Rheinische Versorgungskassen



INFORMATIONEN ZUM BEIHILFENRECHT NRW

INHALT

// Die Rheinischen Versorgungskassen

Vorwort 4
Über die RVK und die Beihilfekasse 5

// Beihilfe im Überblick

Was ist Beihilfe? 6
Wer kann Beihilfen bekommen? 7
Für was gibt es Beihilfen? 8
- Krankheit
- Pflege
- Geburt
- Tod
- Vorsorgemaßnahmen / Prävention

Wieviel Beihilfe gibt es? 9
Bemessungssatz 10

// Verfahren

Antragstellung 11
- Erstantrag 12
- Langantrag 13
- Kurzantrag 14

Beihilfe App 15
Bearbeitungszeiten und Zwischennachrichten 17
Wenn mal was nicht klappt 18

// Praxisbeispiele

Reha/Kur (Vorverfahren) 19
Psychotherapie (Vorverfahren) 21
Zahnimplantate (Vorverfahren) 23
Zahnersatz 25
Kieferorthopädie 26
Hilfsmittel 27
Wahlleistungen im Krankenhaus 29
Privatkliniken 31
Unfall 32
Pflege 33
Auslandsbehandlungen 35
Beihilfen in Todesfällen 37
Besonderheiten bei gesetzlich krankenversicherten Personen 39
Besonderheiten Polizeibeamt*innen 40
Besonderheiten Tarifbeschäftigte 41

// Weitere Informationen

Rechtsgrundlagen 43
Kontaktdaten 44
Organspendeausweis 45

VORWORT

Wir freuen uns, Ihnen mit diesem Praxisleitfaden eine kompakte Information rund um Ihre Beihilfeberechtigung zur Verfügung stellen zu können.

Das Beihilfenrecht ist kompliziert und regelmäßigen Änderungen unterworfen. Mit diesem Leitfaden möchten wir Ihnen eine praxisnahe Orientierung geben und Ihnen aufzeigen, bei welchen Gelegenheiten es Besonderheiten beim Verfahren zu beachten gilt. Zum Beispiel, in welchen Fällen eine Voranerkennung durch die Beihilfekasse zwingend vorgeschrieben ist.

Ihre Dienstherren bzw. Arbeitgeber haben die Erwartung an die Beihilfekasse, dass die Beihilfen „nur“ im vom Gesetzgeber vorgesehenen Umfang erbracht werden. Nicht selten kommt es aufgrund der gesetzlichen Vorgaben zu Rechnungskürzungen oder es kann gar keine Beihilfe gewährt werden. Die Erstattungen der privaten Krankenversicherungen können sich dadurch deutlich von den Erstattungen der Beihilfekasse unterscheiden, da diese Versicherungen Ihnen die Leistungen in Abhängigkeit des gewählten Versicherungstarifes erstatten. Der Leitfaden soll Sie insoweit auch dafür sensibilisieren, dass es regelmäßig zu Leistungsunterschieden gegenüber der privaten Krankenversicherung kommen kann.

Bitte beachten Sie, dass diesem Praxisleitfaden die Rechtslage vom 01.01.2026 zu Grunde liegt. Es bietet sich im Zweifelsfall immer an, vorherige Rücksprache mit der Beihilfekasse zu halten.

Wir wünschen Ihnen eine möglichst aufschlussreiche Lektüre

Ihre Rheinischen Versorgungskassen

Änderungen im Beihilfenrecht:
https://versorgungskassen.de/beihilfen/nachrichten.html

ÜBER DIE RVK UND DIE BEIHILFEKASSE

Die Rheinischen Versorgungskassen (RVK) sind eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit eigener Satzungskompetenz, eigenem Budget und eigenen Selbstverwaltungsorganen mit Sitz in Köln-Deutz.

Sie sind in erster Linie Dienstleister für Städte, Gemeinden und Kreise in Sachen Beihilfen, Personalentgelte sowie Beamten- und Zusatzversorgung.

Die Beihilfebearbeitung wird seit 1997 als Komplettservice angeboten.
In der Beihilfekasse werden die Beihilfenrechte der Länder Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz sowie des Bundes angewendet. Dabei werden jährlich Beihilfen für ca. 28.000 beihilfeberechtigte Personen berechnet.



Beihilfenrecht

Auf unserer Internetseite finden Sie zahlreiche Informationen und Merkblätter zum Beihilfenrecht. Dort finden sich viele Antworten auf Ihre Fragen.



Weitere Informationen:
https://versorgungskassen.de/beihilfen/infos-zum-beihilfenrecht.html

WAS IST BEIHILFE?

Die Beihilfeberechtigten erhalten Beihilfen als Ergänzung zu der aus den laufenden Bezügen zu bestreitenden Eigenvorsorge. Insofern ist der Rahmen dessen, was die Beihilfe abdeckt, durch den Gesetzgeber durchaus gestaltbar. Keinesfalls ist es so, dass die Beihilfe alle Ausgaben abdeckt, die im Zusammenhang mit Krankheiten, Pflegebedürftigkeit, Geburts- und Todesfällen anfallen können. Vielmehr gibt es in manchen Lebensbereichen eben auch keine Beihilfeleistungen. Dies gilt unabhängig davon, ob es für die Aufwendungen eine (medizinische) Notwendigkeit gibt.

Beispiele dafür sind:

- rezeptfreie Arzneimittel bei Erwachsenen, die auch dann nicht beihilfefähig sind, wenn sie ärztlich verordnet wurden*,
- kieferorthopädische Behandlungen von Erwachsenen*,
- rezeptpflichtige Schnupfen- und Abführmittel bei Erwachsenen*,
- Haushaltshilfen bei Erkrankung einer nicht geringfügig beschäftigten haushaltsführenden Person sowie
- Bestattungskosten.

* Es gibt seltene Ausnahmefälle

Rechtsgrundlagen: § 75 Landesbeamtengesetz NRW

i

Beihilfe

Die Beihilfe ist eine Ergänzung zu den Bezügen, die der Dienstherr seinen Beamt*innen in Krankheits-, Geburts-, Pflege- und Todesfällen gewährt.

WER KANN BEIHILFEN BEKOMMEN?

Das Beihilfenrecht unterscheidet zwischen den eigentlichen beihilfeberechtigten Personen, also den Anspruchsberechtigten, und deren sogenannten berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Berücksichtigungsfähige Angehörige können Ehepartner*innen oder eingetragene Lebenspartner*innen oder die Kinder der beihilfeberechtigten Person sein. Nur die beihilfeberechtigte Person selber kann Anträge stellen oder sich mit sonstigen Anliegen an die Beihilfekasse wenden.

Beihilfeberechtigte Person

Beihilfeberechtigte Personen sind in der Regel aktive Beamt*innen oder Versorgungsberechtigte (Ruhestandsbeamt*innen oder Witwen bzw. Witwer von Ruhestandsbeamt*innen). Sie erhalten Beihilfen, solange sie laufende Bezüge erhalten (Dienst- oder Versorgungsbezüge). Das bedeutet, dass die Gewährung von Beihilfe an die Zahlung von laufenden Bezügen geknüpft ist. Sobald diese laufenden Bezüge nicht mehr gezahlt werden, ist im Regelfall die Gewährung von Beihilfe ausgeschlossen. In einem solchen Fall ist zu prüfen, ob ein Sondertatbestand besteht, der trotzdem noch die Gewährung von Beihilfen zulässt (z. B. bei Elternzeit von Beamt*innen, die mit einer in der Privatwirtschaft beschäftigten Person verheiratet sind und nicht in deren gesetzliche Krankenversicherung als familienversicherte Person aufgenommen werden).

Ehepartner*in oder eingetragene Lebenspartner*in der beihilfeberechtigten Person

Die Aufwendungen von Ehepartner*innen oder eingetragenen Lebenspartner*innen der beihilfeberechtigten Personen sind nur dann beihilfenrechtlich zu berücksichtigen, wenn diese nicht selbst beihilfeberechtigt sind und wirtschaftlich unselbstständig sind. Das Beihilfenrecht geht pauschalierend von einer wirtschaftlichen Unselbstständigkeit im Antragsjahr aus, wenn die Einkünfte im Kalenderjahr vor Entstehen der Aufwendungen folgende Einkommensgrenzen nicht überschritten haben:
- für Aufwendungen, die im Jahr 2024 entstanden sind, 21.995 Euro.
- für Aufwendungen, die im Jahr 2025 entstanden sind, 23.001 Euro.
- für Aufwendungen, die im Jahr 2025 entstehen, 23.861 Euro.

Die Einkommensgrenze wird regelmäßig im gleichen Verhältnis, wie sich der Rentenwert West erhöht, ab dem Kalenderjahr 2022 angepasst (mit Wirkung für das auf die Rentenerhöhung folgende Kalenderjahr).
Für getrenntlebende Ehepartner*innen oder eingetragene Lebenspartner*innen werden Beihilfen nur dann gewährt, wenn sie einen Unterhaltsanspruch (§ 1361 BGB/§ 12 LPartG) gegen die beihilfeberechtigte Person haben. Für geschiedene Ehepartner*innen oder eingetragenen Lebenspartner*innen werden keine Beihilfen gewährt.

Kinder der beihilfeberechtigten Person

Die Aufwendungen der Kinder der beihilfeberechtigten Person sind nur dann beihilfenrechtlich zu berücksichtigen, wenn diese nicht selbst beihilfeberechtigt sind und im Familienzuschlag berücksichtigt werden oder berücksichtigungsfähig sind. Der Familienzuschlag wird für minderjährige Kinder gewährt. Für volljährige Kinder wird der Familienzuschlag nur dann gewährt, wenn sich das Kind noch in Ausbildung befindet und das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
Um Beihilfen für sein volljähriges Kind zu bekommen, ist es im Regelfall ausreichend, wenn die Zahlung des Familienzuschlags nachgewiesen wird. Es ist nicht erforderlich, Ausbildungsverträge, Schul- oder Studienbescheinigungen an die Beihilfekasse zu senden.

⚠ Wenn beide Elternteile beihilfeberechtigt sind, wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen für ein Kind nur der Person gezahlt, die den entsprechenden Anteil des Familienzuschlags tatsächlich erhält.

https://versorgungskassen.de/beihilfen/infos-zum-beihilfenrecht.html

FÜR WAS GIBT ES BEIHILFEN?

Krankheit

Bei Krankheit sind die notwendigen Aufwendungen zur Wiedererlangung der Gesundheit beihilfefähig.
Darunter fallen z. B. die Rechnungen für ärztliche Behandlungen, die Kosten für Medikamente oder für Hilfsmittel. Auch Aufwendungen für Psychotherapien oder Rehabilitationsmaßnahmenfallen hierunter.

Pflege

Sämtliche Leistungen, die im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) geregelt sind, werden auch im Beihilfenrecht gewährt, z. B. Pflegegeld, Pflegehilfsmittel, Zuschüsse für den pflegebedingten Umbau des Wohnumfeldes oder Leistungen in einer stationären Pflegeeinrichtung.

Bei einer stationären Pflege kann abhängig von den Einkommensverhältnissen auch eine Beihilfe zu den Kosten der Unterkunft und Verpflegung in der Pflegeeinrichtung gewährt werden.

Geburt

In Geburtsfällen werden Beihilfen für die Aufwendungen der Schwangerschaftsüberwachung, der Entbindung, des Wochenbetts und der Säuglingsausstattung gewährt (für die Erstausstattung gibt es einen Zuschuss von 170 Euro).

Tod

Im Todesfall können Beihilfen nur zu den Aufwendungen für die gesetzlich vorgeschriebene Leichenschau sowie für die Überführungskosten gewährt werden. Zu den weiteren Bestattungskosten können keine Beihilfen gewährt werden. Hier besteht gegebenenfalls ein Anspruch auf das beamtenrechtliche Sterbegeld.

Vorsorgemaßnahmen / Prävention

Im Beihilfenrecht sind auch zahlreiche Vorsorgemaßnahmen vorgesehen, zu denen Beihilfen gewährt werden können, beispielsweise:

- **Vorsorgeuntersuchungen**
  z. B. Vorsorge gegen Brust-, Darm-, Haut- und Prostatakrebs, Gesundheits-Check für Personen ab 35 Jahren, Vorsorgeuntersuchungen für Kinder - U1 - J2. Beihilfefähig sind alle Vorsorgeuntersuchungen, die auch im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen gewährt werden.

- **Prophylaktische zahnärztliche Leistungen**
  z. B. Erstellung eines Mundhygienestatus, eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, lokale Fluoridierung, professionelle Zahnreinigung

- **Früherkennungsuntersuchungen**
  auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Kindern, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

- **Schutzimpfungen**

- **Rehabilitationssport und Funktionstraining,**
  z. B. Wirbelsäulengymnastik, Wassergymnastik, Herzsportgruppen. Es muss sich um anerkannte Maßnahmen der Rehabilitationsträger der Sozialversicherung handeln.

  ⚠ Bitte beachten Sie bei der Beantragung der Beihilfe die Ausschlussfrist. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen erlischt, wenn der Anspruch nicht innerhalb von 24 Monaten nach Entstehen der Aufwendungen, spätestens jedoch 24 Monate nach der erstmaligen Ausstellung der Rechnung geltend gemacht wird. Maßgeblich ist bei Arznei- und Hilfsmitteln das Datum der Beschaffung.

Rechtsgrundlagen: §§ 2, 3 und 13 BVO NRW

WIEVIEL BEIHILFE GIBT ES?

Das Grundprinzip der Beihilfeberechnung ist recht einfach:

1. Ermittlung der beihilfefähigen Aufwendungen z. B. durch Prüfung von Arztrechnungen, Beachtung von Höchstbeträgen usw.

2. Anwendung des jeweiligen Bemessungssatzes der betreffenden Person

3. Summierung der jeweiligen Beträge = Beihilfe

4. Höchstbetragsberechnung (100%-Regel):

   Die Summe der Beihilfe und der auf die geltend gemachten Aufwendungen entfallenden Leistungen einer Krankenversicherung dürfen die Summe der Rechnungsbeträge nicht übersteigen.

⚠ Niemand soll an seiner Krankheit verdienen.

   Die Höchstbetragsberechnung ist nur bei Personen notwendig, die sich nicht beihilfekonform versichert haben. Beihilfekonform versichert sind die Personen, bei denen die Addition aus dem Quotentarif bei der privaten Versicherung mit dem Bemessungssatz der Beihilfe 100 % ergibt. Gegebenenfalls ist die Beihilfe um den übersteige den Betrag zu kürzen.

5. Abzug der Kostendämpfungspauschale
   Die Kostendämpfungspauschale ist ein von der beihilfeberechtigten Person zu tragender Anteil, d. h. es handelt sich um eine nach Besoldungsgruppen gestaffelte Selbstbeteiligung in Höhe eines feststehenden Betrags.

⚠ Für Aufwendungen, die ab dem 01.01.2022 entstehen, wird die KDP nicht mehr berechnet. (s. auch Hinweis auf Seite 11)

Beispiel zu Höchstbetragsberechnung (100%-Regel):

Arztrechnung = 100 Euro
Bemessungssatz = 50 %
Private Quotenversicherung = 50 %

100 €		50 %	= 50 €
Arztrechnung	X	Bemessungssatz	= Beihilfe

Die private Quotenversicherung gewährt auch 50 Euro.

Höchstbetragsberechung:

Beihilfe	= 50 €
Versicherung	= 50 €
Summe	= 100 €

Der Rechnungsbetrag wird durch die Gesamtsumme der Leistungen nicht überstiegen. Eine Kürzung ist nicht erforderlich.

BEMESSUNGSSATZ

Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes sind die persönlichen Verhältnisse zum Zeitpunkt des Entstehens der beihilfefähigen Aufwendungen.

Der Bemessungssatz beträgt:

- **50 %** für Beihilfeberechtigte ohne beziehungsweise mit einem Kind,
- **70 %** für Beihilfeberechtigte mit zwei oder mehr Kindern,*
- **70 %** als Versorgungsempfänger*in (dazu zählen unter anderem Ruhestandsbeamt*innen, Richter*innen im Ruhestand, in den einstweiligen Ruhestand versetzte Beamt*innen, Witwen und Witwer),
- **70 %** für Ehepartner*innen bzw. eingetragene Lebenspartner*innen, soweit diese berücksichtigungsfähig sind,
- **80 %** für Kinder, soweit diese im Familienzuschlag tatsächlich berücksichtigt werden oder grundsätzlich berücksichtigungsfähig sind,
- **80 %** für Waisen, die als solche beihilfeberechtigt sind, Waisengeld, Halbwaisengeld oder Unterhaltsbeiträge beziehen, und nicht aufgrund einer eigenen Beschäftigung einen Anspruch auf Beihilfen haben.

Bemessungssätze	ohne Kind 1 Kind	ab 2 Kindern*
Beihilfeberechtigte	50 %	70 %
Empfänger*innen von Versorgungsbezügen (die als solche beihilfeberechtigt sind)	70 %	
Ehepartner*innen / eingetragene Lebenspartner*innen	70 %	
Kind	80 %	
Waisen (die als solche beihilfeberechtigt sind)	80 %	

*

ab zwei Kindern

Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, erhält der Elternteil den erhöhten Bemessungssatz von 70 %, der mindestens für 2 Kinder den Familienzuschlag erhält. Bei Beihilfeberechtigen, die nach dem bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Recht einen von ihnen zum Erhalt des erhöhten Bemessungssatzes nach der bis zum 31.12.2019 geltenden Rechtslage bestimmt haben, gilt diese Bestimmung jedoch bis auf Widerruf eines der Beteiligten fort (Besitzstandsregelung).

ANTRAGSTELLUNG

Sie können zu einem möglichst reibungslosen Verfahren beitragen, indem Sie die folgenden Punkte beachten:

Aktuellen Antragsvordruck verwenden

Wir arbeiten ausschließlich mit elektronischen Beihilfeakten. Daher werden alle Anträge einschließlich der beiliegenden Unterlagen unmittelbar nach dem Eingang gescannt und der Sachbearbeitung in elektronischer Form zur Bearbeitung vorgelegt. Dabei werden zahlreiche auf dem Beihilfeantrag in den entsprechenden Feldern eingetragene Informationen durch eine Scansoftware ausgelesen und verarbeitet. Es ist daher unbedingt erforderlich, ausschließlich den aktuellen Antragsvordruck zu verwenden.

⚠ Veraltete Beihilfevordrucke, Vordrucke anderer Beihilfestellen oder formlos gestellte Beihilfeanträge können nicht verarbeitet werden und müssen im Zweifelsfall einschließlich aller Rechnungsbelege wieder zurückgeschickt werden. Den aktuellen Antragsvordruck erhalten Sie im Internet:

https://versorgungskassen.de/beihilfen/vordrucke.html

Wann immer es Ihnen möglich ist, sollten Sie den Beihilfeantrag online auf unserer Internetseite ausfüllen. Dies bietet Ihnen den Vorteil, dass sie durch die Benutzerführung zu allen wichtigen Fragen gelangen und nicht versehentlich relevante Angaben vergessen.

Keine handschriftlichen Ergänzungen vornehmen

Handschriftliche Ergänzungen auf dem Beihilfeantrag finden systemseitig keine Beachtung. Eine Priorisierung erfolgt anhand der Summe der geltend gemachten Aufwendungen.

Auf Qualität der Kopien achten

Die entstandenen Aufwendungen, die Sie in Ihrem Antrag geltend machen möchten, müssen Sie durch entsprechende Nachweise (z. B. Arztrechnungen oder Rezepte) belegen. Es ist ausreichend, wenn Sie Zweitschriften oder Kopien einreichen. Falls Sie Kopien einreichen, achten Sie bitte darauf, dass es sich um gut lesbare Kopien handelt.

⚠ Rechnungsbelege, die nicht oder schlecht lesbar sind, können im Zweifelsfall von uns nicht bearbeitet werden und müssen ggf. ein zweites Mal eingereicht werden.

Nicht mehrere Rezepte zusammenkopieren

Mehrere auf eine Seite kopierte Rezepte können ebenfalls nicht verarbeitet werden. Es bietet sich an, sich von Rezepten kostenfreie Kopien in der Apotheke anfertigen zu lassen.

⚠ Diese Serviceleistung bieten mittlerweile alle kundenorientierten Apotheken an. Dass diese Rezeptkopien kein DIN-A4 Format haben, ist unproblematisch für den Scanprozess.

Bearbeitung, Versand und Auszahlung

Nach dem Scannen Ihres Antrags erfolgt die Bearbeitung. Nach der abgeschlossenen Bearbeitung erstellen wir einen Beihilfenfestsetzungsbescheid, den wir Ihnen zuschicken. Sofern Sie noch im aktiven Dienst sind, versenden wir die Bescheide aus Kostengründen an Ihre Dienststelle. Nur Versorgungsberechtigte erhalten die Bescheide nach Hause.

Parallel zum Versand zahlen wir die Beihilfe aus. Da wir tägliche Zahlungsläufe durchführen und die Überweisungszeiten sehr kurz sind, erhalten Sie häufig die Beihilfezahlung auf Ihrem Konto, bevor Sie den Bescheid erhalten.

Bitte warten Sie trotzdem zunächst den Erhalt des Beihilfebescheides ab, falls Sie eine Zahlung in anderer Höhe erwartet haben. Eventuelle Kürzungen werden Ihnen genauso wie die Berechnung im Bescheid erläutert.

Erstantrag

Es ist unumgänglich, dass Sie den Erstantrag bei den RVK vollständig ausfüllen und diesen über die Personalstelle Ihres Dienstherrn/Arbeitgebers an uns weiterleiten. Von dort werden die Stammdaten bestätigt.

Bitte legen Sie diesem Antrag alle relevanten Unterlagen bei. Bei privater Krankenversicherung (auch Zusatzversicherung) benötigen wir den aktuellen Versicherungsnachweis mit Angabe des Erstattungsprozentsatzes bzw. Erstattungsbetrages (auch für berücksichtigungsfähige Personen). Sofern der Antrag nicht vollständig ausgefüllt ist und/oder die Bestätigung der Personalstelle Ihres Dienstherrn/Arbeitgebers fehlt, können wir den Antrag nicht bearbeiten.

Antragsvordrucke

Alle unsere Antragsvordrucke finden Sie unter: https://versorgungskassen.de/beihilfen/vordrucke.html

Dort werden Sie auch zum richtigen Vordruck geführt. Folgende Antragsvordrucke stehen je nach Auswahl zur Verfügung:

- Erstantrag
- Langantrag (Datenänderung)
- Kurzantrag (ohne Datenänderung)

Wechsel von einer anderen Beihilfestelle zur RVK

Sofern Ihnen bereits zuvor von einer anderen Stelle Beihilfen gewährt worden sind, ist es erforderlich, dass die Personalstelle Ihres Dienstherrn/Arbeitgebers/Schulamtes dem Erstantrag den Erfassungsbeleg beifügt. Dieser gibt die Historie Ihrer Beihilfeakte wieder und kann von der Personalstelle auf unserer Internetseite als Blankovordruck abgerufen werden.

Erstmaliger Beihilfeantrag

Sofern Sie durch die erstmalige Berufung in ein Beamtenverhältnis erstmalig beihilfeberechtigt sind, sollten Sie sich rechtzeitig um eine beihilfekonforme private Krankenversicherung bemühen, sofern Sie nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben möchten.

Beihilfekonforme private Krankenversicherung bedeutet, dass Sie sich ergänzend zu Ihrem Beihilfebemessungssatz mit einer passenden Erstattungsquote privat krankenversichern. Diese Quote ist so zu wählen, dass Sie auf eine Gesamterstattung von 100 % kommen.

Beispiel:
Als ledige Beamtin ohne Kinder steht Ihnen ein Beihilfebemessungssatz von 50 % zu. Dementsprechend müssen Sie sich mit 50 % privat krankenversichern, um über eine beihilfekonforme Versicherung zu verfügen.

Langantrag

Wenn sich Änderungen in Ihren Daten gegenüber Ihrer letzten Antragstellung bei den RVK ergeben haben, verwenden Sie bitte den Langantrag. Dies gilt auch für Änderungen bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Es genügt, nur die Felder anzukreuzen und auszufüllen, bei denen sich Änderungen ergeben haben.

⚠ Bitte fragen Sie in Zweifelsfällen bei uns telefonisch nach. Bitte legen Sie bei Änderungen ggf. auch die entsprechenden Nachweise bei (z. B. Geburtsurkunde, Eheurkunde).

Ein Langantrag ist erforderlich z. B. bei:

- Änderung des Familienstandes,
- Beginn und Ende von Ausbildungsverhältnissen,
- Beginn und Ende von Beschäftigungsverhältnissen,
- Beginn und Ende von Versicherungsverhältnissen (z. B. Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung und umgekehrt, Wechsel innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung von einer Familienversicherung in eine eigenständige Versicherung oder Wechsel von einer freiwilligen Versicherung in eine Pflichtversicherung),
- Abordnung und Versetzung, bei Lehrkräften auch Wechsel der Schule,
- Beginn und Ende von Beurlaubungen und Elternzeit,
- Beginn und Ende von Teilzeitbeschäftigungen (auch Altersteilzeit),
- Änderungen beim Umfang von Teilzeitbeschäftigungen (auch Altersteilzeit),
- Änderungen und/oder Wegfall bei der Zahlung des Familienzuschlags oder vergleichbaren Leistungen,
- Eintritt in den Ruhestand,
- Geburts-, Adoptions-, oder Todesfälle,
- anderweitige Beihilfeberechtigungen,
- Beginn von Rentenzahlungen,
- Änderungen bei Beitragszuschüssen zur Krankenversicherung, insbesondere bei der Beitragsentlastung zur Krankenversicherung der Rentner
- Änderung bei den Einkünften der Ehepartner*in/eingetragenen Lebenspartner*in. Beachten Sie hierbei bitte die maßgebliche Einkommensgrenze. Als Einkommen zählen nicht nur Erwerbseinkünfte, sondern auch andere Einkunftsarten.

Kurzantrag

Wenn sich keine Änderungen in Ihren Daten gegenüber Ihrer letzten Antragstellung bei den RVK ergeben haben, können Sie den Kurzantrag verwenden.



Außerdem können Sie den Kurzantrag ohne weitergehende Datenänderung auch verwenden bei

- Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit, wenn Sie die „Anlage Pflege“ ausfüllen und beilegen,
- Aufwendungen, die im Ausland entstanden sind, wenn Sie die „Anlage Ausland“ ausfüllen und beilegen,
- Aufwendungen die aufgrund eines Unfalls entstanden sind, wenn Sie die entsprechenden Belege mit einem „U“ kennzeichnen und die „Anlage Unfall“ ausfüllen und beilegen oder bereits bei einem vorherigen Antrag vorgelegt haben.

⚠ Sie können den Kurzantrag auch verwenden, wenn

- keine weiteren Datenänderungen vorliegen,
- Sie als tarifbeschäftigte Person in einer privaten Krankenversicherung versichert sind,
- die „Anlage Beitragszuschuss TB NRW“ ausfüllen und dem Antrag beilegen.

BEIHILFE APP

Mit der Beihilfe App der Rheinischen Versorgungskassen können Sie Ihre Belege einfach und ohne Portokosten online als Beihilfeantrag einreichen.

Der Antrag mit der App ist zulässig,



wenn Sie als beihilfeberechtigte Person nach dem 01.11.2016 einen Beihilfebescheid von uns erhalten haben und einen Kurzantrag gestellt hätten, da es keine Datenänderungen gegenüber Ihrer letzten Antragstellung gegeben hat.

Bitte bedenken Sie, dass die anschließende Bearbeitung bei uns im Haus noch erfolgen muss, egal auf welchem Weg die Belege eingereicht wurden.
Ihren Bescheid bekommen Sie im Anschluss daran wie gewohnt per Post zugesendet.

Der Antrag mit der App ist nicht zulässig,



für Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit, Aufwendungen im Ausland, Unfall sowie bei Tarifbeschäftigten, die in einer privaten Krankenversicherung versichert sind.

Beihilfe App anwenden! So einfach geht‘s:

Auf unserer Internetseite finden Sie einen kurzen Film, der die Anwendung der App schrittweise erklärt:

https://versorgungskassen.de/beihilfen/rvk-beihilfe-app.html

Installation der App

Installieren Sie aus Ihrem App Store die kostenlose App für Ihr iPhone oder Android Smartphone.

Registrierung

Für die Registrierung benötigen Sie neben Ihren persönlichen Daten auch die 10-stellige Geschäftspartnernummer, die Sie Ihrem Beihilfebescheid entnehmen können.
Nach der ersten Registrierung kann es losgehen.

Belege übermitteln

Die Belege werden fotografiert und hochgeladen. Bitte beachten Sie die Hinweise auf der folgenden Seite, damit die Bearbeitung schnell und fehlerfrei erfolgen kann.

Richtige Anwendung - schnelle Bearbeitung!

Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine gute Qualität der eingereichten Belege die anschließende Bearbeitung vereinfacht.



Belege einzeln fotografieren!

Bitte fotografieren Sie jeden Beleg einzeln (auch kleine Belege). Ein Beleg ist z. B. ein Rezept oder eine Arztrechnung ggf. mit mehreren Seiten. Bei mehreren Belegen:

Sofern Sie einen weiteren Beleg hinzufügen wollen, wählen Sie „Beleg hinzufügen“.



Belege gerade fotografieren!

Bitte achten Sie darauf, dass Belege - auch kleine Belege - beim Fotografieren ausreichend hell und gerade auf dem Tisch liegen.



Belege sinnvoll zusammenfassen!

Ein Beleg kann durchaus mehrere Seiten haben. Eine weitere Rechnung ist aber in den meisten Fällen auch ein neuer Beleg.



Helligkeit und Kontrast beachten!

Belege die gut belichtet sind, sind gut lesbar und damit gut zu bearbeiten.

Fehler vermeiden!

Fehlerhafte Zusammenfassungen von Belegen erfordern eine manuelle Nachbearbeitung und verzögern die Bearbeitung.



Nicht mehrere Seiten auf einmal!

Bitte fotografieren Sie nicht gleichzeitig mehrere kleine Belege als ein Beleg (ein Foto).
Ein Beleg ist z. B. ein Rezept oder eine Arztrechnung (ggf. mit mehreren Seiten).

Knickfalten vermeiden!

Solche Falten führen zu Verzerrungen und Unleserlichkeit, die eine manuelle Nacharbeit erforderlich machen.

Nichts außer Rechnungen!

Bitte verwenden Sie die App nicht, um der Beihilfekasse andere Unterlagen außer Rechnungsbelege zukommen zu lassen. An einer solchen Möglichkeit wird zur Zeit gearbeitet.

BEARBEITUNGSZEITEN UND ZWISCHENNACHRICHTEN

Bearbeitungszeiten

Natürlich ist es unser Ziel, die Beihilfeanträge so schnell wie möglich zu bearbeiten. Allerdings unterscheiden sich die Beihilfeanträge durch die Art der geltend gemachten Aufwendungen, den Umfang der eingereichten Belege aber auch durch die Höhe der geltend gemachten Aufwendungen. Die Bearbeitung erfolgt zwar grundsätzlich nach Eingangsdatum, allerdings kann es hiervon je nach Antrag Abweichungen geben.

Darüber hinaus sind die Bearbeitungszeiten naturgemäß stark von der Anzahl der täglich eingehenden Anträge abhängig. Jeweils zum Quartalsbeginn verzeichnen wir besonders starke Antragseingänge.

https://versorgungskassen.de/beihilfen/kundenservice/bearbeitungsstand.html

https://versorgungskassen.de/beihilfen/kundenservice/abschlag.html#antrag-auf-abschlagszahlung

Zwischennachrichten

In den Fällen, in denen die Bearbeitung eines Beihilfeantrags länger als 15 Arbeitstage nach Eingang bei uns dauert und die Antragssumme mindestens 200 Euro beträgt, versenden wir eine automatisierte Zwischennachricht.

Abschlagszahlung

Mit der in der Zwischennachricht vorhandenen Vorgangsnummer ist es möglich, im Internet formlos eine Abschlagszahlung zu Ihrem Antrag anzufordern.

Die Zahlung erfolgt vorbehaltlich der späteren Festsetzung der Beihilfe. Sollte sich hierbei eine Überzahlung durch die Abschlagsgewährung ergeben, so muss diese natürlich zurückgezahlt werden.

WENN MAL WAS NICHT KLAPPT

Sofern Sie einmal einzelne Punkte Ihrer Beihilfeberechnung oder auch ein Schreiben von uns nicht nachvollziehen können, bietet es sich an, zunächst einmal telefonisch Kontakt mit uns aufzunehmen. In vielen Fällen ist es nicht erforderlich, sich schriftlich an uns zu wenden.

⚠ Bitte bedenken Sie, dass Sie durch die telefonische Kontaktaufnahme zum Nutzen aller Beteiligten auch zu einer verwaltungsökonomischen Arbeitsweise beitragen.

Zu diesem Zweck haben wir einen Telefondienst eingerichtet, der insbesondere auch die Komplexität des Beihilfenrechts berücksichtigt. Die Telefonnummern, unter denen Sie uns während unserer Servicezeiten erreichen, finden Sie in diesem Praxisleitfaden unter Kontaktdaten.

Widerspruch beim Verwaltungsrechtsweg

Falls Ihnen der Verwaltungsrechtsweg offensteht, können Sie innerhalb eines Monats nach Erhalt des Bescheides Widerspruch einreichen. Diese Möglichkeit ersehen Sie an der Rechtsbehelfsbelehrung auf Ihrem Bescheid. Bitte begründen Sie den Widerspruch. Sofern wir dem Widerspruch abhelfen können, erhalten Sie einen Änderungsbescheid. Andernfalls erhalten Sie im Regelfall einen klagefähigen Widerspruchsbescheid.

Einwendungen im Arbeitsrecht

Falls Ihnen der Verwaltungsrechtsweg nicht offensteht, können Sie auch keinen Widerspruch einreichen, sondern müssen ggf. direkt Klage vor dem Arbeitsgericht erheben. Allerdings bietet es sich auch in einem solchen Fall an, zunächst Kontakt mit uns aufzunehmen. Dies sollte ebenfalls bevorzugt telefonisch geschehen. Sofern Sie Ihre Einwendungen schriftlich vorbringen möchten, begründen Sie bitte Ihre Zweifel an der Richtigkeit unserer Entscheidung.



+49 221 8273-4477

Beschwerden

Sofern Sie einmal Anlass zur Beschwerde zu der Bearbeitung Ihrer Beihilfeangelegenheiten haben, können Sie sich auch an die Abteilungsleitung der Beihilfekasse wenden.
Die Kontaktdaten finden Sie im Internet.

https://versorgungskassen.de/beihilfen/kundenservice/abteilungsleitung.html

REHA/KUR (VORVERFAHREN)

Bei Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen (ambulante Heilkur, ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme, stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-Vater-Kind Kur) ist ein Voranerkennungsverfahren erforderlich.

Ablauf

- Der behandelnde Arzt bescheinigt die Notwendigkeit.
- Die beihilfeberechtigte Person stellt einen formlosen Antrag.
- Die Beihilfekasse beauftragt beim zuständigen Amtsarzt ein Gutachten.
- Ggf. Genehmigung durch die Beihilfekasse
- Beginn der Maßnahme nach der Genehmigung

Antragsverfahren

Die Beantragung kann formlos erfolgen. Allerdings ist hier eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung beizulegen. Aus dieser sollte hervorgehen:

- welche Maßnahme beantragt wird (ambulante Heilkur, ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme, stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-Vater-Kind Kur),
- welche erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen mit der vorgesehenen Maßnahme behandelt werden sollen,
- warum ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen vor Ort nicht ausreichend sind,
- welcher Kurort oder welche stationäre Einrichtung für die Behandlung vorgesehen sind und warum bzw. ob eine Begleitperson medizinisch notwendig ist.
- Bei vorgesehenen stationären Maßnahmen ist darüber hinaus zu begründen, warum eine ambulante Maßnahme nicht ausreichend ist.

Die Beihilfekasse beauftragt dann den zuständigen Amtsarzt, die medizinische Notwendigkeit zu begutachten. Dies erfolgt in der Regel durch einen persönlichen Untersuchungstermin, zu dem Sie vom Gesundheitsamt eingeladen werden. Bitte bringen Sie zu diesem Termin auch weitere medizinische Unterlagen mit (MRT-Befunde, Laborberichte o. Ä.).
Für die Begutachtung erhebt das Gesundheitsamt eine Untersuchungsgebühr, die Sie vor Ort zu bezahlen haben. Diese ist in der Höhe des Bemessungssatzes der untersuchten Person beihilfefähig. Der Restbetrag ist in der Regel aus eigenen Mitteln zu tragen, da sich die privaten Krankenversicherungen daran meist nicht beteiligen.

Tipp
Es bietet sich an, bereits im Vorfeld der Maßnahme auch mit der privaten Krankenversicherung Kontakt aufzunehmen, um eine Kostenbeteiligung zu klären. Dies ist von Krankenversicherung zu Krankenversicherung sehr unterschiedlich.

Der Amtsarzt schickt nach dem Untersuchungstermin sein Begutachtungsergebnis der Beihilfekasse zu. Diese stellt dann eine Genehmigung beziehungsweise eine Ablehnung aus. Sobald Ihnen die Genehmigung vorliegt, kann die Maßnahme begonnen werden.

Hinweis
Die Beihilfekasse hat auf die Bearbeitungszeiten bei den Gesundheitsämtern keinerlei Einfluss. Wenn die Maßnahme kurzfristig beginnen soll, müssen Sie bitte selbstständig beim Gesundheitsamt um eine bevorzugte Begutachtung bitten.

Ausnahme Anschlussheilbehandlung:

Bei einer so genannten Anschlussheilbehandlung ist eine vorherige Anerkennung durch die Beihilfekasse nicht erforderlich. Es handelt sich hierbei um eine Maßnahme, die die medizinische Rehabilitation im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung fortsetzt, um einen langfristigen Behandlungserfolg sicherzustellen. Von einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang wird ausgegangen, wenn die Anschlussheilbehandlung spätestens einen Monat nach der Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung beginnt. In diesen Fällen ist es ausreichend, wenn der behandelnde Krankenhausarzt die Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung bescheinigt.

⚠ **Fristen**

Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen dürfen nur alle vier Jahre durchgeführt werden. Ausnahme sind zwingende medizinische Gründe. Ein solcher Ausnahmefall muss durch ein Gutachten des zuständigen Amtsarztes bestätigt werden und sollte bereits in der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung beschrieben werden.

Die Maßnahme muss innerhalb von sechs Monaten nach der Genehmigung begonnen werden.

Rechtsgrundlagen: §§ 6, 6a, 6b und 7 BVO NRW

ⓘ

Kostenbeteiligung

Nicht alle privaten Krankenversicherungen beteiligen sich an diesen Aufwendungen. Die Kostenbeteiligung ist von Ihrem Versichrungsvertrag abhängig. Bitte klären Sie daher rechtzeitig die Kostenbeteiligung, insbesondere da einige private Krankenversicherungen ein von der Beihilfeanerkennung losgelöstes Genehmigungsverfahren vorsehen.

PSYCHOTHERAPIE (VORVERFAHREN)

Für Aufwendungen der ambulanten Psychotherapie ist in der Regel ein Voranerkennungsverfahren erforderlich.

Ablauf

- Probatorische Sitzungen (5 bzw. 8)
- Behandlungspause und Beantragung der ambulanten Psychotherapie
- Gutachterverfahren
- Ggf. Genehmigung durch die Beihilfekasse
- Fortsetzung der Behandlung
- Behandlungsende nach den genehmigten Sitzungen oder Verlängerungsantrag

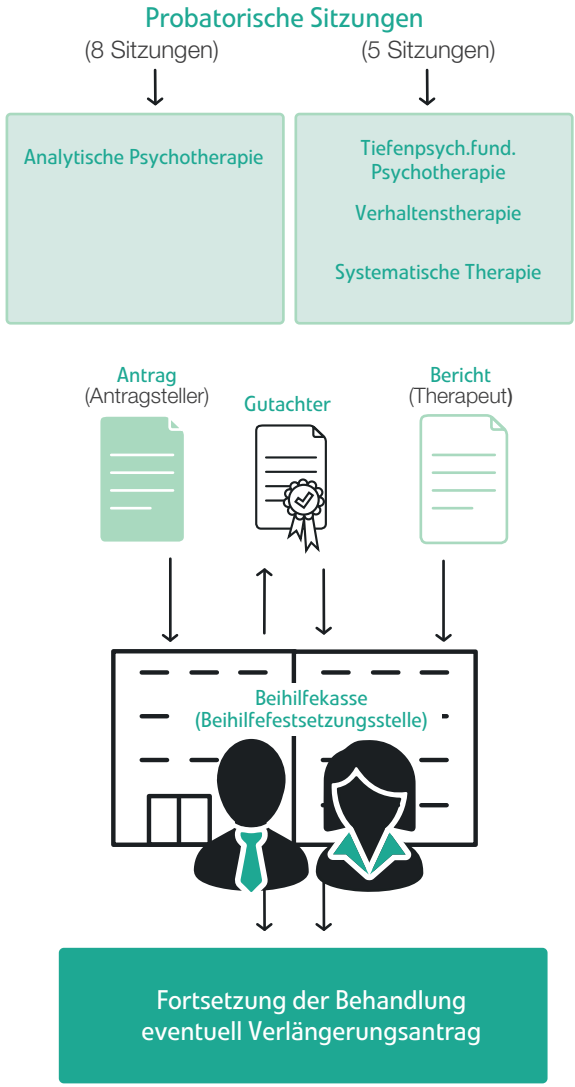
Antragsverfahren

Die für die Beantragung der ambulanten Psychotherapie vorgesehenen Vordrucke finden Sie auf unserer Internetseite. Im Rahmen dieses Vorverfahrens beauftragt die Beihilfekasse einen unabhängigen Gutachter. Dieser prüft u. a. auch die Qualifikation des vorgesehenen Therapeuten.

⚠ Es bietet sich an, bereits vor dem ersten Termin den Therapeuten zu befragen, ob er über die für die beihilfenrechtliche Anerkennung erforderliche Qualifikation verfügt.

Bei einem Wechsel des Therapeuten muss die Beihilfekasse unverzüglich über den Grund des Therapeutenwechsels informiert werden, es erfolgt eine Prüfung der beihilfenrechtlichen Voraussetzungen.

Eine Unterbrechung der laufenden Behandlung von bis zu einem halben Jahr ist beihilferechtlich unschädlich, sodass kein weiteres Handeln erforderlich ist. Eine darüberhinausgehende Unterbrechung muss von der psychotherapeutischen Praxis schriftlich begründet werden. Nach Vorlage der Begründung erfolgt eine Prüfung, ob eine Fortführung der ambulanten Psychotherapie beihilfenrechtlich berücksichtigt werden kann.



Probatorische Sitzungen

Probatorische Sitzungen können pro behandelnde Person ohne vorherige Genehmigung in Anspruch genommen werden (außer Akutbehandlung). Es handelt sich um Sitzungen mit dem Ziel, eine nicht gesicherte Diagnose zu klären. Beihilfefähig sind diese auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist. Eine Beihilfengewährung ist jedoch nur möglich, sofern der Behandler / die Behandlerin über die entsprechende Qualifikation verfügt.
Weitere Hinweise hierzu sind in unserem Merkblatt zu finden.

Anzahl der beihilfefähigen probatorischen Sitzungen	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	5 je Behandler
Verhaltenstherapie	5 je Behandler
Systemische Therapie	5 je Behandler
Analytische Psychotherapie	8 je Behandler

Ausnahmen

Von der Notwendigkeit für ein Anerkennungsverfahren gibt es die folgenden Ausnahmen:

- Aufwendungen der psychosomatischen Grundversorgung für verbale Intervention, Hypnose, autogenes Training und Relaxationstherapie nach Jacobson.
- Akutbehandlung als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Behandlungen je Krankheitsfall.
  Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Personen mit geistiger Behinderung sind Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung unter Einbeziehung von Bezugspersonen bis zu 30 Behandlungen beihilfefähig.
- Kurzzeittherapien sind sowohl als Einzel- oder Gruppentherapie beihilfefähig. Eine vorherige Anerkennung der Beihilfestelle ist in der Regel nicht erforderlich. Bitte beachten Sie zu dieser Therapieform die ausführlichen Hinweise in unserem Merkblatt.

⚠ **Hinweis zur Akutbehandlung und Kurzzeittherapie:**
Das Kontingent dieser beiden Therapiearten muss innerhalb eines Jahres ab der ersten Therapiesitzung, die in Rechnung gestellt wurde, aufgebraucht werden.

Unser Merkblatt finden sie hier:
https://www.versorgungskassen.de/beihilfen/nordrhein-westfalen/ambulante-psychotherapie.html

Rechtsgrundlagen:
§§ 4a bis 4f BVO NRW und Anlage 1 BVO NRW

Zahnimplantate (Vorverfahren)

Bei Zahnimplantaten handelt es sich um künstliche Zahnwurzeln, die in den Kieferknochen eingepflanzt werden, um einen oder mehrere Pfeiler zu gewinnen, auf denen später ein Zahnersatz (sogenannte Suprakonstruktion) befestigt wird.

Grundsatz: Pauschalbeihilfe

Grundsätzlich werden ohne Vorverfahren für bis zu 10 Implantate Beihilfen gewährt. Bereits vorhandene Implantate, zu denen in der Vergangenheit eine Beihilfe gewährt wurde, sind auf diese Höchstzahl anzurechnen.

Beihilfefähig

- bis zu insgesamt 10 Implantate
- Pauschal sind bis zu 1.000 Euro je Implantat beihilfefähig, es sei denn der entsprechende Rechnungsbetrag ist niedriger.

Mit diesem Pauschalbetrag sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Behandlung einschließlich notwendiger Anästhesie und der Kosten u. a. für

- die Implantate selbst,
- die Implantataufbauten,
- die implantatbedingten Verbindungselemente,
- Implantatprovisorien,
- notwendige Instrumente, z. B. Bohrer und Fräsen,
- Membranen und Membrannägel,
- Knochen- und Knochenersatzmaterial,
- Nahtmaterial,
- Röntgenleistungen sowie
- Computertomographie und Anästhetika

abgegolten. Die Aufwendungen für die Suprakonstruktion sind neben diesem Pauschalbetrag beihilfefähig.

Ausnahme: Indikationsfall

Sofern ein Indikationsfall vorliegt, können auch höhere Aufwendungen je Implantat und ggf. auch mehr Implantate als beihilfefähig anerkannt werden.

Vorverfahren
Im Indikationsfall ist aber ein Vorverfahren zwingend vorgeschrieben. Der Abschluss dieses Verfahrens ist vor Behandlungsbeginn abzuwarten. Wird mit der Behandlung vor Abschluss des Vorverfahrens (ggf. auch mit Widerspruchs- und Klageverfahren) begonnen, kann unabhängig vom Ausgang dieses Verfahrens nur die Pauschalbeihilfe (s. o.) gewährt werden.

Indikationen:

Die folgenden Indikationen erfordern zwingend ein Vorverfahren, wenn eine höhere Beihilfe als die Pauschalbeihilfe gewährt werden soll:

1. größere Kiefer- und Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in

   a) Tumoroperationen,

   b) Entzündungen des Kiefers,

   c) Operationen infolge großer Zysten (z. B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten),

   d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,

   e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder

   f) Unfällen haben,

2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,

3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen, nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken) oder

4. zahnloser Ober- oder Unterkiefer (ohne vorhandenes Implantat).

Ablauf:

Der behandelnde Arzt bescheinigt die medizinische Notwendigkeit. Zu diesem Zweck stellt er einen detaillierten Heil- und Kostenplan auf.

Diesem Heil- und Kostenplan ist der sogenannte Indikationsnachweis beizufügen (wird durch den behandelnden Arzt ausgefüllt) sowie eine Einverständniserklärung, dass die Unterlagen an den Amtszahnarzt weitergegeben werden dürfen (diese ist durch den Patienten zu unterschreiben). Sie finden beide Vordrucke auf: http://www.versorgungskassen.de/beihilfen/vordrucke.html.

Sobald der Beihilfekasse die Unterlagen vollständig vorliegen, beauftragt sie beim zuständigen Amtszahnarzt ein Gutachten.

Aufgrund des dann vorliegenden Gutachtens erfolgt ggf. eine Genehmigung durch die Beihilfekasse oder eine volle bzw. teilweise Ablehnung.

Die Beihilfekasse hat auf die Bearbeitungszeiten bei den Gesundheitsämtern keinerlei Einfluss. Wenn die Maßnahme kurzfristig beginnen soll, müssen Sie bitte selbstständig beim Gesundheitsamt um eine bevorzugte Begutachtung bitten. Allein der Amtszahnarzt kann über die medizinische Notwendigkeit und die Angemessenheit (Höhe) der beihilfefähigen Aufwendungen entscheiden.

Beginn der Maßnahme nach der Genehmigung.

Rechtsgrundlagen: §§ 4 Abs. 2 b) BVO NRW

Zahnersatz

Heil- und Kostenplan des Zahnarztes

Es ist nicht erforderlich den Heil- und Kostenplan, den Ihnen Ihr Zahnarzt zur Verfügung stellt, der Beihilfekasse zur Information oder gar zur Genehmigung vorzulegen. Sie können mit der Behandlung sofort beginnen. Eine Ausnahme besteht für die Implantatversorgung. Hier ist ggf. ein vorheriges Anerkennungsverfahren erforderlich.

⚠ Siehe „Zahnimplantate (Vorverfahren)“.

Bei der Versorgung mit Zahnersatz, dazu zählen auch Zahnkronen und Suprakonstruktionen, sind die sogenannten zahntechnischen Leistungen nach § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte nur in Höhe von 70 % der medizinisch notwendigen Aufwendungen beihilfefähig.
Zahntechnische Leistungen sind handwerklich gefertigte Werkstücke, z. B. Prothesen, Brücken, Kronen, Halte- und Stützvorrichtungen einschließlich der dafür benötigten Teile und Legierungen.

Kosmetische Zwecke

Zahnärztliche Leistungen einschließlich der zahntechnischen Leistungen, die aus kosmetischen Gründen erbracht werden, sind nicht beihilfefähig. Nur die medizinisch notwendigen Aufwendungen können anerkannt werden. Als Beispiel für kosmetische Behandlungen sind hier Veneers zu nennen, die als Verblendschalen aus optischen Gründen auf die Zahnoberfläche aufgeklebt werden.

Zahnzusatzversicherung

Sofern Sie eine Zahnzusatzversicherung abgeschlossen haben, ist der Leistungsbescheid der Zahnzusatzversicherung dem Beihilfeantrag beizulegen.

Berechnungsbeispiel:
Beihilfeberechnung zu einer Zahnersatzversorgung bei privat krankenversicherten Beamt*innen:

Honorarkosten	3.000 €	
Laborkosten	2.000 €	
Gesamtkosten	5.000 €	
beihilfefähig sind:		
Honorarkosten	3.000 €	
Laborkosten (70 % von 2 000 €)	1.400 €	
beihilfefähige Aufwendungen	4.400 €	
Beihilfe: beihilfeberechtigte Person mit zwei berücksichtigungsfähigen Kindern		
70 % von 4.400 €		3.080 €
Leistung der privaten Versicherung (30 % von 5.000 €)		1.500 €
Gesamterstattung		4.580 €
verbleibender Eigenanteil (5.000 € – 4.580 €)		420 €

Zahnersatz bei gesetzlich Versicherten

Sofern für eine gesetzlich versicherte Person eine Beihilfe zu den Aufwendungen für Zahnersatz beantragt wird, ist es unbedingt erforderlich, dass dem Beihilfeantrag der durch die gesetzliche Krankenversicherung genehmigte Heil- und Kostenplan beigelegt wird.

Rechtsgrundlagen: §§ 4 Abs. 2 c) und d) BVO NRW

KIEFERORTHOPÄDIE

Heil- und Kostenplan des Kieferorthopäden

Es ist nicht erforderlich den Heil und Kostenplan, den Ihnen Ihr Kieferorthopäde zur Verfügung stellt, der Beihilfekasse zur Information oder gar zur Genehmigung vorzulegen.
Mit der ersten Rechnung muss der kieferorthopädische Behandlungsplan vorgelegt werden. Dieser muss eine Angabe über die Dauer der Behandlung enthalten sowie die Anzahl der Abschläge, die der Kieferorthopäde bei einer mehrjährigen Behandlung in Rechnung stellen wird. Nur die notwendigen und angemessenen Aufwendungen sind beihilfefähig.

Altersbegrenzung

Kieferorthopädische Behandlungen sind grundsätzlich nur beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Als Behandlungsbeginn gilt nicht die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans sondern der tatsächliche Beginn der Behandlung.
Die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.

Kieferorthopädie bei gesetzlich Versicherten

Die kieferorthopädische Behandlung ist im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.
Sofern ein begründeter Ablehnungsbescheid der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt, besteht die Möglichkeit einer beihilfenrechtlichen Prüfung.

Besondere Materialien und Verfahren

Es werden nur die Kosten für die herkömmliche Behandlungsmethode (Spange, Multiband) als beihilfefähig anerkannt.
Diese werden durch eine Vergleichsberechnung ermittelt.

Mehraufwendungen

- für besondere Behandlungsmaterialien, wie z. B. für Keramikbrackets, die gerne aus kosmetischen Gründen verwendet werden sowie
- für besondere Verfahren, z. B. Invisalign- bzw. Aligner-Verfahren, Lingualtechnik

sind nicht beihilfefähig!

Zweifelsfälle

In Zweifelsfällen kann die Einschaltung des Amtszahnarztes erforderlich sein. Darüber werden Sie von der Beihilfekasse vorab informiert, da für eine Begutachtung auch das Einverständnis des Patienten (oder der gesetzlichen Vertretung) erforderlich ist.

Rechtsgrundlagen: §§ 4 Abs. 2 a) und d) BVO NRW

HILFSMITTEL

Hilfsmittel müssen ärztlich verordnet sein. Zu den Hilfsmitteln zählen auch Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung.

Hilfsmittelkatalog

In der Anlage 3 zur Beihilfeverordnung ist ein Hilfsmittelkatalog aufgeführt. Alle in diesem Katalog genannten Hilfsmittel (Abschnitt I und II der Anlage 3) sowie die in den Hilfsmittelverzeichnissen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung aufgelisteten Hilfsmittel sind grundsätzlich beihilfefähig.

https://versorgungskassen.de/beihilfen/nordrhein-westfalen/hilfsmittel.html

Hilfsmittel außerhalb des Hilfsmittelkatalogs

Bei Hilfsmitteln, die nicht in diesem Katalog genannt sind, gilt folgendes Verfahren:

Hilfsmittel bis 1.000 Euro

Nicht genannte Hilfsmittel bis 1.000 Euro können auch ohne vorherige Anerkennung durch die Beihilfekasse beschafft werden. Allerdings muss diese spätestens bei der Bearbeitung des Beihilfeantrags, mit dem die Aufwendungen geltend gemacht werden, die medizinische Notwendigkeit und die Angemessenheit (Höhe) der Aufwendungen prüfen.

Hilfsmittel über 1.000 Euro

Bei Aufwendungen für Hilfsmittel von mehr als 1.000 Euro ist die vorherige Anerkennung durch die Beihilfekasse erforderlich. Bei Aufwendungen von mehr als 10.000,00 Euro ist darüber hinaus die Zustimmung der Beihilfekasse (bei Landesbeamten des Ministeriums der Finanzen) erforderlich.

Höchstbeträge:

Bei verschiedenen Hilfsmitteln gibt es Höchstbeträge die beihilfenrechtlich zu beachten sind. Beispiele:

- **Blutdruckmessgerät** = 50 Euro
- **Hörgeräte** = 1.500 Euro je Ohr
- **Perücke** = 1.200,00 Euro (800,00 Euro bis zum vollendeten 14. Lebensjahr)
- **Blutzuckerteststreifen** (Glucose-Teststreifen) = 0,70 Euro je Teststreifen
- **Blutzuckermessgerät** = 100 Euro (Ausnahme: Real-Time Messgeräte)
- **Brillengestell** = 70 Euro
- **Kontaktlinsen** bei einer Ersatzbeschaffung bei gleichbleibender Sehschärfe nach zwei Jahren = 170 Euro je Kontaktlinse
- **Austauschlinsen** (Jahres-, Monats-, Tageslinsen) = 170 Euro je Auge für 24 Monate
- **Brillengläser** bei einer Ersatzbeschaffung bei gleichbleibender Sehschärfe nach drei Jahren = 220 Euro je Brillenglas (bis 5,75 Dioptrien) oder 250 Euro je Brillenglas (ab 6 Dioptrien)
- **Neurodermitis-Overall** bei an Neurodermitis erkrankten Kindern bis zum 10. Lebensjahr = 80 Euro (für 2 Overalls je Kalenderjahr).
- **Allergiebettbezüge** (Encasings) = 120 Euro

Betriebsmittel:

Bei Aufwendungen für den Betrieb von Hilfsmitteln ist nur der 100 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag beihilfefähig.

Mietgebühren:

Die Mietgebühren (auch Versorgungspauschalen) für Hilfsmittel sind beihilfefähig, sofern sie insgesamt nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind. Aus diesem Grund ist bei einer Miete auch auf der ärztlichen Verordnung die voraussichtliche Benutzungsdauer anzugeben.

Ersparnis für übliche Gebrauchsgegenstände

Bei einigen Hilfsmitteln ist eine Ersparnis für übliche Gebrauchsgegenstände anzusetzen. Beispiele:

- Therapiedreirad, Therapietandem, Handy-Bike und Roll-Fiets

  Als Selbstbehalt für die häusliche Ersparnis (Anschaffung eines normalen Fahrrades) ist bei Erwachsenen ein Betrag von 700 Euro und bei Kindern bis 14 Jahren ein Betrag von 300 Euro vom Grundpreis der jeweils einfachsten Ausführung des Hilfsmittels in Abzug zu bringen.

- Orthopädische Maßschuhe

  Die Aufwendungen sind um den Betrag für eine normale Fußbekleidung zu kürzen. Als Kürzungsbetrag werden bei Erwachsenen 70 Euro (für Hausschuhe 30 Euro) und bei Kindern bis zu 14 Jahren 40 Euro (für Hausschuhe 20 Euro) angesetzt.

Gegenstände der allgemeinen Lebenshaltung

Zu Gegenständen, die auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung benutzt werden oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen können, wie z. B.

- Bandscheibenmatratzen,
- Liegestühle,
- Gesundheitsschuhe,
- Fieberthermometer,
- Heizkissen oder Bestrahlungslampen

können keine Beihilfen gewährt werden.

Zweifelsfälle

In Zweifelsfällen kann die Einschaltung des Amtsarztes erforderlich sein. Darüber werden Sie von der Beihilfekasse vorab informiert, da für eine Begutachtung auch das Einverständnis des Patienten (oder der gesetzlichen Vertretung) erforderlich ist.

Rechtsgrundlagen:
§ Abs. 1 Nr. 10 BVO NRW und Anlage 3 BVO NRW

Wahlleistungen im Krankenhaus

Bei einer Behandlung im Krankenhaus steht es Ihnen und Ihren ggf. berücksichtigungsfähigen Angehörigen frei, ob Sie Wahlleistungen in Anspruch nehmen. Als Wahlleistung angeboten werden:

- Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und
- wahlärztliche Behandlung - Chefarztbehandlung

Je nach Wunsch können Sie auch nur eine dieser beiden Wahlleistungen in Anspruch nehmen. Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren (Wahlleistungsvertrag). Sie müssen nicht durch die Beihilfekasse genehmigt werden.

Selbstbehalt

Für die Wahlleistungen ist ein Selbstbehalt vorgesehen:

15 € Unterkunft im Zweibettzimmer

10 € wahlärztliche Behandlung - Chefarztbehandlung

Der Selbstbehalt berücksichtigt, dass die Inanspruchnahme von Wahlleistungen nicht zwingend notwendig ist.

Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer

Aufwendungen für die Unterkunft in einem Einbettzimmer sind nur in Höhe der Kosten für ein Zweibettzimmer beihilfefähig. Die Unterkunftskosten in einem Zweibettzimmer können nur in der Höhe als beihilfefähig berücksichtigt werden, wie sie zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart wurden. Diesen Betrag kann Ihnen das Krankenhaus mitteilen. D. h. wenn Sie mit dem Krankenhaus einen höheren Betrag vereinbaren, etwa weil Sie ein besonderes Komfortzimmer wählen, dann ist nur ein Teil der Aufwendungen beihilfefähig. Von dem beihilfefähigen Betrag ist der Selbstbehalt von 15 Euro täglich in Abzug zu bringen.

Beispiel:
Sie haben als Wahlleistung für 7 Tage Aufenthalt die Unterkunft im Einbettzimmer gewählt und vereinbaren mit dem Krankenhaus einen Preis von täglich 115,71 Euro. Der mit der PKV vereinbarte Zweibettzimmerpreis beträgt 70,51 Euro.

Beihilfeberechnung	Tage	Betrag	Summe
Krankenhausrechnung für die Unterkunft	7	115,71 €	809,97 €
beihilfefähiger Betrag	7	70,51 €	493,57 €
abzgl. Selbstbehalt	7	15,00 €	- 105,00 €
beihilfefähiger Betrag			388,57 €
Bemessungssatz z. B. 50 %			50 %
Beihilfe zu der Wahlleistung Unterkunft			194,29 €

Wahlärztliche Behandlung - Chefarztbehandlung

Die sogenannte Chefarztbehandlung erstreckt sich auf alle an der Behandlung der Patienten beteiligten Chefärzte des Krankenhauses, einschließlich der von diesen Chefärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

Für jeden Tag einer Chefarztbehandlung ist der Selbstbehalt von 10 Euro in Abzug zu bringen. Für Tage, an denen keine wahlärztliche Behandlung stattgefunden hat, ist auch kein Selbstbehalt anzurechnen.

⚠ Die Chefärzte werden Ihnen für ihre ärztlichen Leistungen jeweils getrennte Rechnungen schicken.

Daneben erhalten Sie vom Krankenhaus eine Rechnung für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Die Gebühren der Chefärzte werden für eine Behandlung im Krankenhaus durch den Rechnungssteller um einen Minderungssatz von 25 % reduziert. Für andere niedergelassene Ärzte, die auf Veranlassung der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte an der Behandlung beteiligt sind, gilt ein Minderungssatz von 15 %.

Begrenzung des Selbstbehaltes

Der Selbstbehalt ist begrenzt auf 20 Tage bzw. 500 Euro je Person im Kalenderjahr. Maßgeblich ist das Jahr der Behandlung (und nicht der Rechnungsstellung). Sowohl der Aufnahmetag als auch der Entlassungstag (sofern für Letzteren Kosten berechnet werden) werden mitgerechnet.

Rechtsgrundlagen: § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO NRW

Privatkliniken

Privatkliniken sind Krankenhäuser, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind. Das bedeutet, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen im Regelfall die Kosten einer Behandlung in einer solchen Einrichtung nicht übernehmen. Ob ein Krankenhaus eine Privatklinik ist, können Sie dort erfragen. Meistens finden sich auch auf der Internetseite der Einrichtung entsprechende Hinweise.

Vergleichsberechnung

Beihilfenrechtlich können nur die Aufwendungen anerkannt werden, die für eine medizinisch gleichwertige Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus entstanden wären.
Um dies zu ermitteln ist eine Vergleichsberechnung zwischen den Kosten in der Privatklinik und den Kosten der sogenannten Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik nach § 108 SGB V) vorzunehmen. Der Vergleich muss mit der zum Behandlungsort nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung vorgenommen werden. Von dem Vergleichsbetrag ist ein Selbstbehalt von täglich 25 Euro in Abzug zu bringen.

Beispiel 1:
Eine Behandlung soll in der Privatklinik 2.500 Euro kosten. In der nächstgelegenen Uniklinik Köln würde diese Behandlung 2.400 Euro kosten (bei einer sogenannten mittleren Verweildauer von 4 Tagen). Beihilfefähig wären 2.300 Euro (Vergleichskosten der Uniklinik abzgl. 4 x 25 Euro Selbstbehalt).

Beispiel 2:
Eine Behandlung soll in der Privatklinik 2.500 Euro kosten. In der nächstgelegenen Uniklinik Köln würde diese Behandlung 2.800 Euro kosten (bei einer sogenannten mittleren Verweildauer von 4 Tagen). Beihilfefähig wären 2.500 Euro (Kosten der Privatklinik, da diese günstiger sind als die Vergleichskosten der Uniklinik abzgl. 4 x 25 Euro Selbstbehalt = 2.700 Euro).

Serviceleistung Vorabprüfung

Die Beihilfekasse bietet Ihnen Vorabprüfungen zu den beihilfefähigen Aufwendungen an, die bei einem geplanten Aufenthalt in einer Privatklinik entstehen. Eine solche Vorabprüfung durch die Beihilfekasse ist zu empfehlen, weil in diesen Fällen zum Teil erhebliche Eigenanteile anfallen können. Um diese durchführen zu können, ist die Angabe der voraussichtlichen Kosten, der Verweildauer und des ICD-Diagnoseschlüssels erforderlich. Der ICD-Diagnoseschlüssel gibt Auskunft über die Erkrankung, die behandelt werden soll.

Begrenzung des Selbstbehaltes

Der Selbstbehalt ist begrenzt auf 20 Tage bzw. 500 Euro je Person im Kalenderjahr. Maßgeblich ist das Jahr der Behandlung (und nicht der Rechnungsstellung). Sowohl der Aufnahmetag als auch der Entlassungstag (sofern für Letzteren Kosten berechnet werden) werden mitgerechnet.

https://versorgungskassen.de/beihilfen/infos-zum-beihilfenrecht.html

Rechtsgrundlagen: § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO NRW

Unfall

Sofern Sie einen Antrag stellen, in dem Sie Aufwendungen geltend machen, die aufgrund eines Unfalls entstanden sind, ist es erforderlich, dass Sie diese Belege bitte mit einem großen U für Unfall kennzeichnen und uns die Anlage „Unfall“ vorlegen. Dabei ist egal, ob es sich bei dem Unfall um einen häuslichen Unfall, einen Sport-, Spiel- oder Schulunfall handelt.

Bei der Anlage „Unfall“ handelt es sich um einen Unfallbericht, den wir benötigen, um zu prüfen, ob eventuell Ansprüche gegen Dritte geltend zu machen sind. Bitte reichen Sie den Unfallbericht auch dann ein, wenn keine dritten Personen am Unfall beteiligt waren. Sie vermeiden damit Nachfragen und beschleunigen die Bearbeitung.

Sie finden die Anlage „Unfall“ als auswählbare Anlage zum Beihilfeantrag auf unserer Internetseite. Bei Bedarf senden wir Ihnen den Unfallbericht auch gerne zu.

Bitte beachten Sie, dass Sie Aufwendungen, die aufgrund eines Dienstunfalles entstanden sind, bei der für die Dienstunfallfürsorge zuständigen Stelle einreichen müssen. Zu Aufwendungen aufgrund von Dienstunfällen dürfen keine Beihilfen gezahlt werden.



https://versorgungskassen.de/beihilfen/vordrucke.html

Rechtsgrundlagen: § 3 Abs. 4 BVO NRW

Pflege

Sämtliche Leistungen, die im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) geregelt sind, werden auch im Beihilfenrecht gewährt, z. B. Pflegegeld, Pflegehilfsmittel, Zuschüsse für den pflegebedingten Umbau des Wohnumfeldes oder Leistungen in einer stationären Pflegeeinrichtung. Dabei gilt der Grundsatz, dass die Beihilfekasse den Entscheidungen der Pflegeversicherung folgt.



Ablauf

1. Wenn eine dauernde Pflegebedürftigkeit vorliegen könnte, stellen Sie bei der Pflegeversicherung einen Antrag auf Pflegeleistung. Die Antragstellung dort ist auch maßgeblich für den Beginn einer eventuellen Beihilfegewährung. Es ist also nicht erforderlich zur Fristwahrung gleichzeitig auch einen Antrag bei der Beihilfekasse zu stellen.

2. Die Pflegeversicherung beauftragt den medizinischen Dienst.

3. Danach erhalten Sie den sogenannten Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung. Dieser gibt Auskunft über den Pflegegrad und die notwendigen Pflegeleistungen. Er ist auch für die anteilige Beihilfegewährung maßgeblich.

4. Sobald Ihnen die erste Rechnung vorliegt – oder bei der Gewährung von Pflegegeld der erste Pflegemonat vorbei ist - beantragen Sie bei uns eine Beihilfe. Diesem Antrag legen Sie bitte die Anlage Pflege, den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung und falls schon vorhanden die Erstattungsnachweise der Pflegeversicherung bei.

5. Sofern die Unterlagen vollständig sind, berechnen und überweisen wir die Beihilfe zu den Pflegeaufwendungen.

Anlage Pflege:
www.versorgungskassen.de/beihilfen/vordrucke.html

Beratung

Sie haben gegenüber der Pflegeversicherung einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung. Die Pflegekassen sind verpflichtet, Ihnen unverzüglich eine zuständige Pflegeberater*in oder eine sonstige Beratungsstelle zu benennen.

Abschlag:

Sofern Sie Pflegegeld bekommen oder stationär gepflegt werden, können Sie bei uns für die Dauer von 6 Monaten Abschläge auf die zu erwartende Beihilfe beantragen. Die Pflegeabschläge können Sie mit der Anlage Pflege beantragen.

⚠ Sofern es zu einer Überzahlung von Abschlägen kommt, müssen Sie die überzahlten Abschläge wieder zurücküberweisen. Deswegen ist es wichtig, dass Sie uns eine Veränderung der Pflegesituation umgehend mitteilen.

Kosten der Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege

Bei einer stationären Pflege kann abhängig von den Einkommensverhältnissen auch eine Beihilfe zu den Kosten der Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten in der Pflegeeinrichtung gewährt werden.

Als Einkommen zählen dabei:

- monatliche Dienst- oder Versorgungsbezüge,
- Erwerbseinkommen sowie
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person.

Wird zu den Aufwendungen für die Pflege eines Angehörigen eine Beihilfe gezahlt, sind dem Einkommen der beihilfeberechtigten Person

- das Erwerbseinkommen,
- die Versorgungsbezüge sowie
- die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung

der Ehepartner*in oder eingetragenen Lebenspartner*in hinzuzurechnen.

Beispiel:

Einem verheirateten Versorgungsempfänger ohne Kinder mit monatlichen Versorgungsbezügen von 1.700 € entstehen aus Anlass seiner stationären Pflege monatliche Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten von 1.500 €.

Kosten: 1.500 €
Unterkunft, Verpflegung und Investitionskoten

Berechnung des Eigenanteils:		
Versorgungsbezüge	1.700 €	
abzüglich Freibetrag	450 €	
zu berücksichtigendes Einkommen	1.250 €	
davon 30 % Eigenanteil		375 €
Unterschiedsbetrag*		1.125 €

Beihilfe zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten

Rechtsgrundlagen: §§ 5, 5a - 5g BVO NRW

Auslandsbehandlungen

Bei Aufwendungen im Ausland besteht der Grundsatz, dass diese in der Höhe beihilfefähig sind, wie sie im Inland entstanden wären. Aus diesem Grund muss die Beihilfekasse eine Vergleichsberechnung vornehmen.

Diese Vergleichsberechnung ist nicht erforderlich:

- bei ambulanten Behandlungen und stationären Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern, sofern diese in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU), einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) **des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz** stattgefunden haben
  sowie
- wenn die Aufwendungen für die Auslandsbehandlung 1.000 Euro je Krankheitsfall nicht überstiegen haben.

Eine Vergleichsberechnung ist erforderlich bei:

- ambulanter Behandlung
  - nicht EU (restliches Ausland),
- stationärer Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus
  - nicht EU (restliches Ausland) sowie
- bei stationärer Behandlung in einem nichtöffentlichen Krankenhaus (Privatklinik) - Zone 1 und Zone 2.

⚠

Bei der Vergleichsberechnung sind wir auf externe medizinische Gutachter angewiesen. Auf deren Bearbeitungszeiten haben wir keinen Einfluss.

Rechnungsbeträge in ausländischer Währung werden mit dem am Tag der Festsetzung der Beihilfe maßgebenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umgerechnet, sofern der auf die Aufwendungen entfallende Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.

Bei einer eventuell medizinisch notwendigen Beförderung der erkrankten Person richtet sich die Beihilfefähigkeit auch nach dem Ort des Aufenthaltes:

Beihilfefähigkeit	innerhalb des Landes	Rücktransport und ggf. Hinreise
EU, EWR, Schweiz, Vereinigtes Königreich Großbritannien, Nordirland	ja	ja
Restliches Ausland	ja	nein*

* außer bei einer Auslandsdienstreise und bei einer Voranerkennung

Auslandsreisekrankenversicherung

Die Beihilfekasse empfiehlt dringend den Abschluss einer Auslandsreisekrankenversicherung.

Zu den Versicherungsbeiträgen kann bei Vorlage eines entsprechenden Nachweises eine Beihilfe gezahlt werden. Beihilfefähig sind bis zu 10 Euro je Kalenderjahr für die beihilfeberechtigte Person und jede berücksichtigungsfähige Person.

Als Nachweis ist bei der erstmaligen Beantragung der Versicherungsvertrag erforderlich. In den Folgejahren genügt ein entsprechender Zahlungsnachweis (Kopie des Kontoauszuges).

Sie sind verpflichtet, Leistungen einer Auslandsreisekrankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Dies gilt auch, wenn Sie zu den Versicherungskosten keine Beihilfe erhalten haben. Beihilfefähig sind nur die Aufwendungen, die gegebenenfalls durch die Auslandsreisekrankenversicherung nicht gedeckt werden.

https://versorgungskassen.de/beihilfen/infos-zum-beihilfenrecht.html

https://versorgungskassen.de/beihilfen/vordrucke.html

Rechtsgrundlagen: § 10 BVO NRW

Anlage Ausland

Wenn Sie Auslandsaufwendungen beihilfenrechtlich geltend machen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie

- Ihrem Beihilfeantrag die Anlage Ausland beifügen.
- Die beigefügten Rechnungsbelege müssen übersetzt sein, da wir bei der Bearbeitung prüfen müssen, welche Leistungen erbracht worden sind.

Notwendige Übersetzungskosten sind nicht beihilfefähig.

Beihilfen in Todesfällen

Wer ist bei Todesfällen antragsberechtigt?

Nach der bis zum 31.03.2023 geltenden Rechstlage gilt:
Beim Tod von berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Beihilfeberechtigte selbst berechtigt, Beihilfen zu den beihilfefähigen Aufwendungen geltend zu machen.

Sofern Beihilfeberechtigte selbst verstorben sind, können die Aufwendungen geltend gemacht werden:

- von hinterbliebenen Ehepartner*innen,
- von eingetragenen Lebenspartner*innen,
- von leiblichen sowie als Kind angenommenen Kindern, unabhängig davon, ob sie zur häuslichen Gemeinschaft gehört haben,
- bei Ledigen von den Eltern des Verstorbenen
- von Erben (natürliche und juristische Personen), wobei entweder als Nachweis der Erbschein oder eine vom Nachlassgericht beglaubigte Fotokopie des Testaments einschließlich des dazu gehörenden Eröffnungsprotokolls vorzulegen ist.

Bei mehreren Antragsberechtigten erhält diejenige Person die Beihilfe, die die Rechnungen zuerst vorlegt.

In Sterbefällen ab dem 01.04.2023 gilt, dass antragsberechtigte Personen die Erben unter Vorlage des Erbscheins sind. Sofern Beihilfen auf das bisher bekannte Konto der/des verstorbenen Beihilfeberechtigten gezahlt werden sollen, ist die Vorlage eines Erbscheins nicht erforderlich.

Beihilfen zu Aufwendungen, die einem verstorbenen Beihilfeberechtigten entstanden sind, können auf folgende Konten überwiesen werden:

- das Bezügekonto der verstorbenen beihilfeberechtigte Person,
- ein anderes Konto, das von der verstorbenen beihilfeberechtigten Person angegeben wurde,
- ein Konto, das für diesen Zweck von einer oder einem durch Erbschein oder durch eine andere öffentliche oder öffentlich beglaubigte Urkunde ausgewiesenen Alleinerbin oder -erben oder der entsprechend ausgewiesenen Erbengemeinschaft angegeben worden ist,
  oder
- ein Konto, das für diesen Zweck von der zur Testamentsvollstreckung, Abwesenheitspflegschaft, Nachlasspflegschaft oder -verwaltung bestellten Person angegeben worden ist.

Zu welchen Aufwendungen können Beihilfen gewährt werden?

Es können Beihilfen gewährt werden

- zu allen Aufwendungen, die für die verstorbene Person entstanden sind, sofern dazu auch zu Lebzeiten eine Beihilfe hätte gewährt werden können,
- zu den Aufwendungen aus Anlass der Todesfeststellung (Leichenschau - GOÄ-Nr. 100),
- zu den Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder der Urne und
- für eine Familien- und Hauspflegekraft, wenn der den Haushalt allein führende Elternteil verstorben ist und der Haushalt nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden kann, sofern im Haushalt mindestens ein Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiges Kind lebt, welches beihilfenrechtlich zu berücksichtigen ist.

Die zu gewährende Beihilfe ist nach dem Vomhundertsatz zu bemessen, der der verstorbenen Person vor ihrem Tod zugestanden hat.

Es wird keine Beihilfe zu den Bestattungskosten gewährt. Eventuell steht aber ein beamtenrechtliches Sterbegeld zu. Näheres hierzu erfahren Sie bei der für die Versorgung zuständigen Stelle.

Welche Fristen gelten?

Es gilt die auf Seite 8 genannte Ausschlussfrist von 24 Monaten.

Rechtsgrundlagen: §§ 11 und 14 BVO NRW

BESONDERHEIT BEI GESETZLICH KRANKENVERSICHERTEN PERSONEN

Beihilfeleistungen sind für gesetzlich krankenversicherte Personen grundsätzlich nur möglich, wenn die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen oder reine Zuschussleistungen erbringt. Folgende Beispiele fallen hierunter:

- Wahlleistungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt,
- Zahnersatz,
- heilpraktische Behandlung sowie
- privatärztliche Behandlung.

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 gesetzliche Krankenversicherung hätte die Kosten (teilweise) übernommen. Diese fiktive Kostenerstattung wird von den beihilfefähigen Aufwendungen abgezogen.

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 hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit einer kritischen Prüfung unterziehen. In Zweifelsfällen werden vor einer Bewilligung zunächst weitere Erläuterungen der Ärztin oder des Arztes erforderlich sein.

https://versorgungskassen.de/beihilfen/infos-zum-beihilfenrecht.html

Rechtsgrundlagen: § 3 Abs. 3 und 4 BVO NRW

BESONDERHEIT POLIZEIBEAMT*INNEN

Polizeibeamt*innen haben Anspruch auf freie Heilfürsorge. Dieser Anspruch schließt die Gewährung von Beihilfen aus. Der Umfang der Leistungen der freien Heilfürsorge richtet sich im Grundsatz nach den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nur dort, wo die freie Heilfürsorge keine Leistungen erbringt, z. B. bei

- Wahlleistungen im Krankenhaus oder
- bei Behandlungen durch einen Heilpraktiker oder
- eingeschränkten Leistungen - z. B. Zahnersatz -,

werden auch für Polizeibeamt*innen Beihilfen gewährt.

Da der Anspruch auf freie Heilfürsorge mit dem Eintritt in den Ruhestand endet, bietet es sich an, schon in jungen Jahren eine beihilfekonforme Anwartschaftsversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abzuschließen.

Der Anspruch auf freie Heilfürsorge umfasst nur die Polizeibeamt*innen selbst, nicht aber die berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Für sie werden Beihilfen daher im gleichen Umfang gewährt wie für berücksichtigungsfähige Angehörige von Nicht-Polizeibeamt*innen.

https://versorgungskassen.de/beihilfen/infos-zum-beihilfenrecht.html

Rechtsgrundlagen: § 3 Abs. 4 BVO NRW, Verordnung über die freie Heilfürsorge der Polizei (Polizei-Heilfürsorgeverordnung - FHVOPol)

Besonderheit Tarifbeschäftigte

Bereits die Rechtsgrundlage für die Gewährung von Beihilfen an Tarifbeschäftigte, das Gesetz über die Anwendung beamten- und besoldungsrechtlicher Vorschriften auf nichtbeamtete Angehörige des öffentlichen Dienstes (AbubesVG) regelt, dass die Tarifbeschäftigten nur einen eingeschränkten Anspruch auf Beihilfen nach den für Beamt*innen geltenden Grundsätzen haben.

Generelle Voraussetzung

Es besteht nur dann ein Anspruch, wenn das Beschäftigungsverhältnis vor dem 01.01.1999 begründet wurde und seitdem ununterbrochen fortbesteht. D. h. alle Tarifbeschäftigten, deren Beschäftigungsverhältnis nach dem 31.12.1998 begründet wurde, haben keinen Anspruch auf Beihilfe. Dies gilt auch für Beschäftigte, die durchgehend beim gleichen Arbeitgeber beschäftigt waren, dort aber einen neuen Arbeitsvertrag abgeschlossen haben. Beispiel: Ein Auszubildender hat am 15.08.2000 seine dreijährige Ausbildung bei einer Stadtverwaltung beendet und wird im Anschluss bei derselben Stadtverwaltung nahtlos übernommen. Aufgrund der Begründung eines neuen Beschäftigungsverhältnisses hat er keinen Beihilfeanspruch.

Maßgebliche Abweichungen im Vergleich zur beamtenrechtlichen Beihilfengewährung

⚠ Es werden nur Beihilfen in Krankheitsfällen und in Geburtsfällen gewährt. D. h. zu Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (einschließlich der Aufwendungen für Behandlungspflege) und zu Aufwendungen in Todesfällen werden keine Beihilfen gewährt.

⚠ Die Beihilfen werden bei Teilzeitbeschäftigung entsprechend dem Teilzeitsatz gemindert.

Gesetzlich krankenversicherte Tarifbeschäftigte

und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind ausschließlich auf die sogenannten Sachleistungen (verschärfter Sachleistungsverweis) der gesetzlichen Krankenversicherungen angewiesen. Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen sind z. B.

- ärztliche und zahnärztliche Behandlung durch Kassenärzte gegen Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte,
- Versorgung mit Arzneien und Heilmitteln auf Kassenrezept sowie
- Gewährung einer Krankenhausbehandlung aufgrund Einweisung durch den Kassenarzt.

Hintergrund dieser Regelung ist, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass den gesetzlich Versicherten ein rundum ausreichender Krankenversicherungsschutz zur Verfügung steht. Eine Beihilfengewährung ist trotz Leistungen der Krankenversicherung möglich zu den Aufwendungen für Zahnersatz, da hier die gesetzliche Krankenkasse nur einen Zuschuss erbringt. Außerdem kann die sogenannte Geburtspauschale (Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung) gewährt werden, da die gesetzliche Krankenversicherung eine vergleichbare Leistung nicht kennt. Überall dort, wo die gesetzliche Krankenversicherung Festbeträge festgelegt hat (z. B. Hörgeräte), kann leider auch zu den übersteigenden Kosten keine Beihilfe gewährt werden.

⚠ **Geburtspauschale**
Sofern Sie eine Geburtspauschale für Ihr neugeborenes Kind beantragen wollen, legen Sie bitte Ihrem Antrag eine Kopie der Geburtsurkunde Ihres Kindes bei.

Zahnersatz

Bitte beachten Sie, dass Sie, wenn Sie eine Beihilfe zum Zahnersatz beantragen, immer den genehmigten Heil- und Kostenplan der gesetzlichen Krankenversicherung dem Antrag beifügen. Ohne diesen ist die Berechnung der Beihilfe nicht möglich. Es ist übrigens nicht erforderlich, dass Sie einen Heil- und Kostenplan vor der Behandlung bei der Beihilfekasse zur Genehmigung einreichen.

Privat krankenversicherte Tarifbeschäftigte,
die einen Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag erhalten, oder denen, sofern sie nach dem 31.12.1998 in eine private Krankenversicherung übergetreten sind, ein Zuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag dem Grunde nach zusteht, haben Anspruch auf die sogenannte Restkostenbeihilfe.
In diesen Fällen werden die Leistungen der privaten Krankenversicherung von den beihilfefähigen Aufwendungen in Abzug gebracht.

Restkostenbeihilfe
Zu dem nach diesem Abzug verbleibenden Restbetrag erhalten die Tarifbeschäftigten unter Anwendung ihres Bemessungssatzes eine sogenannte Restkostenbeihilfe.

Beispiel:
Ein privat versicherter Tarifbeschäftigter mit einem Beitragszuschuss durch den Arbeitgeber hat sich mit einer Quote von 90 % privat krankenversichert. Sein Bemessungssatz beträgt 50 %. Nun reicht er bei der Beihilfekasse eine Rechnung über 1.000 Euro ein, zu der ihm seine Krankenversicherung 900 Euro erstattet. Die zustehende Restkostenbeihilfe berechnet sich dann wie folgt:

Rechnungsbetrag	=	1000 €
abzüglich Leistung der Krankenversicherung	=	- 900 €
Restbetrag	=	100 €
mal den Bemessungssatz		50 %
Restkostenbeihilfe	=	50 €

RECHTSGRUNDLAGEN

Beihilfen für Beamt*innen

Die gesetzliche Grundlage für die Gewährung von Beihilfen ist § 75 Landesbeamtengesetz NRW. Durch diese Vorschrift ist bereits der Anspruch der Beamt*innen und Versorgungsempfänger*innen auf Beihilfen in

- Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen

und der Kreis der beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen festgelegt sowie die für die Bemessung der Beihilfen wesentlichen Gesichtspunkte.



Außerdem verleiht sie dem Finanzministerium die Ermächtigung, die Einzelheiten in einer Rechtsverordnung zu regeln. Diese Rechtsverordnung ist die Verordnung über Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (Beihilfenverordnung NRW – BVO NRW).

www.versorgungskassen.de/ueber-uns/organisation/rechtsgrundlagen.html

Beihilfen für Tarifbeschäftigte

Die Rechtsgrundlage für die Gewährung von Beihilfen ist das Gesetz über die Anwendung beamten- und besoldungsrechtlicher Vorschriften auf nichtbeamtete Angehörige des öffentlichen Dienstes (AbubesVG).

Dort ist geregelt, dass Arbeitnehmer*innen im Dienst des Landes, der Gemeinden, der Gemeindeverbände und der sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts, deren Beschäftigungsverhältnis vor dem 1. Januar 1999 begründet wurde, einen Anspruch auf Beihilfen in

- Krankheits- und Geburtsfällen

nach den für Beamt*innen geltenden Grundsätzen unter Berücksichtigung der Besonderheiten ihres Beschäftigungsverhältnisses haben.

Weiter sind auch schon erste Bestimmungen festgelegt, etwa zu den Ansprüchen der gesetzlich Krankenversicherten sowie zu den Teilzeitbeschäftigten. Ferner erhält auch dieses Gesetz die Ermächtigung, wonach das Finanzministerium die Einzelheiten in einer Rechtsverordnung bestimmt. Diese Rechtsverordnung ist die Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts- und Krankheitsfällen an Tarifbeschäftigte (Beihilfenverordnung Tarifbeschäftigte - BVOTb NRW).

⚠ Dieser Praxisleitfaden soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Bestimmungen zur Beihilfe geben.

Bitte haben Sie jedoch Verständnis dafür, dass der Praxisleitfaden nur eine begrenzte Übersicht der umfangreichen Bestimmungen geben kann. Rechtsansprüche können Sie hieraus nicht ableiten.

KONTAKTDATEN

Telefon

Wir haben verschiedene Servicetelefone für Sie eingerichtet, unter denen Sie unsere Sachbearbeitung zu unseren Servicezeiten erreichen.

Hilfsmittel	+49 221 8273 - 4472
Pflegebedürftigkeit	+49 221 8273 - 4479
Privatklinikaufenthalte	+49 221 8273 - 4494
ambulante Psychotherapie	+49 221 8273 - 4498
Rehamaßnahmen	+49 221 8273 - 4493
Tarifbeschäftigte	+49 221 8273 - 4480
Zahnbehandlungen	+49 221 8273 - 4491
andere Fragen:	+49 221 8273 - 4477

Fax

Sofern Sie möchten, senden Sie uns ein Fax.
Bitte beachten Sie, dass es nicht zulässig ist, einen Beihilfeantrag per Fax zu stellen.



+49 221 8284 - 3686

Kontaktformular

Wenn Sie uns eine elektronische Nachricht zukommen lassen möchten, dann nutzen Sie bitte unser Kontaktformular auf unserer Internetseite:



www.versorgungskassen.de/kontakt.html

Datenschutz

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht immer auf dem elektronischen Weg antworten dürfen. Nähere Informationen hierzu finden Sie unter:



https://versorgungskassen.de/beihilfen/kundenservice/elektronische-anfragen.html

Organspendeausweis

Organspende rettet Leben!
Wichtige Voraussetzungen für eine Organspende sind Zustimmung zur Spende und Todesfeststellung.



Erklärung zur Organ- und Gewebespende

Für den Fall, dass **nach meinem Tod** eine **Spende von Organen/Geweben zur Transplantation** in Frage kommt, erkläre ich:

- ○ **JA**, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.
- oder ○ **JA**, ich gestatte dies, mit **Ausnahme** folgender Organe/Gewebe:
- oder ○ **JA**, ich gestatte dies, jedoch **nur** für folgende Organe/Gewebe:
- oder ○ **NEIN**, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.
- oder ○ Über JA oder NEIN **soll** dann **folgende Person entscheiden:**

Name, Vorname — Telefon

Straße — PLZ, Wohnort

Platz für **Anmerkungen/Besondere Hinweise**

DATUM — UNTERSCHRIFT

Organspendeausweis

nach § 2 des Transplantationsgesetzes

Organspende

Name, Vorname — Geburtsdatum

Straße — PLZ, Wohnort

BZgA **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

Organspende schenkt Leben.

Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer **0800 / 90 40 400.**

Organspendeausweis online bestellen

Sie können Ihren Organspendeausweis auch direkt online ausfüllen, herunterladen oder als Plastikkarte kostenfrei bestellen unter:

www.organspende-info.de/organspendeausweis-download-und-bestellen/



www.versorgungskassen.de/beihilfen/infos-zum-beihilfenrecht.html

Telefon: +49 221 8273 - 4498 (amb. Psychotherapie), 4492 (Hilfsmittel), 4479 (Pflegebedürftigkeit), 4494 (Privatklinikaufenthalte), 4493 (Rehamaßnahmen), 4480 (Tarifbeschäftigte), 4491 (Zahnbehandlungen), 4477 (andere Fragen)