

Informationen zur Beihilfe



Allgemeines zur Beihilfe Rheinland-Pfalz

Stand: September 2011

Allgemeines zur Beihilfe Rheinland-Pfalz

Definition

Beihilfen sind Kostenbeteiligungen des Dienstherrn an Aufwendungen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen, in Fällen des nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und beruhen auf der Fürsorgepflicht des Dienstherrn gemäß § 66 Landesbeamtengesetz Rheinland-Pfalz (LBG).

§ 66 LBG ist die Rechtsgrundlage für die seit dem 01.08.2011 in Rheinland-Pfalz gültige Beihilfeverordnung (BVO).

Die Vorschriften über die Gewährung von Beihilfen sind die nach Auffassung des Dienstherrn angemessene Festlegung und Konkretisierung der Fürsorgepflicht.

Grundsatz

Beihilfefähig sind die **notwendigen und angemessenen Aufwendungen** für die Beihilfeberechtigten, die berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner und die berücksichtigungsfähigen Kinder.

Die Begrenzung auf die Notwendigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen hat zur Folge, dass nicht alles, was heute auf dem medizinischen Sektor möglich und machbar ist, auch beihilfefähig ist.

Im Zweifelsfall richten Sie daher bitte **vorab** eine Anfrage an Ihre Beihilfefestsetzungsstelle!

Personenkreis

Diese Informationen richten sich in erster Linie an die privat versicherten Beamtinnen und Beamten sowie Versorgungsempfänger, die eine Beihilfe nach der Beihilfeverordnung des Landes Rheinland-Pfalz (BVO) geltend machen können.

Für Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen (AOK, DAK, BEK etc.) gelten Sonderbestimmungen. Danach sind bei Beihilfeberechtigten, die in den gesetzlichen Krankenkassen pflichtversichert, freiwillig- oder rentenversichert sind, die beihilfefähigen Aufwendungen um die Leistungen der Kranken- oder Ersatzkasse zu kürzen. Hierzu sind die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse gegenüber der Festsetzungsstelle nachzuweisen. Bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen ist stets der höchstmögliche Festzuschuss als Leistung der Krankenkasse (§ 55 Abs. 1 SGB V) anzusetzen.

In der gesetzlichen Krankenkasse Versicherte, die aus dem selben Beschäftigungsverhältnis sowohl beihilfeberechtigt als auch pflichtversichert sind, sind für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die in der Familienversicherung versichert oder die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, ausschließlich auf die ihnen zustehenden Leistungen (Sachleistungen) angewiesen. Als Sachleistung gelten auch die gesetzlich vorgesehene Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und die Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel.

Bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen sind die Aufwendungen bis zur Höhe des zweifachen Festzuschusses nach § 55 Abs. 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass der Pflichtversicherte diese Leistungen nicht in Anspruch nimmt oder dass anstelle der Sachleistung eine Geldleistung gewährt wird, sind nicht beihilfefähig. Dies gilt auch für den Verzicht auf kassenärztliche Versorgung bei Behandlung durch einen Heilpraktiker.

In den Fällen, in denen die Krankenkassen dem Grunde nach keine Leistungen vorsehen oder nur einen Zuschuss leisten (z.B. prothetische Versorgung von Zähnen), sind die Aufwendungen im Rahmen der Beihilfenverordnung beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind um den Zuschuss der gesetzlichen Krankenkasse zu kürzen.

Antragstellung

Beihilfen können nur auf Antrag der Beihilfeberechtigten (Beamte, Tarifbeschäftigte und Schulpraktikanten) gewährt werden.

Für die Antragstellung stehen die entsprechenden Formblätter auf den Internetseiten der Rheinischen Versorgungskassen zur Verfügung.

Die Anträge sind von den Beihilfeberechtigten selbst zu unterschreiben. Die vollständige und eindeutige Beantwortung aller Fragen bei der Antragstellung ist unerlässlich und erspart arbeits- und zeitaufwändige Rückfragen.

In allen Schreiben geben Sie bitte die Beihilfe-Personalnummer an.

Es ist nicht möglich einen Antrag per Fax oder E-Mail zu stellen

Antragsfrist

Eine Beihilfe kann nur zu Aufwendungen gewährt werden, die spätestens innerhalb von zwei Jahren nach der Entstehung der Aufwendungen, jedoch nicht vor Ablauf von zwei Jahren nach der ersten Ausstellung der Rechnung geltend gemacht werden. Dabei handelt es sich um eine sog. Ausschlussfrist, die im Regelfall durch Rückfragen, fehlende Nachweise o. ähnliche zeitliche Verzögerungen nicht hinausgeschoben oder verlängert werden kann.

Höchstbetrag der Beihilfe

Die Beihilfevorschriften sehen generell eine Erstattungsbegrenzung vor; d. h. die Beihilfe darf zusammen mit den Leistungen von dritter Seite (z.B. der Krankenversicherung) nicht zu einer über die tatsächlichen Aufwendungen hinausgehenden Erstattung führen.

Die Versicherungsleistung muss daher nachgewiesen werden. Bei privat versicherten Beihilfeberechtigten geschieht dies durch eine vorzulegende Versicherungsbescheinigung über Beginn und Umfang der Versicherung, die dem letzten Stand der Versicherung entsprechen muss und bei Vertragsänderungen zu aktualisieren ist.

Kosten

Die entstandenen Kosten sind durch Vorlage entsprechender Nachweise zu belegen. Kopien oder Zweitschriften der Rechnungsbelege sind ausreichend.

Originalbelege

Zum Zwecke der Beihilfenfestsetzung dürfen durch die Festsetzungsstelle Belege und Schriftstücke in elektronischer Form abgebildet und gespeichert, die in ihnen enthaltenen Daten elektronisch ausgelesen und weiterverarbeitet werden. Da in diesen Fällen die vorgelegten Belege nach Digitalisierung vernichtet werden, sind hier keine Originalbelege vorzulegen. Bitte achten Sie darauf, dass ausschließlich gut lesbare Kopien der Arztrechnungen, Rezepte u. ä. vorgelegt werden.

Bemessungssätze

Die Bemessungssätze betragen für die Aufwendungen, die entstanden sind für:

- Beihilfeberechtigte ohne bzw. mit einem berücksichtigungsfähigen Kind **50 %**,
- Beihilfeberechtigte mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern **70 %**,
(Bei mehreren beihilfeberechtigten Personen gilt dies nur für diejenige, die den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag bezieht.)
- Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner, soweit berücksichtigungsfähig (Einkünfte von weniger als 20.450,00 € im zweiten Kalenderjahr vor der Antragstellung) **70 %**,
- berücksichtigungsfähigen Kindern **80 %**.

Der Beihilfebemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen zum Zeitpunkt des Entstehens (Behandlungsdatum/ Kaufdatum) der Aufwendungen.

Nach § 58 Absatz 3 BVO **ermäßigt sich der zustehende Bemessungssatz um 20 %** bei Personen, die Mitglied in der **privaten Krankenversicherung** sind **und** nach Maßgabe des § 257 SGB V **einen Zuschuss zu ihren Versicherungsbeiträgen erhalten.**

Dies gilt auch für Personen, die **freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse** im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB V sind **und einen Zuschuss nach § 257 SGB V zum Krankenkassenbeitrag erhalten und die Krankenkasse nachweislich keine Leistungen zu den Aufwendungen gewährt.**

Bei Mitgliedern einer Krankenkasse im Sinne des § 4 Abs. 2 SGB V, die den Krankenkassenbeitrag in voller Höhe selbst tragen und auf die § 9 Abs. 3 BVO Anwendung findet, erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 %, wenn sie gegen ihre Krankenkasse der Höhe nach gleiche Leistungsansprüche wie Pflichtversicherte haben. Der Krankenkassenbeitrag gilt auch dann als in voller Höhe selbst getragen, wenn ein Rentenversicherungsträger zugunsten der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person einen eigenen Beitrag zur Krankenversicherung der Rentner oder einen Zuschuss zum Krankenkassenbeitrag von insgesamt nicht mehr als 41,00 € monatlich zahlt.

Kostendämpfungs- pauschale

Nach § 60 BVO ist die verbleibende Beihilfe je Kalenderjahr um eine Kostendämpfungspauschale zu kürzen.

Waisen, Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und gesetzlich versicherte Beihilfeberechtigte zahlen keine Kostendämpfungspauschale; ebenso nicht die Personen, die im Jahr des Todes eines Beihilfeberechtigten und im Folgejahr eine Beihilfe für die Kosten der letzten Krankheit und des Todes des Beihilfeberechtigten beantragen.

Die Höhe der Kostendämpfungspauschale des laufenden Kalenderjahres richtet sich - unabhängig vom Entstehen der mit dem ersten Beihilfeantrag des Jahres geltend gemachten Aufwendungen - nach den zum Zeitpunkt der erstmaligen Antragstellung im laufenden Kalenderjahr maßgebenden Verhältnissen; dies gilt auch für die Kostendämpfungspauschale vergangener Jahre, soweit in diesen kein Beihilfeantrag gestellt wurde.

Erreichbarkeit

Telefonisch sind die Sachbearbeiter/innen Montag bis Freitag in der Zeit von 8.00 - 12.00 Uhr erreichbar und zusätzlich Donnerstag von 14.00 – 16.00 Uhr.

Besuchstermine sprechen Sie bitte vorher mit Ihrem Ansprechpartner/Ihrer Ansprechpartnerin ab.

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.

Impressum


Herausgeber:

Rheinische Versorgungskassen

Adresse:

Rheinlandhaus
Mindener Straße 2
50679 Köln

 www.versorgungskassen.de

 info@versorgungskassen.de


 (0221) 82 73-0

Ansprechpartnerin:

Bianka Fehr

 (0221) 82 73-44 88

 (0221) 82 84-36 86

 beihilfen@versorgungskassen.de