Gesetzlich krankenversicherte Beamte

Besondere Bestimmungen für gesetzlich krankenversicherte Beamtinnen und Beamte sowie gesetzlich krankenversicherte Angehörige von Beamtinnen und Beamten (GKV-Patienten)

Stand: August 2022

Kurz und knapp:

Beihilfeleistungen sind für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen bzw. Patienten grundsätzlich nur möglich, wenn die GKV keine Leistungen oder reine Zuschussleistungen erbringt. Folgende Beispiele fallen hierunter:

- Wahlleistungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt
- Zahnersatz
- heilpraktische Behandlung
- privatärztliche Behandlung

Das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen außerhalb der Standardleistungen nach dem SGB V verändert sich ständig. Aufgrund der Rechtsänderungen der BVO NRW ab 01.01.2020 werden die Erstattungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen verstärkt abgefragt.

Zur beihilfenrechtlichen Prüfung wird grundsätzlich ein Nachweis der Kassenleistung bzw. ein Ablehnungsbescheid der gesetzlichen Krankenkasse benötigt, der zusammen mit dem Beihilfeantrag eingereicht werden muss.
Noch besser: Sie verwenden den Beihilfe-Vordruck: Bescheinigung über die Ablehnung von Krankenkassenleistungen

(Nicht erforderlich bei Zuschüssen zum Zahnersatz). Wird die gesetzliche Krankenkasse gewechselt, ist diese Information an die Beihilfekasse hilfreich.

Wichtige Einschränkung:

Wenn die Krankenkasse nicht leistet, obwohl eine Leistung zusteht (z. B. bei Verzicht oder Inanspruchnahme einer Ärztin bzw. eines Arztes ohne Kassenzulassung) sind die zustehenden Leistungen

der Krankenkasse von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt bei Personen, die

- aufgrund einer Beschäftigung pflichtversichert oder
- nach dem 31.12.1993 erstmals in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert oder
- mit einem dem Grunde nach zustehenden Anspruch auf einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag freiwillig versichert sind.

Dies bedeutet, dass die bzw. der unter die Einschränkungen fallende Patientin bzw. Patient beihilfenrechtlich so gestellt wird, als hätte sie bzw. er z. B. einen „Kassenarzt“ aufgesucht und die GKV hätte die Kosten (teilweise) übernommen. Diese fiktive Kostenerstattung wird von den beihilfefähigen Aufwendungen abgezogen.

Für vertieft Interessierte:

Im Grundsatz sind gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten ebenso beihilfeberechtigt wie privat Versicherte. Da mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jedoch in der Regel ein umfassender Versicherungsschutz gewährleistet ist, sind die Beihilfeleistungen deutlich eingeschränkt.

Die gängigste Abwicklung im Arzt-Patienten-GKV-Verhältnis ist, dass die Ärztin bzw. der Arzt nach Vorlage der Versichertenkarte unmittelbar mit der GKV abrechnet. Ebenso geschieht dies bei Krankenhäusern, Apotheken, Sanitätshäusern sowie Therapeutinnen bzw. Therapeuten. Im Ergebnis erhält die bzw. der gesetzlich krankenversicherte Patientin bzw. Patient damit Sach- oder Dienstleistungen.

Geldleistungen:

Eine Beihilfe ist ausgeschlossen, wenn die Krankenkasse Geldleistungen gewährt bei:

- künstlicher Befruchtung (§ 27a SGB V)
- kieferorthopädischer Behandlung (§ 29 SGB V)
- Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Absatz 1 und 2 SGB V)
- Heilmitteln (§ 32 SGB V)
- Hilfsmitteln (§ 33 SGB V und § 40 Absatz 2 SGB XI)
- Häuslicher Krankenpflege (§ 37 Absatz 4 SGB V)
- Haushaltshilfe (§ 38 Absatz 4 SGB V) sowie
- Leistungen auf Grund der Bestimmungen über die vollständige oder teilweise Kostenbefreiung (§ 62 SGB V)

In diesen Fällen ist eine Beihilfegewährung unabhängig von der Art der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse (Pflichtmitgliedschaft bzw. freiwillige Mitgliedschaft) immer ausgeschlossen (§ 3 Absatz 3 BVO NRW).

Kostenerstattung für Pflichtmitglieder:

Ausschließlich für Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenkasse gilt darüber hinaus ein Ausschluss auch für alle anderen Leistungen, für die im Rahmen der Kostenerstattung durch die GKV Geldleistungen gewährt werden. Seit 2004 haben alle gesetzlich Krankenversicherten die Möglichkeit, bei ihrer Krankenkasse die Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V zu beantragen. Damit treten sie dem Leistungserbringer wie eine Privatpatientin bzw. ein Privatpatient gegenüber und erhalten entsprechende Rechnungen, die sie dann bei der zuständigen Krankenkasse zur Erstattung einreichen können.

Zuzahlungen:

Ebenfalls sind Zuzahlungen nicht beihilfefähig, z. Bsp. zu Arzneimitteln, Physiotherapie oder bei Krankenhausbehandlung.

Individuelle Gesundheitsleistungen:

Nicht selten werden durch die Ärztinnen und Ärzte sogenannte individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten. Die Patientin bzw. der Patient vereinbart mit der Ärztin oder dem Arzt diese Behandlung in einem privaten Behandlungsvertrag. IGeL gehören nicht zum festgeschriebenen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie werden daher im Grundsatz von keiner Krankenkasse erstattet. Da die Krankenkassen für ihre Versicherten grundsätzlich alle medizinisch notwendigen Aufwendungen erstatten, wird auch die Beihilfekasse diese Leistungen der Ärztin oder des Arztes zunächst hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit einer kritischen Prüfung unterziehen. IGeL, die nach dem 01.01.2020 entstanden sind, sind bei freiwillig gesetzlich Versicherten dann beihilfefähig, wenn sie im Grundsatz dem Leistungsspektrum der BVO NRW entsprechen. In Zweifelsfällen werden vor einer Beihilfengewährung zunächst weitere Erläuterungen der Ärztin oder des Arztes erforderlich sein.
Bei gesetzlich Pflichtversicherten sind IGeL weiterhin grundsätzlich nicht beihilfefähig.

Diese Information soll Ihnen einen ersten Überblick über die Besonderheiten geben, die für gesetzlich krankenversicherte Beamtinnen und Beamte und gesetzlich krankenversicherte Angehörige von Beamtinnen und Beamten gelten. Sie erhebt nicht den Anspruch alle möglichen Fallkonstellationen abzudecken. Bitte fragen Sie im Zweifelsfall vor der Behandlung nach.

Rechtliche Hinweise

Dieses Merkblatt soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Bestimmungen zur Beihilfe geben. Bitte haben Sie jedoch Verständnis dafür, dass dieses Merkblatt nur eine begrenzte Übersicht der umfangreichen Bestimmungen geben kann. Rechtsansprüche können Sie hieraus nicht ableiten.

Kundenservice

Sie erreichen uns telefonisch

- täglich von 10:00 bis 11:00 Uhr
- zusätzlich montags bis donnerstags von 14:00 bis 15:00 Uhr

unter +49 221 8273-4477.

oder über unser Kontaktformular unter https://versorgungskassen.de/kontakt.html

Gerne können Sie uns auch ein Fax senden unter: +49 221 8284-3686

Herausgegeben von:

Rheinische Versorgungskassen
Mindener Straße 2
50679 Köln
www.versorgungskassen.de