



Die Präsidentin des Landtags Nordrhein-Westfalen

Informationen für gesetzlich krankenversicherte Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige

Bei der Antragstellung ist zu beachten, dass allen Belegen unbedingt der Erstattungs-nachweis der Krankenkasse beizufügen ist. Auch wenn die Krankenkasse keine Erstat-tung erbringt, ist dies von der Krankenkasse auf jedem einzelnen Beleg bestätigen zu lassen.

Beihilfefähige Aufwendungen

Erhält ein Beihilfeberechtigter oder eine berücksichtigungsfähige Person eine **Sachlei-stung** 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- o-der Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlungen, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Fahrkosten und Pflegeleistungen, wobei der Versicherte entweder nicht mit Aufwen-dungen oder allenfalls mit einer geringen Kostenbeteiligung belastet ist. Eine Dienst-leistung liegt insbesondere dann vor, wenn die Versicherungsträger unmittelbar Lei-stungen 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 u. 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 Sozi-algesetzbuch übernimmt. **Praxisgebühren** und **Zuzahlungen** beispielsweise zu Arz-nei- und Verbandmitteln, Beförderungskosten, Heilmitteln (z.B. Massagen, Krankengymnastik und medizinischen Bädern), bei vollstationärer Krankenhausbehandlung, so-wie bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind ebenfalls nicht beihilfefähig.

Dies bedeutet, dass für **freiwillig** und **pflichtversicherte** Beihilfeberechtigte oder be-rücksichtigungsfähige Personen in der Regel dann noch Beihilfen gezahlt werden kön-nen, wenn die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sich nach den Bestim-mungen 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 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.

Dies gilt Im Übrigen auch für **privat Versicherte**, denen tatsächlich ein **Arbeitgeberzuschuss nach § 257 SGB V** gezahlt wird.

Wird die Leistung der Krankenkasse von gesetzlich Versicherten 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 % 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:	<u>- 50,00 EUR</u>
verbleiben als beihilfefähig:	50,00 EUR
bei einem personenbezogenen Bemessungssatz von 70 % ergibt sich als Beihilfebetrag:	35,00 EUR

Beim personenbezogenen Bemessungssatz ist zu beachten, dass eine Absenkung des Bemessungssatzes um 10 % 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 gezahlt, falls die Kasse keine Sachleistungen oder den Sachleistungen gleichgestellte Leistungen erbringt. Auf die beihilfefähigen Aufwendungen wird der personenbezogene Bemessungssatz angewandt. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind nur im Rahmen der Höchstbetragsberechnung zu berücksichtigen.