Landesamt für Besoldung und Versorgung NRW- 40192 Düsseldorf - Tel. 0211 / 6023-01

Einlegeblatt
Gesetzlich versicherte Versorgungsempfänger
Beihilfe - Land

Stand: 10/2005

Dieses Einlegeblatt ist von gesetzlich versicherten Versorgungsempfängern zu beachten!

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

dieses Einlegeblatt soll die Besonderheiten bei der Gewährung von Beihilfe in Verbindung mit dem Merkblatt Beihilfe- Land ausschließlich für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in der gesetzlichen Krankenkasse erläutern. Rechtsansprüche können Sie hieraus nicht ableiten, da für die Festsetzung Ihrer Beihilfe die Beihilfevorschriften des Landes NRW - BVO - in der jeweils geltenden Fassung maßgebend sind. Die Informationen richten sich in erster Linie an Versorgungsempfänger und deren berücksichtigungsfähige Angehörige.

Bei der Antragstellung bitte ich 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.

In diesem Einlegeblatt 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.

1. Beihilfefähige Aufwendungen

Erhält eine 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 aufgrund 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 **Festbetrags** nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übernimmt.

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

Dies bedeutet, daß für **pflicht- und freiwillig versicherte** 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 wurden, bei Zahnersatzkosten oder Heilpraktikerkosten, bei dauernder Pflege

oder wenn Sie sich in privatärztliche ambulante Behandlung begeben.

2. 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 sogenannten **Arbeitgeberzuschuß** 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 Auszahlungsbetrag	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 Beihilfe). Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind nur im Rahmen der Höchstbetragsberechnung zu berücksichtigen.

3. Behandlung im Ausland

Die gesetzlichen Krankenkassen stellen für eine **Behandlung im Ausland** einen entsprechenden Auslandskrankenschein zur Verfügung. Akzeptiert der ausländische Arzt diesen Auslandskrankenschein nicht, so können Sie eine entsprechende private Arztrechnung der Kasse vorlegen. Ob hierzu im Rahmen der Beihilfenverordnung die Zahlung einer Beihilfe möglich ist, kann nur im Einzelfall bei Vorlage der Rechnung entschieden werden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr
Landesamt für Besoldung
und Versorgung