



Informationen zur Krankenversicherung im Rahmen des Beihilfeanspruchs

1. Ist eine Krankenversicherung Voraussetzung, um Beihilfeleistungen zu erhalten?

Ja, nach § 1 Absatz 5 der Beihilfeverordnung (BVO) haben nur die beihilfeberechtigten Beamtinnen und Beamte Anspruch auf Beihilfe, die für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen einen Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Krankheits- und Pflegefälle haben. Aus der generellen Krankenversicherungspflicht für Personen mit Wohnsitz im Inland ab 2009 ergibt sich für Beihilfeberechtigte, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, die Pflicht zum Abschluss eines beihilfekonformen Krankenversicherungsschutzes; beihilfekonform bedeutet dabei den durch den Beihilfebemessungssatz nicht abgedeckten Prozentsatz exakt durch den Krankenversicherungsschutz zu ergänzen. Für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind, ergibt sich der Umfang der Krankenversicherung bereits originär aus den Grundlagen einer gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit dem Anspruch auf Beihilfeleistungen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen erstatten wir Ihnen einen Teil Ihrer Krankheitskosten im Rahmen der Fürsorgepflichten Ihres Dienstherrn.

2. Muss eine neu abgeschlossene, geänderte oder bestehende Krankenversicherung der Beihilfestelle mitgeteilt werden?

Ja, unbedingt. Beihilfeleistungen sind je nach Art des abgeschlossenen Versicherungsverhältnisses unter Anrechnung einer Krankenversicherungsleistung oder entsprechend des prozentualen Versicherungsumfangs zu bemessen. Deshalb sind die von einer Krankenversicherung gewährten Leistungen grundsätzlich nachzuweisen. Dies geschieht jedoch je nach Art des Versicherungsverhältnisses in unterschiedlicher Form. Grundsätzlich müssen Sie bei Ihrem ersten Antrag auf Beihilfe oder bei jeder Änderung in Art und Umfang des Krankenversicherungsschutzes neben den hierzu erforderlichen Angaben im Beihilfeantrag einen entsprechenden Nachweis (z.B. Versicherungsschein in Kopie) vorlegen. Auch abgeschlossene Zusatzversicherungen und Wahltarife nach § 53 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGV V) müssen angegeben und nachgewiesen werden.

3. Wie erfolgt die Beihilfegewährung im Zusammenhang mit einem privaten Krankenversicherungsschutz?

Sofern Sie sich bei einer privaten Krankenversicherung beihilfekonform, d.h. prozentual entsprechend des Beihilfebemessungsumfangs versichert haben, genügt die Information hierzu im Beihilfeantrag und der jeweilige Nachweis (z.B. Kopie des Versicherungsscheins). Dies gilt ebenso für Änderungen im Versicherungsumfang. Ein Einzelnachweis über die gewährten Leistungen der privaten Krankenversicherung für jede einzelne Aufwendung ist nicht erforderlich. Die Beihilfeleistung wird anhand des persönlichen **Beihilfebemessungssatzes** (= ebenfalls prozentualer Anteil an den tatsächlich entstandenen und dem Grunde nach beihilfefähigen Krankheitskosten, siehe auch unter Nummer 4) errechnet.

Beträgt Ihr persönlicher Beihilfebemessungssatz zum Beispiel 50 % (aktive Beamtin/Beamter ohne Kinder oder mit einem berücksichtigungsfähigen Kind) und der private Krankenversicherungsschutz ebenfalls 50 %, genügt die erstmalige Vorlage des Versicherungsscheins und die erstmalige Angabe im Beihilfeantrag hierzu. Zu den einzelnen Belegen (z.B. Rechnungen oder Rezepte) benötigen wir dann keine nachgewiesenen Krankenversicherungsleistungen.

4. Wie hoch ist der persönliche Bemessungssatz?

Der Bemessungssatz beträgt für

- beihilfeberechtigte aktive Beamtinnen bzw. Beamte ohne Kind oder mit einem berücksichtigungsfähigen Kind **50 %**
- beihilfeberechtigte Beamtinnen bzw. Beamte mit mindestens zwei berücksichtigungsfähigen Kindern **70 %**
- einen berücksichtigungsfähigen Ehegatten **70 %**
- ein berücksichtigungsfähiges Kind **80 %**
- beihilfeberechtigte Empfänger von Versorgungsbezügen (Beamtin bzw. Beamter im Ruhestand, Witwen, Witwer) **70 %**
- Waisen, die Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen erhalten und damit selbst beihilfeberechtigt sind **80 %**
- entpflichtete Hochschullehrer/innen **50 %.**

Die Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern ist dann gegeben, wenn die Kinder bei Ihnen als der / dem Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind. Ein Ehegatte ist bei Ihnen dann berücksichtigungsfähiger Angehöriger, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) in den beiden Kalenderjahren vor der Stellung des Beihilfeantrags **jeweils** 18.000 EUR nicht übersteigt.

5. Wie erfolgt die Beihilfegewährung im Zusammenhang mit einem gesetzlichen Krankenversicherungsschutz?

Bei einem gesetzlichen Krankenversicherungsschutz muss zunächst zwischen einer freiwilligen Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflichtmitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung unterschieden werden.

a) Pflichtmitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung

Dies sind in der Regel berücksichtigungsfähige Angehörige von Beihilfeberechtigten wie z.B. Ehegatten oder Kinder. Sofern eine Pflichtmitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung besteht, gilt das vorrangige Sach- und Dienstleistungsprinzips einer gesetzlichen Krankenversicherung. Das bedeutet, dass ein Pflichtmitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung immer zunächst Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Krankenversicherungskarte in Anspruch zu nehmen hat. Ist dies nicht erfolgt, besteht auch kein Anspruch auf Beihilfe zu den fraglichen Aufwendungen. Die gewährten Krankenversicherungsleistungen sind daher zu jeder geltend gemachten Aufwendung auf dem jeweiligen Beleg immer nachzuweisen. Auch eine „Nichtleistung“, d.h. keine Erstattung, ist auf dem Beleg zu vermerken, wobei auch der Grund für die Nichtleistung anzugeben ist.

Dies kann z.B. dann der Fall sein, wenn eine Leistung aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung gestrichen wurde (z.B. Brillen für einen größeren Personenkreis oder nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel usw.).

b) Freiwillige Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung

Auch bei freiwilligen Mitgliedern in einer gesetzlichen Krankenversicherung gilt das vorrangige Sachleistungsprinzip, d.h. die Inanspruchnahme der Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung. Im Unterschied zur Pflichtmitgliedschaft wird freiwillig versicherten Personen jedoch auch dann eine Beihilfe gewährt, wenn sie die Sachleistung der Krankenversicherung nicht in Anspruch genommen haben, allerdings nur zum jeweiligen persönlichen Bemessungssatz (siehe auch unter Nummer 4) zu den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen.

Bei Inanspruchnahme der Sachleistungen der Krankenversicherung erhalten freiwillig versicherte Personen auf die dann nach Anrechnung der Kassenleistung verbleibenden dem Grunde nach beihilfefähigen Kosten eine volle Kostenerstattung (100% Bemessungssatz nach Anrechnung der erlangbaren Kassenleistung).

Die gewährten Krankenversicherungsleistungen sind daher zu jeder geltend gemachten Aufwendung auf dem jeweiligen Beleg immer nachzuweisen. Auch eine „Nichtleistung“, d.h. keine Erstattung, ist auf dem Beleg zu vermerken, wobei auch der Grund für die Nichtleistung anzugeben ist. Um den in gesetzlichen Krankenversicherungen freiwillig versicherten Beihilfeberechtigten beim Nachweis der einzelnen Krankenversicherungsleistungen behilflich zu sein, steht ein entsprechender Vordruck mit der Bezeichnung 305a4 im Internet/Intranet zur Verfügung oder kann auf Anfrage auch zugesandt werden.

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG oder auch Gesundheitsreform 2007 genannt) wirkt sich auch auf die Beihilfeleistungen für freiwillig versicherte Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung aus.

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten zwischenzeitlich die verschiedensten Tarifvarianten als so genannte Wahltarife an. Bezüglich der Beihilfeleistungen im Zusammenhang mit solchen Wahltarifen bleibt es bei den bisherigen beihilferechtlichen Regelungen, wonach von der Krankenkasse gewährte Geldleistungen grundsätzlich von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen sind.

Auch sind bei Abschluss von Wahltarifen folgende Aufwendungen von der Beihilfefähigkeit weiterhin ausgenommen:

- die bereits oben erläuterte Sach- und Dienstleistung der gesetzlichen Krankenversicherung,
- die geltenden Festbeträge bei Arznei- und Verbandmitteln,
- die gesetzlich vorgesehenen kleineren Kostenanteile (insbesondere Zuzahlungen, Praxisgebühr u.ä.) sowie Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Der oben erläuterte besondere Bemessungssatz von 100 % gilt auch weiterhin nur, wenn die Kassenleistung das in der gesetzlichen Krankenversicherung übliche Maß nicht unterschreitet. Dies bedeutet, dass bei Vereinbarung von Wahltarifen, die eine geringere Kassenleistung (z.B. in Form von prozentualen oder betragsmäßigen Selbstbehalten) oder Prämienzahlung bzw. Zuzahlungsermäßigung vorsehen, keine Erhöhung des Bemessungssatzes auf 100 % für den verbleibenden Restbetrag erfolgt, sondern es bei dem persönlichen Bemessungssatz (siehe auch unter Nummer 4) bleibt.

Dies gilt auch für Wahltarife, die eine Beitragsrückerstattung (z.B. Prämie für Leistungsfreiheit) vorsehen.

Diese Erläuterungen zu den Wahltarifen gelten nur für freiwillig versicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung mit beamtenrechtlichen Beihilfeanspruch nach der Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg. Sie beziehen sich auch nicht auf Zusatzversicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen.

- c) Allen beiden Versicherungsarten (freiwillige Mitgliedschaft und Pflichtmitgliedschaft) ist gemeinsam, dass die in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen kleineren Kostenanteile (z.B. Zuzahlungen zu Arzneimitteln oder auch die Praxisgebühr)-oder Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung in keinem Fall beihilfefähig sind. Ebenso sind Aufwendungen, die darauf beruhen, dass die bei dem aufgesuchten Leistungserbringer mögliche Sach- oder Dienstleistung nicht beansprucht wurde oder darauf beruhen, dass das Kostenerstattungsverfahren gewählt wurde, nicht beihilfefähig.

6. Sonstige Krankenversicherungsverhältnisse

Neben den oben angesprochenen Krankenversicherungsverhältnissen gibt es noch eine Vielzahl anderer Versicherungssysteme (z.B. private studentische Krankenversicherungen, Festkostentarife oder ausländische gesetzliche Sicherungssysteme), deren Erstattungsleistungen anzurechnen sind oder die die Beihilfeleistungen in anderer Art und Weise beeinflussen können.

Bei diesen Informationen zum Krankenversicherungsschutz und dem Zusammenwirken mit dem Beihilfeanspruch handelt es sich um stark generalisierte Informationen aus Gründen des Überblicks und der Verständlichkeit. Keinesfalls sind damit alle möglichen Lebensumstände und die daraus resultierenden Versicherungsschutzbedingungen und deren Auswirkungen auf den Beihilfeanspruch erläutert. Wir empfehlen Ihnen ausdrücklich sich bei Fragen oder Unklarheiten zeitnah an Ihr zuständiges Beihilfearbeitsgebiet bzw. Krankenversicherungsunternehmen zu wenden.

Ihr
Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg