

Merkblatt

„Beihilfen für gesetzlich krankenversicherte Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige“

In diesem Merkblatt werden Ausführungen unserer „Aktuellen Übersicht über das zurzeit geltende Beihilferecht“, die Besonderheiten bei der Gewährung von Beihilfen ausschließlich für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in der gesetzlichen Krankenkasse erläutert, jedoch können nicht alle Möglichkeiten ausreichend dargestellt werden, daher werden nur die gängigen Varianten erklärt. In Zweifelsfällen wenden Sie sich bitte – auch telefonisch während der Sprechzeiten – an die Beihilfestelle.

Bei der Antragstellung bitten wir zu beachten, dass allen Belegen unbedingt der Erstattungsnachweis der Krankenkasse beizufügen ist. Auch wenn die Krankenkasse keine Erstattung erbringt, ist dies von der Krankenkasse auf jedem einzelnen Beleg bestätigen zu lassen.

Beihilfefähige Aufwendungen

Erhält ein Beihilfeberechtigter oder eine berücksichtigungsfähige Person eine Sachleistung oder eine **Dienstleistung**, werden **keine** Beihilfen gezahlt.

Diese Regelung gilt für freiwillig und pflichtversicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Die gesetzlichen Krankenversicherungen gewähren als **Sachleistungen** beispielsweise ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlungen, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Fahrkosten und Pflegeleistungen, wobei der Versicherte entweder nicht mit Aufwendungen oder allenfalls mit einer geringen Kostenbeteiligung belastet ist.

Eine **Dienstleistung** liegt insbesondere dann vor, wenn die Versicherungsträger unmittelbar Leistungen selbst erbringen (z. B. Aufklärungsmaßnahmen zur Verhütung von Krankheiten, Durchführung von Pflegekursen).

Als Sach- oder Dienstleistung gelten auch Geldleistungen bei

- + künstlicher Befruchtung (§ 27 a SGB V),
- + kieferorthopädischer Behandlung (§ 29 SGB V),
- + Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Abs. 1 und 2 SGB V),
- + Heilmitteln (§ 32 SGB V),
- + Hilfsmitteln (§ 33 SGB V),
- + häuslicher Krankenpflege (§ 37 Abs. 4 SGB V),
- + Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 SGB V) sowie
- + die Leistungen auf Grund der Bestimmungen über die vollständige oder teilweise Kostenbefreiung (§§ 61, 62 SGB V).

Nicht beihilfefähig sind

Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass **Pflichtversicherte** an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen **Kostenerstattung** nach § 13 Abs. 2 SGB V wählen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V erhalten sowie Aufwendungen, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des **Festbetrages** nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übernimmt.

Praxisgebühren und **Zuzahlungen**, beispielsweise zu Arznei- und Verbandmitteln, Beförderungskosten, Heilmitteln (z. B. Massagen, Krankengymnastik und medizinischen Bädern), bei vollstationärer Krankenhausbehandlung sowie bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind ebenfalls nicht beihilfefähig.

Dies bedeutet, dass für **freiwillig** und **pflichtversicherte** Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen in der Regel dann noch Beihilfen gewährt werden können, wenn die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sich nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches als **Zuschuss** darstellt oder Aufwendungen für eine Behandlung entstanden sind, für die die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung erbringt. Damit entstehen beihilfefähige Aufwendungen für diesen Personenkreis in der Regel noch bei stationärer Krankenhausbehandlung, wenn Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, bei Zahnersatz- oder Heilpraktikerkosten, bei dauernder Pflege oder wenn Sie sich in privatärztliche ambulante Behandlung begeben.

Berechnung der Beihilfen

Hinsichtlich der Berechnung der Beihilfen ist Folgendes zu beachten:

Bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen,

- + die auf Grund einer Beschäftigung pflichtversichert
- + oder nach dem 31.12.1993 erstmals in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert oder freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und dem Grunde nach einen Anspruch auf einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag haben,

ist die **zustehende** Leistung der Krankenkasse (nicht Pflegeversicherung) von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen.

Auch bei **privat Versicherten**, denen tatsächlich ein **Arbeitgeberzuschuss nach § 257 SGB V** gewährt wird, wird die Beihilfe nach Abzug der zustehenden Leistung der Versicherung berechnet.

Wird die Leistung der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen, ist die Beihilfe so zu berechnen, als wenn die Krankenkasse Leistungen erbracht hätte. Dieser fiktive Leistungsbetrag der Krankenkasse muss vom Beihilfeberechtigten durch eine Bescheinigung der Krankenkasse nachgewiesen werden. Wird der Nachweis nicht erbracht, sind fiktiv 50 v. H. des Rechnungsbetrages als Kassenleistung abzusetzen.

Auf den nach Abzug der Kassenleistung verbleibenden Restbetrag wird der personenbezogene Bemessungssatz angewandt (Restkostenbeihilfe).

Beispiel

Beihilfefähige Aufwendungen:	100,00 EUR
abzüglich Leistung der Krankenkasse:	./ 50,00 EUR
verbleiben als beihilfefähig:	50,00 EUR
bei einem personenbezogenen Bemessungssatz von 70 v. H. ergibt sich als Beihilfebetrag:	35,00 EUR

Zum personenbezogenen Bemessungssatz wird auf Nr. 2 des Merkblattes Beihilfe verwiesen. Hier ist zu beachten, dass eine **Absenkung** des Bemessungssatzes um 10 v. H. für Personen, die nach dem 31.12.1993 erstmals in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert sind, nicht in Betracht kommt.

Bei Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen, die **vor dem 01.01.1994** erstmalig in der Krankenversicherung der Rentner **pflichtversichert** waren, sowie bei **freiwillig** in gesetzlichen Krankenkassen Versicherten (ohne Arbeitgeberzuschuss), werden zu den gesamten Aufwendungen Beihilfen gewährt, falls die Kasse keine Sachleistungen oder den Sachleistungen gleichgestellte Leistungen erbringt (vgl. Ziff. 1). Auf die beihilfefähigen Aufwendungen wird der personenbezogene Bemessungssatz angewandt (siehe Nr. 2 des Merkblattes). Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind nur im Rahmen der Höchstbetragsberechnung zu berücksichtigen.