Rheinische Versorgungskassen



INFORMATIONEN ZUM BEIHILFENRECHT RHEINLAND PFALZ

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 (privat versicherte Beamte) 10
Kostendämpfungspauschale (KDP) 11

// Verfahren

Antragstellung 12
- Erstantrag 13
- Langantrag 14
- Kurzantrag 15

Beihilfe App 16
Bearbeitungszeiten und Zwischennachrichten 18
Wenn mal was nicht klappt 19

// Praxisbeispiele

Sanatoriumsbehandlung/Heilkur (Vorverfahren) 20
Psychotherapie (Vorverfahren) 22
Zahnimplantate 24
Zahnersatz 26
Kieferorthopädie 27
Hilfsmittel 28
Wahlleistungen im Krankenhaus 30
Privatkliniken 32
Unfall 33
Pflege 34
Auslandsbehandlungen 36
Beihilfen in Todesfällen 37
Besonderheiten bei gesetzlich krankenversicherten Personen 38
Besonderheit Tarifbeschäftigte 40

// Weitere Informationen

Rechtsgrundlagen 42
Kontaktdaten 43
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:
www.versorgungskassen.de/beihilfen/rheinland-pfalz.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 zahlreichen Informationen und Merkblätter zum Beihilfenrecht. Dort finden sich viele Antworten auf Ihre Fragen.

Weitere Informationen:
www.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:

- Arzneimittel, die auch dann nicht beihilfefähig sind, wenn sie ärztlich verordnet wurden,
- bestimmte Medizinprodukte und Nahrungsergänzungsmittel,
- bestimmte Hilfsmittel,
- Haushaltshilfen bei Erkrankung einer nicht nur geringfügig beschäftigten haushaltsführenden Person sowie
- Bestattungskosten.

Rechtsgrundlagen:
§ 66 Landesbeamtengesetz Rheinland-Pfalz

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 BEIHILFE 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. Wenn eine weitere Person Ihre Beihilfeangelegenheiten erledigen soll, ist die Erteilung einer Vollmacht erforderlich. Einen entsprechenden Vordruck finden Sie unter www.versorgungskassen.de/beihilfen/vordrucke.html

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).

Ehepartner*in oder eingetragene Lebenspartner*in der beihilfeberechtigten Person

Grundsätzlich können auch Aufwendungen von Ehepartner*innen und eingetragenen Lebenspartner*innen beihilfefähig sein, wenn diese nicht selbst beihilfeberechtigt sind und deren Einkommen unter einer bestimmten Grenze liegt. Maßgeblich sind die steuerpflichtigen Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe.
Bei Antragstellungen ab dem 01.01.2026 gilt:
Ehepartner*innen oder eingetragene Lebenspartner*innen im Sinne des § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes sind berücksichtigungsfähig, wenn deren Einkünfte (§ 2 Abs. 2 und 5a des Einkommensteuergesetzes - EStG) oder vergleichbare ausländische Einkünfte die Einkommensgrenze in Höhe von 22.000 Euro nicht überschreitet.
Wird die Einkommensgrenze im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht, sind Ehepartner*innen oder eingetragene Lebenspartner*innen unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Nach Ablauf des Kalenderjahres müssen die tatsächlichen Einkünfte nachgewiesen werden.
Als Einkünfte gelten

- bei Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn und
- bei Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung und sonstigen Einkünften im Sinne des § 22 EStG (Renten).

Für getrennt lebende 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 von Kindern der beihilfeberechtigten Person sind nur dann beihilfenrechtlich zu berücksichtigen, wenn diese 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.

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 Rehabilitationsmaßnahmen fallen 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 eine Beihilfe in Höhe von 150 €).

Tod

Im Todesfall einer beihilfeberechtigten Person sind die Überführungskosten vom Sterbeort an den Ort der Beisetzung beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte Person während einer Dienstreise, einer Abordnung oder von einem dienstlich bedingten Umzug außerhalb des Ortes seiner Hauptwohnung verstirbt. Diese Aufwendungen sind bis zur Höhe der Kosten der Überführung an den Ort der Hauptwohnung (§ 22 Bundesmeldegesetz) beihilfefähig.
Zu 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 zwei Jahren nach der Entstehung der Aufwendungen bei der Beihilfekasse geltend gemacht wird. Maßgeblich ist hierbei bei Rechnungsbelegen das Rechnungsdatum, bei Arznei- und Hilfsmitteln das Datum der Beschaffung.

Rechtsgrundlagen:
§§ 8, 35-42a, 43, 44, 49, 54 und 64 BVO RLP

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 übersteigenden 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.

Beispiel zu Höchstbetragsberechnung (100%-Regel):

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

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

Die private Quotenversicherung gewährt auch 50 €.

Höchstbetragsberechung:

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

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

BEMESSUNGSSATZ FÜR PRIVAT VERSICHERTE BEAMTE

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. Bitte beachten Sie die Besonderheiten zum abweichenden Bemessungssatz für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte und privat krankenversicherte Personen, die einen Arbeitgeberzuschuss zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag erhalten (ab Seite 38).

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 oder Unterhaltsbeiträge beziehen, und nicht aufgrund einer eigenen Beschäftigung einen Anspruch auf Beihilfen haben (auch aus einer Beschäftigung als Tarifbeschäftigte).

Rechtsgrundlagen:
§ 57 BVO RLP

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. Beihilfeberechtigte, denen vor der Elternzeit erhöhte Bemessungssätze zustand, erhalten diesen während der Elternzeit weiter. In diesen Fällen ist eine Erhöhung des Bemessungssatzes für den anderen Elternteil ausgeschlossen.

KOSTENDÄMPFUNGSPAUSCHALE

Berechnung der Kostendämpfungspauschale (KDP)

Besoldungsgruppe	Betrag
A 7 – A 8	= 100 €
A 9 – A 11	= 150 €
A 12 - A15, B 1	= 300 €
A 16, B 2, B 3	= 450 €
B 4 – B 7	= 600 €
B 8 und höher	= 750 €

- Teilzeit mindert die Beträge im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit. Beispiel:

  Herr H hat seine Arbeitszeit auf 80 % reduziert. Er wird nach Besoldungsgruppe A 10 besoldet. Seine KDP beträgt daher 80 % von 150 € also 120 €.

- Bei Versorgungsberechtigten bemisst sich die Höhe der KDP nach dem Ruhegehaltssatz (begrenzt auf 70 % des oben aufgeführten Tabellenbetrags). Bei Witwen, Witwern sowie hinterbliebenen Lebenspartner*innen beträgt sie 55 % des Ruhegehaltssatzes (begrenzt auf 40 % des oben aufgeführten Tabellenbetrags). Beispiel:

  Frau F bezieht Versorgungsbezüge nach Besoldungsgruppe A 13. Sie hat einen Ruhegehaltssatz von 60 %. Ihre KDP beträgt hiernach 60 % von 300 € also 180 €.

- Für jedes Kind, welches im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig ist, mindert sich die KDP um 40 €.

Festsetzung der KDP

Die KDP wird mit dem ersten Beihilfeantrag, der im laufenden Kalenderjahr gestellt wird, festgesetzt. Es werden die zu diesem Zeitpunkt maßgeblichen Verhältnisse zugrunde gelegt. Veränderungen danach finden erst bei der ersten Antragstellung im folgenden Kalenderjahr Berücksichtigung. Beispiel:

Herr A wird nach Besoldungsgruppe A 10 besoldet. Er arbeitet vollzeit. Am 05.02. reicht er seinen ersten Beihilfeantrag im laufenden Jahr ein. Die Beihilfekasse setzt seine KDP mit Bescheid vom 17.02. auf 150 € fest. Am 03.03. wird sein erstes Kind geboren. Der Abzug von 40 € wird bei der Festsetzung der KDP erst im nächsten Jahr berücksichtigt.

Anwendung der KDP

Abgezogen wird die KDP von der festgesetzten Beihilfe. Maßgeblich für die Zuordnung zu einem Kalenderjahr ist dabei das Rechnungsdatum (und nicht das Behandlungsdatum). Beispiel:

Frau K hat von Oktober bis November 2018 Massagen erhalten. Die Rechnung der Physiotherapiepraxis wird aber erst im Januar 2019 erstellt. Sie reicht nun im März die Rechnung mit ihrem ersten Beihilfeantrag des laufenden Jahres ein. Von der Beihilfe, die zu dieser Rechnung gewährt wird, muss die Beihilfekasse die KDP für das Jahr 2019 einbehalten, da das Rechnungsdatum in 2019 liegt.

Ausnahmen

In einigen Fällen entfällt die KDP, z. B. bei Elternzeit ohne Teilzeit, bei Waisen, bei Beamt*innen auf Widerruf im Vorbereitungsdienst oder bei Beihilfeberechtigten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

Rechtsgrundlagen:
§§ 60 und 61 BVO RLP

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:

www.versorgungskassen.de/beihilfen/vordruck.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.

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.

Wechsel von einer anderen Beihilfestelle zur RVK

Sofern Ihnen bereits zuvor von einer anderen Stelle Beihilfen gewährt worden sind, ist es erforderlich, dass dem Erstantrag der Erfassungsbeleg beigefügt wird. Dieser gibt die Historie Ihrer Beihilfeakte wieder und kann 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,
- Änderung der Besoldungs-, Entgelt- oder Vergütungsgruppe,
- 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),
- 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 und
- 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.

i

Antragsvordrucke

Alle unsere Antragsvordrucke finden Sie unter:

www.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)**

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.



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, und für unfallbedingte Aufwendungen und in Sterbefällen nach dem Ableben der beihilfeberechtigten Person.

Beihilfe App anwenden! So einfach geht‘s:

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

www.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.

www.versorgungskassen.de/beihilfen/kundenservice/bearbeitungsstand.html

www.versorgungskassen.de/beihilfen/kundenservice/abschlag.html

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 8273-4476

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.

www.versorgungskassen.de/beihilfen/kundenservice/abteilungsleitung.html

SANATORIUMSBEHANDLUNG/HEILKUR (VORVERFAHREN)

Bei Aufwendungen für eine Sanatoriumsbehandlung, Heilkur, stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter oder Väter (auch in Form einer Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahme) ist ein Voranerkennungsverfahren erforderlich.

Ablauf

- Der behandelnde Arzt bescheinigt die Notwendigkeit.
- Die beihilfeberechtigte Person stellt einen formlosen Antrag.
- Die Beihilfekasse beauftragt beim zuständigen Amtsarzt oder Vertrauensarzt ein Gutachten.
- Genehmigung/Ablehnung 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 (Heilkur, Sanatoriumsbehandlung, stationäre Müttergenesungskur/Vätergenesungskur oder Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Maßnahme),
- 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 oder Vertrauensarzt, 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 (MRT-Befunde, Laborberichte o. Ä.) mit.

⚠ 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/Vertrauensarzt 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 oder im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt steht, um einen langfristigen Behandlungserfolg sicherzustellen. In diesen Fällen ist es ausreichend, wenn der behandelnde Krankenhausarzt die Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung bescheinigt.

⚠ Fristen

Heilkurmaßnahmen dürfen nur alle vier Jahre durchgeführt werden. Ausnahme sind zwingende medizinische Gründe. Ein solcher Ausnahmefall muss durch ein Gutachten des zuständigen Amtsarztes/Vertrauensarztes bestätigt werden und sollte bereits in der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung beschrieben werden.
Sanatoriumsbehandlungen und Heilkuren müssen innerhalb von vier Monaten nach der Genehmigung begonnen werden.

www.versorgungskassen.de/beihilfen/rheinland-pfalz/heilkur.html

www.versorgungskassen.de/beihilfen/rheinland-pfalz/sanatoriumsbehandlung.html

i Kostenbeteiligung

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

Rechtsgrundlagen:
§§ 45 – 48 BVO RLP

PSYCHOTHERAPIE (VORVERFAHREN)

Für Aufwendungen der ambulanten Psychotherapie (tiefenpsychologisch fundierte, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie sowie systemische Therapien) ist in der Regel ein Voranerkennungsverfahren erforderlich.

Ablauf

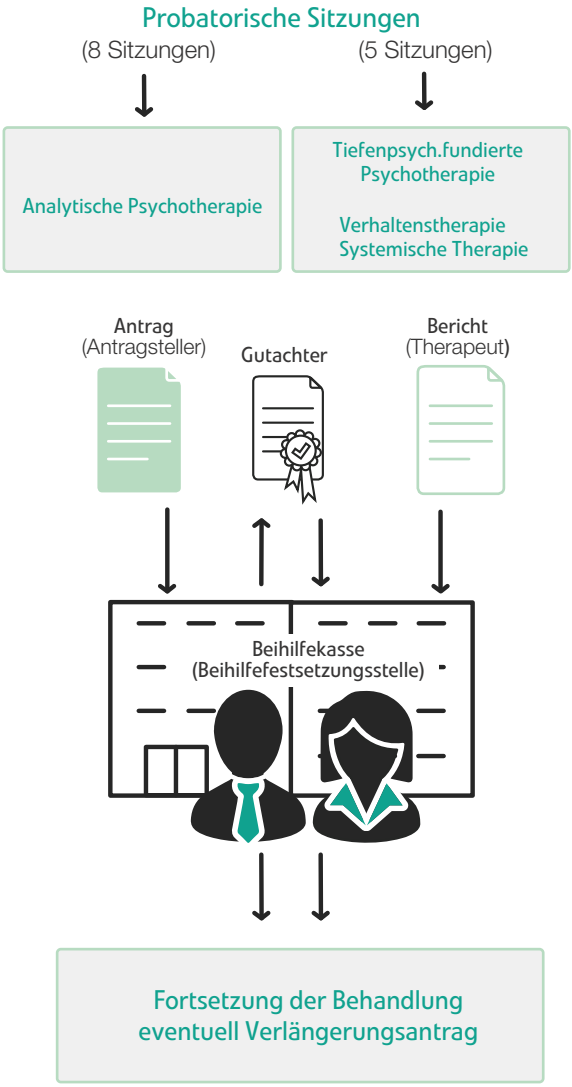
- Probatorische Sitzungen (5 bzw. 8)
- Behandlungspause und Beantragung der ambulanten Psychotherapie
- Gutachterverfahren
- Genehmigung/Ablehnung durch die Beihilfekasse
- Fortsetzung der Behandlung
- Behandlungsende nach den genehmigten Sitzungen oder Verlängerungsantrag

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 ist ein neues Anerkennungsverfahren durchzuführen. Dies gilt auch, wenn die Behandlung in einer Gemeinschaftspraxis weiter fortgeführt wird. Die Genehmigung ist untrennbar an die Person des Therapeuten gebunden.



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.
- Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie, wenn der Beihilfekasse spätestens nach den probatorischen Sitzungen eine Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, wonach bei einer Einzelbehandlung nicht mehr als 10 Sitzungen und bei einer Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erforderlich sind.

Probatorische Sitzungen

Probatorische Sitzungen sind bei zugelassenen Behandlern beihilfefähig (auch bei verschiedenen Therapeuten). Sie dienen der Feststellung der Diagnose. Außerdem sollen Behandler und Patient prüfen können, ob sie ein entsprechendes Vertrauensverhältnis aufbauen können, welches Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist.

Nach den probatorischen Sitzungen darf eine Behandlung erst dann fortgesetzt werden, wenn die Genehmigung durch die Beihilfekasse vorliegt.

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

Ausnahme bei akutem Behandlungsbedarf

In Ausnahmefällen einer akuten Behandlungsbedürftigkeit darf eine Behandlung fortgesetzt werden, auch wenn nach den probatorischen Sitzungen noch keine Genehmigung durch die Beihilfekasse vorliegt.

Voraussetzung ist, dass

- ein akuter Behandlungsbedarf in einer probatorischen Sitzung festgestellt wird,
- ein Gutachterverfahren bei der Beihilfekasse beantragt worden ist und
- die Akutbehandlung als Einzeltherapie, gegebenenfalls auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen (max. 12 Sitzungen) je Krankheitsfall durchgeführt wird.

www.versorgungskassen.de/beihilfen/rheinland-pfalz/ambulante-psychotherapie.html

Rechtsgrundlagen:
§§ 17 bis 20a BVO und Anlage 2 BVO RLP

ZAHNIMPLANTATE

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.

Indikationen

Zur Gewährung einer Beihilfe ist das Vorliegen einer der folgenden Indikationen erforderlich:

1. generalisierte Nichtanlage von Zähnen (weniger als 8 Zähne je Kiefer),
2. große Kieferdefekte infolge von Kieferbruch oder Kieferresektion,
3. angeborene Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-Kiefer-Gaumenspalte),
4. dauerhaft bestehende extreme, irreversible, nicht medikamenteninduzierte Xerostomie (Mundtrockenheit), insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
5. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken), wenn nach neurologischem Attest eine absolute Kontraindikation für (auch implantatgestützten) herausnehmbaren Zahnersatz besteht,
6. implantatgetragener Zahnersatz im atrophischen zahnlosen Oberkiefer (Begrenzung auf bis zu sechs Implantate) und
7. implantatgetragener Zahnersatz im atrophischen zahnlosen Unterkiefer (Begrenzung bis zu vier Implantate).

Bei der Ermittlung der Anzahl der beihilfefähigen Implantate werden bereits vorhandene Implantate mitgezählt, zu deren Aufwendungen Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden.

Ablauf

1. Der behandelnde Arzt bescheinigt die medizinische Notwendigkeit. Zu diesem Zweck stellt er einen detaillierten Heil- und Kostenplan auf.
2. Diesem Heil- und Kostenplan ist der sogenannte Indikationsnachweis beizufügen (wird durch den behandelnden Arzt ausgefüllt). Sie finden diesen Vordruck auf http://www.versorgungskassen.de/beihilfen/vordrucke.html.
3. Sobald der Beihilfekasse die Unterlagen vorliegen, kann der Umfang der Beihilfefähigkeit für die geplante Maßnahme geprüft werden. Sofern Sie es wünschen, erhalten Sie hierzu eine unverbindliche Berechnung über die voraussichtliche Höhe der Beihilfe.

Beihilfefähig

Liegt keine der genannten Indikationen vor, sind grundsätzlich bis zu zwei Implantate je Kiefer (einschließlich vorhandener Implantate), beihilfefähig.

Folgende Aufwendungen stehen im Zusammenhang mit implantologischen Leistungen:

- vorbereitende/ergänzende Maßnahmen (z. B. Röntgen, Computertomographie, Knochenaufbau),
- die Implantatinsertion sowie
- die Suprakonstruktion (Zahnersatz auf Implantat).

Wartezeiten

Die Aufwendungen für implantologische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte Person bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt ist. Dies gilt ebenfalls für in diesem Zusammenhang erbrachte Leistungen für zahnärztliche Behandlungen, Zahnersatz sowie funktionstherapeutische u. funktionsanalytische Maßnahmen.

Ausnahmen hierzu sind:

- die Leistungen beruhen auf einen Unfall,
- die beihilfeberechtigte Person war zuvor mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt oder
- die beihilfeberechtigte Person wäre ohne ihre Tätigkeit im öffentlichen Dienst bei einer anderen beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig.

www.versorgungskassen.de/beihilfen/rheinland-pfalz/implantat-behandlungen.html

Serviceleistung

⚠ Es bietet sich an, der Beihilfestelle vor Behandlungsbeginn einen entsprechenden Heil- und Kostenplan zur Prüfung der beihilfenrechtlichen Voraussetzungen zu übersenden.
Sie erhalten dadurch einen Überblick über die Höhe Ihrer verbleibenden Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten.

Rechtsgrundlagen:
§§ 14 und 15 BVO RLP

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.

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 60 % der medizinisch notwendigen Aufwendungen beihilfefähig. Zahntechnische Leistungen sind handwerklich gefertigte Werkstücke, z. B. Inlays, 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.

www.versorgungskassen.de/beihilfen/rheinland-pfalz/zahnaerztliche-behandlungen.html

Rechtsgrundlagen: §§ 12 und 15 BVO RLP

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 (60 % von 2 000 €)	1.200 €	
beihilfefähige Aufwendungen	4.200 €	
Beihilfe: beihilfeberechtigte Person mit zwei berücksichtigungsfähigen Kindern		
70 % von 4.200 €		2.940 €
Leistung der privaten Versicherung (30 % von 5.000 €)		1.500 €
Gesamterstattung		4.440 €
verbleibender Eigenanteil (5.000 € – 4.440 €)		560 €

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.

⚠ Bitte beachten Sie ggf. die Erfüllung von Wartezeiten (s. Hinweis auf S. 25)

KIEFERORTHOPÄDIE

Voraussetzungen

Eine kieferorthopädische Behandlung oder die Behandlung von Kiefermissbildungen sind beihilfefähig, wenn

1. diese zur Herstellung der Kaufähigkeit oder zur Verhütung einer Krankheit notwendig ist (muss ärztlicherseits bescheinigt werden) und
2. der Beihilfekasse ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird.

Heil- und Kostenplan des Kieferorthopäden

Es ist nicht erforderlich den Heil- und Kostenplan, den Ihnen Ihr Kieferorthopäde zur Verfügung stellt, der Beihilfekasse vor Behandlungsbeginn 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.

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.

Rechtsgrundlagen: § 16 BVO RLP

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.

www.versorgungskassen.de/beihilfen/rheinland-pfalz/kieferorthopaedie.html

HILFSMITTEL

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

Hilfsmittelkatalog

In der Anlage 4 zur Beihilfeverordnung ist ein Hilfsmittelkatalog aufgeführt. Alle in diesem Katalog genannten Hilfsmittel (Abschnitt I) sind grundsätzlich beihilfefähig. Hilfsmittel, die in Abschnitt II dieser Anlage aufgeführt sind, sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

Hilfsmittel außerhalb des Hilfsmittelkatalogs

Bei Hilfsmitteln, die nicht in diesem Katalog (Abschnitt I) genannt sind und die nicht der allgemeinen Lebenshaltung zuzuordnen sind, ist die Zustimmung der Beihilfekasse (bei Landesbeamt*innen das Ministerium für Finanzen) erforderlich.

Höchstbeträge:

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

- **Hörgeräte** = 1.500 € je Ohr
- **Perücke** = 512 €
- **Brillengläser**
  Cyl. Einstärkengläser bis zu 41 €, Cyl. Mehrstärkengläser bis zu 92,50 € je Glas (zusätzlich können noch bestimmte Aufpreise je Glasart als beihilfefähig anerkannt werden)
- **Neurodermitis-Anzüge**
  bei an Neurodermitis erkrankten Kindern bis zum 12. Lebensjahr = 80 € (für bis zu 2 Anzüge je Kalenderjahr)

Betriebskosten

Bei Aufwendungen für den Betrieb von Hilfsmitteln ist nur der 100 € 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.

Eigenanteil für übliche Gebrauchsgegenstände

Bei einigen Hilfsmitteln ist ein Eigenanteil für übliche Gebrauchsgegenstände anzusetzen. Beispiele:

- Orthopädische Maßschuhe
  Die Aufwendungen sind beihilfefähig, soweit sie 64 € übersteigen.
- Körperersatzstücke einschließlich Zubehör
  Die Aufwendungen für BH´s bzw. Badeanzüge für Brustprothesen sind beihilfefähig, soweit sie 15 € bzw. 40 € übersteigen.

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.

- Antiallergene Matratzen-/Bettbezüge,
- Blutdruckmessgerät,
- Fieberthermometer sowie
- Heizkissen oder Bestrahlungslampen

können keine Beihilfen gewährt werden.

Reparaturen

Reparaturen von Hilfsmitteln, die als beihilfefähig anerkannt werden konnten, sind grundsätzlich ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.

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:
§ 34 und Anlage 4 BVO RLP

WAHLLEISTUNGEN IM KRANKENHAUS

Bei einer Behandlung im Krankenhaus steht es Ihnen und Ihren 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). Diese Mehraufwendungen können nur berücksichtigt werden, wenn die vorgeschriebene Wahlleistungsvereinbarung des Krankenhauses vor Erbringung der Wahlleistung schriftlich abgeschlossen wurde. Auf Verlangen muss diese Wahlleistungsvereinbarung der Beihilfekasse vorgelegt werden.

Anspruch auf Wahlleistungen

Anspruch auf Beihilfen für Wahlleistungen besteht nur für beihilfeberechtigte Personen, die mittels Wahlleistungserklärung mitgeteilt haben, dass sie für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen Wahlleistungen in Anspruch nehmen möchten.
Ein Anspruch einer Beihilfe zu Wahlleistungen besteht weiterhin nur gegen Zahlung eines Betrags von 26 € monatlich. Dieser Betrag wird monatlich von den Bezügen einbehalten.

Die Abgabe der Wahlleistungserklärung muss innerhalb einer Ausschlussfrist erfolgen.
Die Ausschlussfrist beginnt mit dem Tag:

1. der Begründung oder Umwandlung des Beamtenverhältnisses,
2. der Entstehung des Anspruchs auf Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld oder
3. der Abordnung oder Versetzung zu einem rheinland-pfälzischen Dienstherrn.

Die Erklärung kann also u. U. mehrfach (z. B. bei Einstellung, bei Übernahme eines Beamten auf Widerruf in das Beamtenverhältnis auf Probe, bei Umwandlung des Beamtenverhältnisses auf Probe in ein Beamtenverhältnis auf Lebenszeit) abgegeben werden.

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 12 € täglich in Abzug zu bringen.

Bei Inanspruchnahme eines Einbettzimmers werden diese Kosten um 50 % gekürzt, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei oder mehr Betten umfassen und als gesondert berechnete Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten werden.

www.versorgungskassen.de/beihilfen/rheinland-pfalz/krankenhausbehandlungen.html

Beispiel:
Sie haben als Wahlleistung für 2 Tage Aufenthalt die Unterkunft im Einbettzimmer gewählt (das Krankenhaus bietet als gesondert berechnete Unterkunft nur Einbettzimmer an). Der mit der PKV vereinbarte Einbettzimmerpreis beträgt 100,00 €

Beihilfeberechnung	Tage	Betrag	Summe
Krankenhausrechnung für die Unterkunft	2	100 €	200 €
beihilfefähiger Betrag	2	50 €*	100 €
abzgl. Selbstbehalt	2	12 €	24 €
beihilfefähiger Betrag			76 €
Bemessungssatz z. B. 50 %			50 %
Beihilfe zu der Wahlleistung Unterkunft			38 €

* (Kürzung um 50%)

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.

⚠ 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 %.

ⓘ

Selbstbehalt/ Eigenanteil

Für die Wahlleistungen ist ein Selbstbehalt vorgesehen:

12 € **Unterkunft im Zweibettzimmer**

50 % **Eigenanteil der Kosten für ein Einbettzimmer, wenn das Krankenhaus nur über Zimmer mit drei oder mehr Betten verfügt.**

Rechtsgrundlagen:
§§ 24 und 25 BVO RLP

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 vorzunehmen.
Die beihilfefähigen Aufwendungen bei Inanspruchnahme der vorgenannten Privatkliniken können nur bis zu bestimmten Höchstgrenzen berücksichtigt werden.
Diese Beträge setzen sich bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem allgemeinen Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, aus folgenden Elementen zusammen:

a) Fallpauschalenentgelt
b) Pflegeentgelt
c) Zusatzentgelt

Psychosomatik/Psychiatrie

Die Beträge, die bei Inanspruchnahme der vorgenannten Privatkliniken als beihilfefähig anerkannt werden können, setzen sich bei Indikationen, die nach dem sog. Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) abgerechnet werden, aus folgenden Elementen zusammen:

a) tagesbezogenes Entgelt
b) Zusatzentgelt

Die Aufwendungen für die wahlärztlichen Leistungen sowie Unterkunftskosten sind nicht in den o. g. Höchstbeträgen enthalten. Die Abrechnung hierzu erfolgt gesondert.

Serviceleistung

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.

Bei der Abrechnung einer psychosomatischen oder psychiatrischen Klinik muss zusätzlich eine Angabe zur Fachabteilung gemacht werden, in der die Behandlung erfolgen soll.

Rechtsgrundlagen: § 26 BVO RLP

UNFALL

Wenn Sie in einem Antrag Aufwendungen geltend machen, die aufgrund eines Unfalls entstanden sind, kennzeichnen Sie die betreffenden Belege bitte mit einem großen „U“ für Unfall und legen uns zusätzlich die „Anlage Unfall“ vor.
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 zur Prüfung benötigen, 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.



Rechtsgrundlagen:
§ 9 Abs. 1 und 2 BVO RLP

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 Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Die Antragstellung dort ist auch maßgeblich für den Beginn einer eventuellen Beihilfegewährung. Ein gesonderter Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei der Beihilfekasse ist nicht erforderlich.

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.

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.

Pflegekosten bei stationärer Pflege

Die Beihilfe zu pflegebedingten Aufwendungen richtet sich danach, in welchen Pflegegrad Sie oder Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen eingestuft wurden.
Hierbei ist der nach dem Pflegegrad in Betracht kommende Pflegesatz der zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 SGB XI) für die pflegebedingten Aufwendungen und die Ausbildungsumlage maßgeblich.

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.

Für die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind beihilfefähig je Kalendermonat:

Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 125 € möglich
Pflegegrad 2	770 €
Pflegegrad 3	1.262 €
Pflegegrad 4	1.775 €
Pflegegrad 5	2.005 €

Rechtsgrundlagen:
§§ 35-42a BVO RLP

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	350 €	
zu berücksichtigendes Einkommen	1.350 €	
davon 30 % Eigenanteil		536 €
Unterschiedsbetrag*		964 €

Beihilfe zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten

Die vom Pflegeheim in Rechnung gestellten pflegebedinten Aufwendungen zuzüglich Ausbildungsumlage betragen insgesamt 2.500 €.
Die Einstufung erfolgte in Pflegegrad 3 = 1.262 €.
Der Versorgungsempfänger ist gesetzlich krankenversichert.

Pflegebedingte Aufwendungen + Ausbildungsumlage	2.500 €
abzüglich Leistung Pflegekasse*	631 €
abzüglich Leistung Beihilfe*	631 €
ungedeckte pflegebedingte Aufwendungen = ergänzende Beihilfe	1.238 €

* hälftiger Betrag des Pflegegrades

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 sowie stationären Behandlungen in Krankenhäusern (hierbei sind jedoch die Höchstbeträge und Begrenzungen der Beihilfevorschriften zu beachten), sofern diese in einem Mitgliedstaat der europäischen Union (EU) stattgefunden haben,
- wenn die Aufwendungen für die Auslandsbehandlung 1.000 € je Krankheitsfall nicht überstiegen haben,
- bei Personen, die in der Nähe der deutschen Grenze (30 km) wohnen oder sich dort aufhalten und aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss,
- wenn zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss,
- wenn die beihilfeberechtigte Person ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland hat (gilt auch für die im Haushalt lebenden Angehörigen),
- für Aufwendungen, die bei einer Dienstreise einer beihilfeberechtigten Person entstanden sind und die unaufschiebbar waren oder
- die Beihilfekasse die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen vor Antritt der Reise anerkannt hat.

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 nicht öffentlichen Krankenhaus (Privatklinik) für EU und restliches Ausland.

⚠ 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.

Die Kosten einer Rückbeförderung wegen einer Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise sind nicht beihilfefähig.

Auslandsreisekrankenversicherung

Sofern Sie eine Auslandsreisekrankenversicherung abgeschlossen haben, ist der Leistungsbescheid dieser Versicherung dem Beihilfeantrag beizulegen.

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.

www.versorgungskassen.de/beihilfen/rheinland-pfalz/auslandsbehandlungen.html

Rechtsgrundlagen:
§§ 55 und 59 BVO RLP

BEIHILFEN IN TODESFÄLLEN

Wer ist bei Todesfällen antragsberechtigt?

Beim Tod von berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Beihilfeberechtigte selbst berechtigt, Beihilfen zu den beihilfefähigen Aufwendungen geltend zu machen.

Stirbt die beihilfeberechtigte Person, erhalten die Erbin, der Erbe oder die Erbengemeinschaft die Beihilfen zu den bis zum Tod entstanden Aufwendungen.

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

Anspruch

Der Anspruch auf Gewährung von Beihilfen ist höchstpersönlich und erlischt mit dem Tod.

Aus diesem Grund verliert auch eine vor dem Tod ausgestellte Bevollmächtigung ihre Gültigkeit. Hiervon losgelöst können die zuvor aufgeführten Antragsberechtigten ihrerseits Bevollmächtigungen aussprechen.

Zu welchen Aufwendungen können Beihilfen gewährwerden?

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 für die Überführung der Leiche einer beihilfeberechtigten Person vom Sterbeort an den Ort der Beisetzung bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Ort der Hauptwohnung, wenn die beihilfeberechtigte Person z. B. während einer Dienstreise oder Abordnung außerhalb des Ortes seiner Hauptwohnung verstirbt und
- für eine Familien- und Hauspflegekraft gem. § 29 BVO für die Dauer von bis zu sechs Monaten, wenn mindestens eine pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Person oder ein berücksichtigungsfähiges Kind unter 15 Jahren im Haushalt verbleibt und der Haushalt nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden kann.

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

Rechtsgrundlagen:
§§ 5 und 54 BVO RLP

BESONDERHEITEN BEI GESETZLICH KRANKENVERSICHERTEN PERSONEN

Beihilfeleistungen für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind nur insoweit beihilfefähig, als sie über die zustehenden Leistungen der Krankenkasse hinausgehen.

Folgende Beispiele fallen hierunter:
- Wahlleistungen bei stationärem Krankenhausaufenthalt,
- Zahnersatz,
- heilpraktische Behandlung sowie
- privatärztliche Behandlung.

Wichtige Einschränkung

Der Beihilfeanspruch ist hierbei immer nachrangig zu betrachten. D. h. die Leistungen der Krankenkasse müssen immer nachgewiesen werden und vorrangig in Anspruch genommen werden. Sollte die Krankenkasse einmal keine Leistungen erbringen, muss der Beihilfekasse ebenfalls ein entsprechender Nachweis darüber vorgelegt werden.

Als Leistungen der Krankenkasse gelten auch besondere Bonuszahlungen oder Zuschüsse außerhalb des gesetzlichen Leistungskataloges der GKV.

Dies gilt bei Personen, die
- aufgrund einer Beschäftigung pflichtversichert oder
- in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert oder
- mit einem dem Grunde nach zustehenden Anspruch auf einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag freiwillig versichert sind.

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.

Rechtsgrundlagen:
§§ 9,10 und 58 BVO RLP

Folgende abweichende Bemessungssätze (BMS) gelten:

Personenkreis	Zuschuss Rentenversicherungsträger zum Krankenkassenbeitrag	Kasse leistet	Kasse leistet nicht
Freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (aktive Beamte)	kein Zuschuss	Die Leistung der Kasse wird vom beihilfefähigen Betrag in Abzug gebracht und der BMS erhöht sich auf 100 % der Restkosten	Es gilt der normale BMS gem. § 57 BVO RLP
Rentenpflichtversichert in einer gesetzlichen Krankenkasse (KVDR) oder Versorgungsempfänger_in als freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse	über 41 €	Die Leistung der Kasse wird vom beihilfefähigen Betrag in Abzug gebracht und der normale BMS gem. § 57 BVO RLP wird zugrunde gelegt	Es gilt der normale BMS gem. § 57 BVO RLP
Rentenpflichtversichert in einer gesetzlichen Krankenkasse (KVDR) oder Versorgungsempfänger_in als freiwilliges Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse	von oder unter 41 €	Die Leistung der Kasse wird vom beihilfefähigen Betrag in Abzug gebracht und der BMS erhöht sich auf 100 % der Restkosten	Es gilt der normale BMS gem. § 57 BVO RLP

BESONDERHEIT TARIFBESCHÄFTIGTE

Tarifbeschäftigte haben in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen Anspruch auf Beihilfen in sinngemäßer Anwendung der Beihilfenverordnung (BVO) vom 22.06.2011 in der jeweils gültigen Fassung

Generelle Voraussetzung

Voraussetzung ist, dass Tarifbeschäftigte in einem Beschäftigungsverhältnis zu einem Arbeitgeber stehen, der Mitglied im kommunalen Arbeitgeberverband Rheinland Pfalz ist.
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.

⚠ Die Beihilfen werden bei Teilzeitbeschäftigung entsprechend dem Teilzeitsatz gemindert.

Der Umfang des Beihilfeanspruchs als Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung ist eingeschränkt, da der Gesetzgeber davon ausgeht, dass den gesetzlich Versicherten ein rundum ausreichender Krankenversicherungsschutz zur Verfügung steht.

Tarifbeschäftigte, die Pflichtmitglied in der GKV sind

Beihilfeberechtigte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, sind für sich und ihre familienversicherten oder eigenständig pflichtversicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen ausschließlich auf die ihnen zustehenden Leistungen der Krankenkassen angewiesen.
Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass Sie

1. die zustehenden Leistungen der Krankenkassen nicht in Anspruch nehmen,
2. eine Versorgung wählen, die über die zustehenden Leistungen hinausgeht, oder
3. anstelle der zustehenden Leistungen eine Kostenerstattung im Sinne des § 13 Abs. 1 SGB V erhalten,

sind nicht beihilfefähig.

Das gilt auch für den Verzicht auf kassenärztliche Versorgung bei Behandlung durch einen Heilpraktiker.

Als zustehende Leistungen gelten im Übrigen auch die gesetzlich vorgesehene Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und die Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

In den Fällen, in denen nach dem SGB V von den Krankenkassen nur ein Zuschuss geleistet wird (z. B. bei Zahnersatz), sind die geltend gemachten Aufwendungen im Rahmen der Beihilfenverordnung beihilfefähig. Bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen, sind die Aufwendungen bis zur Höhe des 100%-igen Festzuschusses (§ 55 Abs.1 SGB V) beihilfefähig.

⚠ Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Eigenanteile sind nicht beihilfefähig.

Tarifbeschäftigte, die freiwilliges Mitglied in der GKV sind

Bei in der GKV freiwillig versicherten Tarifbeschäftigten sind die beihilfefähigen Aufwendungen um die hierauf entfallenden Leistungen der Krankenkasse zu kürzen.
Bei Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen sind die Aufwendungen um den höchstmöglichen Festzuschuss der gesetzlichen Krankenkasse zu kürzen. Sofern Ihre Krankenkasse nachweislich keine Leistungen zu den beihilfefähigen Aufwendungen gewährt und Sie einen Zuschuss nach § 257 SGB V zum Krankenkassenbeitrag erhalten, ermäßigt sich Ihr Bemessungssatz um 20 %. Dies gilt nicht für beihilfefähige Aufwendungen nach den §§ 45 bis 47 BVO RLP (Aufwendungen für Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren) und § 54 BVO RLP (Aufwendungen in Todesfällen).

⚠ Zahnersatz

Bei Beantragung einer Beihilfe zu Zahnersatz ist immer die Vorlage des von der gesetzlichen Krankenversicherung genehmigten Heil- und Kostenplanes erforderlich. 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.

Tarifbeschäftigte, die privat versichert sind

Für beihilfefähige Aufwendungen von Personen, die Mitglied in der privaten Krankenversicherung sind und nach § 257 SGBV einen Zuschuss zu ihren Versicherungsbeiträgen erhalten, ermäßigt sich der Bemessungssatz um 20 %. Dies gilt nicht für beihilfefähige Aufwendungen nach den §§ 45 bis 47 BVO RLP (Aufwendungen für Sanatoriumsbehandlungen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren) und § 54 BVO RLP (Aufwendungen in Todesfällen).

Die festgesetzte Beihilfe ist je Kalenderjahr um die Kostendämpfungspauschale nach § 60 BVO RLP zu kürzen.

www.versorgungskassen.de/beihilfen/rheinland-pfalz/tarifbeschaeftigte.html

Rechtsgrundlagen:
§§ 9, 10 und 58 BVO RLP

RECHTSGRUNDLAGEN

Beihilfen für Beamt*innen

Die gesetzliche Grundlage für die Gewährung von Beihilfen ist § 66 Landesbeamtengesetz Rheinland Pfalz. 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 Beihilfenverordnung Rheinland Pfalz (BVO).

Beihilfen für Tarifbeschäftigte

Tarifbeschäftigte haben in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen Anspruch auf Beihilfen in sinngemäßer Anwendung der Beihilfenverordnung (BVO) vom 22.06.2011 in der jeweils gültigen Fassung.
Voraussetzung ist, dass sie in einem Beschäftigungsverhältnis zu einem Arbeitgeber stehen, der Mitglied im kommunalen Arbeitgeberverband Rheinland Pfalz ist, dieses vor dem 01.01.1999 begründet wurde und ununterbrochen fortbesteht.

⚠ 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.

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

KONTAKTDATEN

Telefon

Unter folgenden Durchwahlen können Sie unsere Sachbearbeitung zu unseren Servicezeiten erreichen.



Allgemeine Fragen zur Beihilfe
+49 221 8273 - 4476

Pflegebedürftigkeit
+49 221 8273 - 4479

Beihilfe App
Sie haben Fragen oder Probleme mit unserer Beihilfe App? Dann erreichen Sie uns innerhalb unserer Servicezeiten unter
+49 221 8273 - 4500

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:

www.versorgungskassen.de/
elektronische-kommunikation.html

Organspendeausweis

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



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-beihilfen-recht.html

Telefon: +49 221 8273 - 4476
4479 (Pflegebedürftigkeit)