilpraktiker** und die von ihnen verordneten Arzneimittel
- **Hilfsmittel** wie z. B. Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) und Hörgeräte,
- Zahnärztliche Behandlung, auch über die Regelversorgung hinausgehende **zahnärztliche** Leistungen (z.B. Implantate),
- **Heilbehandlungen** wie z. B. Physiotherapie, Massagen),
- **Wahlleistungen** (2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung) **bei stationärer Krankenhausbehandlung**, sofern monatlich der Beihilfebeitrag von 22 Euro entrichtet wird,
- **stationäre Reha-Behandlung** nach § 7 Abs. 1 Nr. 4 BVO,
- **Kuren** nach § 8 BVO,
- Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit nach §§ 9ff. BVO (ambulant und stationär),
- Behandlungen im **Ausland**.

- **Nicht beihilfefähige Leistungen**

Nicht beihilfefähig sind – wie auch bei den in der GKV pflichtversicherten Beihilfeberechtigten – **Zuzahlungen** (z.B. Arzneimittel-Rezeptgebühr, Zuzahlung bei stationärer Krankenhausbehandlung usw.) und **andere** Kostenanteile nach dem Sozialgesetzbuch V.

- **Wie hoch ist der Beihilfebemessungssatz?**

Sofern eine Kassenleistung **erbracht** wurde, wird der nach Abzug der Kassenleistung verbleibende beihilfefähige Betrag zu **100 %** als Beihilfe gewährt.

Beispiel 1:

- Der Rechnungsbetrag über Zahnersatz beläuft sich auf	2.500,00 €
- Beihilfefähig sind	2.100,00 €
- Abzüglich erbrachte übliche Kassenleistung:	- 450,00 €
- Beihilfefähig somit:	1.650,00 €
- Hieraus 100% Beihilfe:	<u>1.650,00 €</u>

Wenn **keine** Kassenleistung erfolgt ist und in Fällen, in denen ein so genannter Wahltarif bei der GKV in Anspruch genommen wird, beträgt der Beihilfebemessungssatz **70 %** der beihilfefähigen Aufwendungen beim **Versorgungsempfänger** bzw. bei dessen **Ehegatten** und **80 %** bei mitversicherten **Kindern**.

Beispiel 2:

- Der beihilfefähige Rechnungsbetrag eines Heilpraktikers beläuft sich auf	280,00 €
- Eine Kassenleistung wird hierzu nicht erbracht.	
- Somit 70% (Versorgungsempfänger bzw. dessen Ehegatte) Beihilfe aus 280,00 € =	196,00 €

Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen der Pflegeversicherung zu nach §§ 9a, 9b Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 bis 4, §§ 9c bis 9f Absatz 1 und 2, §§ 9g bis 9j beihilfefähigen Aufwendungen grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent.

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

Gegenüber der Beihilfestelle ist seitens der GKV stets auf den ihr durch die dort versicherte Person vorgelegten Rechnungsbelegen die Höhe der von der GKV erhaltenen 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.