

Beihilfeinformationen Beihilfeverordnung (BVO)

www.SBV-Graskamp.de

Stand: 11.11.2016

Die Beihilfenverordnung -BVO- und die Verwaltungsverordnung zur Durchführung der BVO werden von Zeit zu Zeit geändert. Die neuen Regelungen finden Sie unter

http://www.versorgungskassen.de/downloads/beihilfen/NRW/bvo-nrw_geae_durch1_vo_zAed_BVO-NRW-09_12_2011.pdf

Auch auf der Homepage der Bezirksregierung Arnsberg (www.bra.nrw.de) unter Service/Beihilfe/Rechtsvorschriften finden Sie stets aktuelle Informationen zur Beihilfe.

Außerdem findet man viele Informationen auf der Homepage des LBV Düsseldorf www.lbv.nrw.de unter

<http://www.lbv.nrw.de/beihilfeberechtigte/bvo.php> und
http://www.lbv.nrw.de/merkblaetter/merkblaetter/mb_beih_land.pdf

Es gilt der Grundsatz:

Die Zahlung von Beihilfen ist von der Zahlung laufender Bezüge abhängig.

Von dieser grundsätzlichen Regelung gibt es einige Ausnahmen.

- **Voll** beihilfeberechtigt ist man auch bei Teilzeitbeschäftigung,
- Beihilfeberechtigt ist man i.d.R. während der Elternzeit und
- Beihilfeberechtigt ist man i.d.R. während der Beurlaubung aus familiären Gründen (§ 71 LBG),

Genauere Auskünfte erteilen die Beihilfestellen.

Beihilfe wird nur gewährt, wenn der **Beihilfeantrag innerhalb eines Jahres** nach dem Entstehen der Aufwendungen (z.B. erstes Rechnungsdatum bzw. Einlösung des Rezeptes) eingereicht wird.

Die Kostendämpfungspauschale verringert sich u.a. bei Teilzeitbeschäftigung im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit. Viele Infos zum Thema Beihilfe findet man unter <http://www.lbv.nrw.de/> auf Merkblättern des LBV.

Die Beihilfestellen sind inzwischen mit entsprechenden Computerprogrammen ausgestattet, so dass zeitgleich

- die Kopien bei der Beihilfestelle und die
- Originalbelege bei der privaten Krankenkasse eingereicht werden können.

Nachteil:

Oft erstattet die Beihilfestelle nicht alle Kosten. Hat man bei der PKV einen Zusatztarif abgeschlossen, werden die von der Beihilfe nicht erstatteten Kosten oft von der Krankenversicherung übernommen. Dazu benötigt man dann aber zuerst den Beihilfebescheid.

Einige Antworten auf häufig gestellte Fragen

- Aufwendungen für **Schutzimpfungen** sind nur beihilfefähig, wenn sie **öffentlich empfohlen** werden (Nicht aus Anlass von Auslandsreisen).
- **Brillengestelle** sind nicht mehr beihilfefähig. Für über 14jährige sind die Kosten für Sehhilfen in der Regel nur noch beihilfefähig, wenn sich die Sehschärfe um **mindestens 0,5 Dioptrien** verändert hat.
- **Kieferorthopädische** Leistungen sind in der Regel **nur bis zum 18. Lebensjahr** beihilfefähig.
- Aufwendungen für **Zahnersatz** sind für **Beamte auf Widerruf (LAA) nicht beihilfefähig**.

A. Allgemeine Hinweise:

Die mit einem Beihilfeantrag geltend gemachten Aufwendungen müssen 200 Euro übersteigen.

Das Steueränderungsgesetz 2007 hat den Bezugszeitraum für Kindergeld und Familienzuschlag in der Regel auf die Vollendung des 25. Lebensjahres begrenzt. Nur beim Bezug von Kindergeld sind Kinder beihilfeberechtigt.

C. Medikamente:

Aufwendungen für alle **verschreibungspflichtigen** Arzneimittel sind weiterhin beihilfefähig, sofern sie nicht nach den Arzneimittelrichtlinien der gesetzlichen Krankenversicherung von der Verordnung ausgeschlossen sind.

Apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grundsätzlich nur dann beihilfefähig, wenn sie bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen zum Therapiestandard gehören. Dies gilt auch hinsichtlich der Aufwendungen für Arzneimittel der Anthroposophie und der Homöopathie.

In diesen Fällen muss eine beihilfenrechtliche Prüfung stattfinden. Diese kann erst dann erfolgen, wenn neben dem Rezept eine Erläuterung des Arztes vorgelegt wird. Aus dieser Erläuterung muss sich sowohl die schwerwiegende Erkrankung als auch der Therapiestandard ergeben.

Im Zweifel sollten Sie bei Ihrem Arzt nach Arzneimitteln fragen, die von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt werden.

Für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind Aufwendungen für Arzneimittel grundsätzlich im bisherigen Umfang beihilfefähig.

D. Hilfsmittel:

Aufwendungen für ärztlich verordnete **Perücken** sind bis zu einem **Höchstbetrag** beihilfefähig, sofern eine entsprechende medizinische Indikation vorliegt (krankhafter, entstellender Haarausfall, erhebliche Verunstaltungen z.B. infolge von Schädelverletzungen oder weitgehender Haarausfall z.B. aufgrund einer Chemotherapie).

E. Sterbefälle:

Zu den Kosten der letzten Krankheit und den Überführungskosten des verstorbenen Beihilfeberechtigten steht nur noch Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern, Kindern und Erben des Verstorbenen eine Beihilfe zu.

Andere Personen, die die Aufwendungen getragen haben, besitzen keinen eigenen Beihilfeanspruch mehr.

Selbstbeteiligung bei Walleistungen im Krankenhaus (§ 4 der BVO)

- Nimmt jemand bei einer stationären Behandlung die Walleistungen Chefarztbehandlung und Zweibettzimmer in Anspruch, dann werden ihm von den Kosten pro Tag 25 € (10 € für Chefarztbehandlung und 15 € für Zweibettzimmer) abgezogen.

Beispiele:

Auswirkungen bei Walleistungen im Krankenhaus (2-Bettzimmer und Chefarzt)

Krankenhausaufenthalt für 10 Tage: Rechnung: 4000 € (2500 € KHS; 1500 € Chefarzt)

Berechnung der Beihilfe:	4000 €	
	- 250 €	(25 € * 10 Tage)
	<u>3750 €</u>	

Höhe der Beihilfe je nach Beihilfesatz:

Beihilfe-%-satz a) 50% (max. 1 Kind) b) 70% (mind.2 Kinder), c) 80% (Kinder)

oder

Versorgungsempfänger)			
Beihilfe:	1875 €	2625 €	3000 €
Priv. Krankenvers.:	2000 €	1200 €	800 €
Eigenanteil bei 10 Tagen:	125 €	175 €	200 €
Eigenanteil pro Tag:	12,5 €	17,5 €	20 €

Der Eigenanteil wird pro Person für maximal 30 Tage im Kalenderjahr von der Rechnung abgezogen. Erst dann wird, wie im Beispiel angegeben, die Beihilfe berechnet.

Was kann man tun ?

- Man verzichtet auf die Wahlleistungen und lässt sich wie ein Kassenpatient behandeln, dann entsteht kein Eigenanteil.
- Man schließt eine entsprechende Versicherung (Krankenhaustagegeldversicherung) ab. Viele haben in einem Zusatztarif bereits eine Tagegeldversicherung (z.B. bei der Debeka ist im Tarif BE: 12,5 €/tägl. enthalten.)
- Vorsicht: Krankenhaustagegeld über 80 €/tägl. wird im Rahmen der 100% Grenze von der Beihilfe abgezogen.
- Fühlt man sich gesund und ist etwas risikofreudig übernimmt man gegebenenfalls den Eigenanteil selbst.

B. Stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, Müttergenesungskuren bzw. Mutter/Vater-Kind Kuren und ambulante Kurmaßnahmen:

Die frühere Unterscheidung zwischen „A-Sanatorien“ und „B-Sanatorien“ ist entfallen. Der Begriff „Sanatoriumsbehandlung“ wurde durch „stationäre Rehabilitationsmaßnahme“ ersetzt und die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung und ggf. der Behandlung geändert. Daneben wurden die Regelungen über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Müttergenesungskuren, Mutter/Vater-Kind Kuren sowie für ambulante Kurmaßnahmen (Heilkuren) neu gefasst; zusätzlich wurde eine Bestimmung über die Beihilfefähigkeit von ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen aufgenommen.

- Eine **stationäre Rehabilitationsmaßnahme** nach § 6 BVO ist nur beihilfefähig, wenn der Amtsarzt bestätigt, dass sie nicht durch eine ambulante Maßnahme ersetzt werden kann. Die Bestätigung des Amtsarztes kann auch per Aktenlage erfolgen.
- **Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen** und **ambulante Rehabilitationsmaßnahmen** (§ 7 BVO) sind **nur für 23 Tage** incl. An- u. Abreise beihilfefähig und können nur alle 3 Jahre anerkannt werden.
- **Stationäre Rehabilitationsmaßnahme** und **ambulante Rehabilitationsmaßnahmen** müssen innerhalb von **6 Monaten nach Anerkennung** angetreten werden.
- Rhea-Maßnahmen werden bei der Beihilfe nur nach den Vorgaben des Sozialgesetzbuches abgerechnet.
- Die Abrechnung bei **stationäre Rehabilitationsmaßnahmen** erfolgt nach den Sätzen der jeweiligen Pauschalvereinbarung des Hauses mit der GKV.
- Es gibt „gemischte Anstalten“, die nach § 107 Abs. 1,2 SGB V eine Krankenhausanerkennung haben. Unter bestimmten Bedingungen und Voraussetzungen kann in einer solchen Anstalt eine Behandlung wie in einem Krankenhaus durchgeführt und abgerechnet werden.
- Die Anschlussheilbehandlung (AHB) wird vom Krankenhausarzt bis zu 4 Wochen verordnet. Eine Verlängerung ist möglich. Die Bewilligung der AHB bei der Beihilfe kann nachgeholt werden.

Tipp: Es gibt Krankenhäuser, die ähnlich arbeiten wie **stationäre Rehabilitationshäuser**. In ein solches Krankenhaus kann man, wie in jedes andere Krankenhaus, ohne vorherige Beantragung sofort eingewiesen werden.