

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.

1. Grundsatz:

- a) Beihilfeberechtigte Personen können **pfl**ichtversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung sein, vor allem versorgungsberechtigte Personen wie Witwen, Witwer und Waisen. Auch berücksichtigungsfähige Ehepartner und Kinder von beihilfeberechtigten Personen können entweder aus eigenem Recht, z. B. aufgrund einer Berufstätigkeit oder eines Rentenbezugs oder als familienversicherte Angehörige in der GKV pfl

ichtversichert sein.

Nach § 8 Abs. 1 und 2 BVO werden pfl

ichtversicherte Personen vorrangig auf die zustehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen. Es gilt insoweit das vorrangige Sach- und Dienstleistungsprinzip einer gesetzlichen Krankenversicherung. Das bedeutet, dass ein Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung **immer** Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Krankenkassenversicherungskarte in Anspruch nehmen muss, wenn beim Behandler eine Kassenleistung erlangt werden kann (z.B. ambulante Behandlung beim Kassenarzt).

Die Aufwendungen für eine privatärztliche Behandlung bei einem **zugelassenen Kassenarzt (Vertragsarzt der GKV)** und die von diesem verordneten Arzneimittel können wegen des Verweises auf die Leistungen der GKV **nicht** als **bei hilfefähig** anerkannt werden.

- b) Sofern die in der GKV pfl

2. GKV leistet nur einen Zuschuss zu den Aufwendungen

Sofern die GKV in den vorstehend unter **a)** und **b)** genannten Fallgestaltungen 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	<u>450,00 €</u>
- Beihilfefähig somit	1.650,00 €
- Hieraus 70% Beihilfe	<u>1.155,00 €</u>

3. 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 **nicht** erbracht.
- Somit 70% Beihilfe aus 280,00 € = **196,00 €**

4. Aufwendungen für die nachfolgend aufgezählten Leistungen sind dem Grunde nach beihilfefähig:

- **Zahnersatz** (Brücken, Kronen, Prothesen, Implantate) in Verbindung mit den Einschränkungen nach der Anlage zur BVO,
- **ärztliche und zahnärztliche Behandlung bei Privatärzten (Nichtkassenärzten)** und die von Ihnen verordneten **Arznei- und Hilfsmittel** sowie **Heilbehandlungen**,
- **Behandlung** durch **Heilpraktiker** und die von ihnen verordneten Arzneimittel,
- **Hilfsmittel**, wie z.B. **Sehhilfen** (Brillen, Kontaktlinsen) und **Hörgeräte**,
- **vorübergehende ambulante häusliche Pflege** nach § 23 BVO, allerdings nur insoweit, als nicht vorrangig Leistungspflicht der GKV besteht,
- Leistungen bei **dauernder Pflegebedürftigkeit** nach § 38 BVO (ambulant und stationär).
- **Arzneimittel** auf Privatrezept des **Kassenarztes**, die **nicht** zum Leistungskatalog der GKV gehören,
- **Fahrkosten** nach § 24 BVO, soweit nicht Leistungspflicht der GKV besteht,
- **Wahlleistungen im Krankenhaus** (2-Bett-Zimmer und Chefarztbehandlung) bei stationärer Krankenhausbehandlung, sofern monatlich der Beihilfebeitrag von 22 Euro entrichtet wird. Wird im Einzelfall auf tatsächlich erlangbare Wahlleistungen verzichtet, kann für jeden Tag, an dem die Leistung berechenbar gewesen wäre, ein Tagegeld (22 € bzw. 11 €) beantragt werden.
- **stationäre Behandlung in einer Reha-Klinik**, die nur **Selbstzahler** (Privatpatienten) behandelt: **allgemeine** Leistungen; **nicht** jedoch **Wahlleistungen**.

Hinweis zur Bemessung der Beihilfe:

Die sozialen Pflegekassen übernehmen bei beihilfeberechtigten Personen die vorgesehenen Leistungen entsprechend § 28 Abs. 2 SGB XI zur Hälfte. Beihilfe wird zu den entsprechenden Leistungen mit dem Bemessungssatz von 50 % gewährt. Soweit die beihilfefähigen Aufwendungen die jeweiligen vollen Höchstbeträge nach dem SGB XI übersteigen, ist der persönliche Beihilfebemessungssatz (50, 70 oder 80 %) anzuwenden. Sind berücksichtigungsfähige Angehörige aus eigenem Recht gesetzlich versichert, ist die soziale Pflegeversicherung zur Übernahme der vollen Leistungen nach dem SGB XI verpflichtet; eine Beihilfe entfällt insoweit.

5. 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 sowie Aufwendungen bei einer Behandlung durch einen **Kassenarzt** oder **Kassenzahnarzt**.

6. 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.

7. Beihilfebemessung berücksichtigungsfähige Angehörige

Der Beihilfeberechtigte erhält Beihilfe nicht nur für sich selbst, sondern auch für seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Berücksichtigungsfähige Angehörige des Beihilfeberechtigten sind der Ehegatte und die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten.

Der Beihilfebemessungssatz beträgt bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70%, bei berücksichtigungsfähigen Kindern sowie für selbst beihilfeberechtigte Vollwaisen 80%.

Achtung Einkünftegrenze nach § 78 a Abs. 1 LBG.

Keine Beihilfe wird gewährt, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten in beiden Kalenderjahren vor der Stellung des Beihilfeantrags die maßgebliche Einkünftegrenze von 20.000 € jeweils überschritten hat.