

Zentrale Beihilfestelle bei der Kreisverwaltung Viersen

Rathausmarkt 3 • 41747 Viersen • Tel. 02162 39-0 • www.kreis-viersen.de/beihilfe

Beihilfe von A – Z

Stand Juni 2017

Die personenbezogenen Bezeichnungen beziehen sich auf beide Geschlechter.

Antrag

Beihilfen werden auf Antrag gewährt, eine Antragstellung durch Telefax ist nicht zulässig. Der Antrag ist an die **Zentrale Scanstelle, Beihilfe, 32746 Detmold** zu senden. Ihm sind Kopien der Rechnungen und Verordnungen beizufügen.

Bei erstmaliger Antragsstellung und/oder bei Veränderungen der persönlichen Daten bzw. Lebensumstände ist der Langantrag zu wählen, in allen übrigen Fällen reicht das Stellen des Kurzantrages.

Anerkennungsverfahren

In folgenden Fällen muss eine vorherige Anerkennung seitens der Beihilfestelle erfolgen:

- stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen
- ambulante Kuren
- stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-Vater-Kind Kuren
- ambulante psychotherapeutische Behandlung (Ausnahme: bis zu fünf probatorische Sitzungen, bzw. acht probatorische Sitzungen bei analytischer Psychotherapie)
- ärztlich verordnete Hilfsmittel über 1.000 EUR, die nicht in der Auflistung unter dem Punkt Hilfsmitteln aufgeführt sind
- medizinisch notwendige Behandlung im Ausland
- Implantate im Zahnbereich

Angestellte

vgl. „Tarifbeschäftigte“

Auslandskrankenbehandlung

Im Ausland entstandene Aufwendungen sind regelmäßig nur bis zu der Höhe der vergleichbaren Kosten einer im Inland durchgeführten Behandlung beihilfefähig.

Diese Einschränkungen gelten nicht, wenn

- bei Erkrankung eines Beihilfeberechtigten auf einer Auslandsdienstreise, sofern die Behandlung nicht bis zur Rückkehr in Inland aufgeschoben werden konnte,
- wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung im Ausland dringend notwendig und im Inland kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist; die Beihilfefähigkeit muss vor Beginn der Behandlung von der Festsetzungsstelle anerkannt worden sein,
- wenn die Aufwendungen je Krankheitsfall 1.000 EUR nicht übersteigen.

Aus den Belegen muss hervorgehen, welche Leistungen der Arzt erbracht hat. Im Zweifel muss eine Aufstellung der fiktiven Kosten, die bei einer gleichen Behandlung im Inland entstanden wären, beigebracht werden. Zudem sollten eine Übersetzung der Rechnung, Befundberichte etc. beigelegt werden. Bankgebühren und Übersetzungskosten sind nicht beihilfefähig. Fremdwährungen sind mit dem am Tag der Festsetzung der Beihilfe gültigen amtlichen Devisenkurs umzurechnen, wenn kein Banknachweis vorgelegt wird. Bei Auslandsrechnungen ist dem Beihilfeantrag eine Kopie des Erstattungsnachweises der Krankenversicherung beizufügen.

siehe auch unser Beihilfe-Informationsblatt „Krank im Ausland“

Beförderungskosten

Kosten für die Benutzung eines Taxis oder eines Krankenwagens sind nur dann beihilfefähig, wenn ärztlicherseits bescheinigt wird, dass wegen des Gesundheitszustandes der erkrankten Person ein öffentlich verkehrendes Beförderungsmittel nicht benutzt werden konnte.

Fahrtkosten im Umkreis von 30 km zum Wohnort sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Fahrtkosten zu einer auswärtigen Behandlung (über 30 km vom Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort) können nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn eine medizinische Notwendigkeit hierfür vorliegt. Beihilfefähig sind grundsätzlich nur die niedrigsten Kosten der regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittel (bei Fahrten mit der Deutschen Bahn höchstens der Betrag des Sparpreises 25).

Wird der Kraftwagen der/des Beihilfeberechtigten oder einer/eines Angehörigen aus zwingenden Gründen (Nachweis durch ärztliche Bescheinigung) benutzt, so sind 0,30 EUR je km beihilfefähig.

Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze dient der Begrenzung der finanziellen Belastungen der Beihilfeberechtigten.

Die folgenden Aufwendungen, die den Beihilfeberechtigten pro Kalenderjahr finanziell belasten können, dürfen insgesamt 1,5 % des Bruttovorjahreseinkommens bzw. der Bruttovorjahresversorgungsbezüge nicht übersteigen:

- die Kostendämpfungspauschale,
- der Eigenanteil für zahntechnische Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
- die Selbstbehalte bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen im Krankenhaus,
- die pauschalen Selbstbehalte bei Behandlungen in Privatkliniken.

Sind diese 1,5 % im Kalenderjahr erreicht, dürfen keine weiteren der oben aufgeführten Belastungen für das geltende Jahr einbehalten werden.

Belastungsgrenze – Arzneimittel

Zur weiteren Begrenzung der finanziellen Belastung wurde für ärztlich verordnete, nicht verschreibungspflichtige, und nicht beihilfefähige apothekenpflichtige Arzneimittel eine neue Belastungsgrenze eingeführt. Sofern diese Aufwendungen 200 EUR zuzüglich 0,5% der Bruttobezüge des Vorjahres übersteigen, wird zu dem Betrag der diese Grenze übersteigt eine Beihilfe gezahlt.

Werden neben den Aufwendungen des Beihilfeberechtigten auch Arzneimittelaufwendungen des/der berücksichtigungsfähigen Ehegatten/in beziehungsweise eingetragenen Lebenspartners/in geltend gemacht, sind dessen/deren steuerlichen Einkünfte in die Berechnung der Belastungsgrenze mit einzubeziehen.

Für diese Belastungsgrenze werden folgende Aufwendungen **nicht** berücksichtigt:

- homöopathische, anthroposophische und phytotherapeutische (pflanzliche) Arzneimittel,
- Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen (z. B. Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel) und
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht (sogenannte Lifestyle-Präparate).

Bemessungssatz

Der Bemessungssatz ist der individuelle, erstattungsfähige Anteil am beihilfefähigen Rechnungsbetrag.

Personenkreis	Bemessungssatz
Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst ohne Kinder bzw. mit einem berücksichtigungsfähigen Kind	50 %
Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst mit zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern - Ausnahme: sind beide Elternteile selbst beihilfeberechtigt, kann nur ein Elternteil den Bemessungssatz von 70 % erhalten. Wer die 70 % erhält, ist von den Beihilfeberechtigten selbst zu entscheiden. Die Erklärung kann nur in Ausnahmefällen widerrufen werden.	70 %
beihilfeberechtigte Versorgungsempfänger	70 %
berücksichtigungsfähige Ehepartner (Einkommen nicht > 18.000 EUR)	70 %
berücksichtigungsfähige Kinder von Beihilfeberechtigten und Waisen mit eigenem Beihilfeanspruch	80 %

Brillen

vgl. „Sehhilfen“

Bruttobezüge

Zu den in der Regel maßgeblichen Bruttobezügen zählen:

Aktive	Versorgungsempfänger
Grundgehalt	Ruhegehalt
Strukturzulage	Witwen- bzw. Witwergeld
Familienzuschlag ohne kinderbezogene Anteile	Waisengeld
Stellenzulage	Unterhaltbeitrag
Leistungsbezüge der W-Besoldung	
Aufstockungsbeträge bei Altersteilzeit	

Nicht berücksichtigt werden variable Bezügebestandteile, z.B.: Mehrarbeitszulagen, Erschwerniszulagen usw.

Chefarztbehandlung

vgl. „Wahlleistungen“

Dienstunfall

vgl. „Unfall“

Einbettzimmer

vgl. „Wahlleistungen“

Fahrkosten

vgl. „Beförderungskosten“

Frist

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen, spätestens jedoch ein Jahr nach dem ersten Ausstellen der Rechnung beantragt wird. Maßgeblich für die Jahresfrist ist das Ausstellungsdatum der Rechnung, bei ärztlich verordneten Medikamenten das Kaufdatum. Entscheidend ist der nachgewiesene Eingang des Antrages bei der Beihilfestelle bzw. der Scanstelle in Detmold.

Geburtsfall

Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für

1. die Hebamme oder den Entbindungspfleger im Rahmen der Gebührenordnung,
2. die ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung,
3. die vom Arzt, von der Hebamme oder vom Entbindungspfleger verbrauchten Stoffe und Verbandmittel sowie die auf schriftliche ärztliche Verordnung beschafften Stoffe, wie Heilmittel, Verbandmittel und dergleichen,
4. die Unterkunft und Verpflegung in Entbindungsanstalten,
5. eine Hauspflegerin bei Geburten (auch bei Fehl- und Totgeburten) in der Wohnung oder einer ambulanten Entbindung in einer Entbindungsanstalt,
6. die durch die Niederkunft unmittelbar veranlassten Fahrten,
7. Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung,
8. eine Familien- und Hauspflegekraft.

Zu den Kosten der Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird bei Lebendgeburten ein Zuschuss von 170 EUR gewährt. Der Zuschuss wird auch gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind unter zwei Jahren als Kind annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung (§§ 1747, 1748 BGB) erteilt ist, es sei denn, dass für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung bereits eine Beihilfe gewährt worden ist.

Heilpraktiker

Heilpraktiker sind Heilkundige, die, sofern sie keine Ärzte sind, einen Nachweis zur Ausübung der Heilkunde gemäß Heilpraktikergesetzes vorweisen müssen.

Beihilfefähig sind ausschließlich die im beihilferechtlichen Gebührenverzeichnis NRW für Heilpraktikerleistungen aufgeführten Aufwendungen mit den dort genannten Höchstbeträgen (Anlage 4 zur Beihilfeverordnung NRW).

Hilfsmittel

Folgende, ärztlich verordnete, Hilfsmittel sind ohne vorherige Anerkennung dem Grunde nach beihilfefähig. Eine Auskunftseinholung beim zuständigen Sachbearbeiter wird jedoch empfohlen, da für einzelne Hilfsmittel Besonderheiten gelten (Höchstbeträge, Einschränkungen etc.)

Atemmonitor	Inhalationsapparate	Reflektometer
Beatmungsgeräte	Infusionspumpen	Polarimeter
Blindenführhunde einschl. Geschirr, Leine, Halsband und Maulkorb	Injektionsspritzen und -nadeln	Reizstromgeräte zur Behandlung der Skoliose
Blindenstöcke	Insulindosiergeräte	Orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind
Blutdruckmessgeräte	Katheter	Sehhilfen
Bruchbänder	Kniekappen	Spastikerhilfen (auch Übungsgeräte)
CPAP-Gerät	Knöchel- und Gelenkstützen	Sprechhilfen (auch elektronische)
Ernährungspumpen	Körperersatzstücke (z.B. Perücken)	Sprechkanülen
Fußeinlagen	Kopfschützer	Stützapparate
Gipsbetten	Korrekturschienen	Stumpfstrümpfe und Narbenschützer
Gehwagen	Krankenfahrstühle	Suspensorien
Gummistrümpfe	Krankenheber	Ultraschallvernebler
Heimdialysegeräte	Krankenstöcke (einschl. Gehbänkchen mit Zubehör)	Vibrationstrainer bei Taubheit
Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät	Krücken	Wasser- und Luftkissen
Hilfsgeräte (für Schwerstbehinderte, Ohnhänder u.a.)	Leibbinden	Wechsel-Druckgeräte
Hörhilfen, Hörbrille	Pflegebett in behindertengerechter Ausstattung	

Vorstehend *nicht* genannte Hilfsmittel von mehr als 1.000 EUR sind nur beihilfefähig, wenn die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. Bei Aufwendungen die eine Höhe von 2.500 EUR übersteigen, ist bei Landesbediensteten eine Zustimmung des Finanzministeriums erforderlich.

Impfungen

Folgende Impfungen sind beihilfefähig:

- die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) öffentlich empfohlen sind,

- aufgrund privater Auslandsaufenthalte,
- für FSME- (Frühsommer-Meningoenzephalitis) und
- Gripeschutzimpfungen

Implantate

Bei Implantaten handelt es sich um Fremdkörper, die in den Kieferknochen eingepflanzt werden, um einen oder mehrere Pfeiler zu gewinnen, auf denen später ein Zahnersatz befestigt wird.

Notwendige und angemessene Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind gemäß § 4 Abs. 2 Buchstabe b) BVO bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

- 1) größere Kiefer- und Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in
 - a) Tumoroperationen,
 - b) Entzündungen des Kiefers,
 - c) Operationen infolge großer Zysten (zum Beispiel 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,
- 4) nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z.B. Spastiken),
- 5) implantatbasierter Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer oder
- 6) zahnloser Ober- oder Unterkiefer (ohne vorhandenes Implantat).

Zwingende Voraussetzung für die Zahlung einer Beihilfe auf eine solche Behandlung ist die vorherige Anerkennung der Behandlung durch die Beihilfestelle (**Voranerkennungsverfahren**).

Die Anerkennung wird erteilt

- nach Vorlage eines Heil- und Kostenplanes
- und Bestätigen der Notwendigkeit und Angemessenheit der Maßnahme durch amtszahnärztliches Gutachten. Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle.

Sofern das Voranerkennungsverfahren positiv beschieden wurde, müssen die anfallenden Laborkosten vom Zahnarzt aufgeschlüsselt werden. Nur so ist eine Zuordnung dieser Aufwendungen zur Implantatversorgung möglich (diese Aufwendungen sind in Höhe von 100 % berücksichtigungsfähig).

Für andere Implantatversorgungen sind bis zur Höchstzahl von zehn Implantaten – vorhandene Implantate werden in die Höchstzahl eingerechnet - pauschal je Implantat 1.000 EUR beihilfefähig. Die Aufwendungen für die Suprakonstruktion sind neben der Pauschale beihilfefähig. Bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion einheitlich 400 EUR je Implantat beihilfefähig.

Die jeweilige Pauschale wird zum persönlichen Beihilfebemessungssatz ausgezahlt.

Mit dem Pauschalbetrag sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen 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, Computertomografie und Anästhetika abgegolten.

siehe auch „Kieferorthopädie“, „Zahnarzt“ und Beihilfe-Informationsblatt „Beihilfefähigkeit einer zahnärztlichen Behandlung“

Kieferorthopädie

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn der Patient bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.

siehe auch Beihilfe-Informationsblatt „Beihilfefähigkeit einer zahnärztlichen Behandlung“

Kinder

Beihilfen für Kinder werden für

- nicht selbst beihilfeberechtigte,
- im Familienzuschlag nach dem Landesbesoldungsgesetz NRW berücksichtigte oder
- berücksichtigungsfähige Kinder

gewährt.

Kontaktlinsen

vgl. „Sehhilfen“

Kontrazeptiva

Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption nur bei Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres und bei Personen ab Vollendung des 48. Lebensjahres.

Kostendämpfungspauschale (KDP)

Die nach Anwendung des Bemessungssatzes verbleibende Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem die Aufwendungen in Rechnung gestellt werden, um eine Kostendämpfungspauschale (KDP) gekürzt. Sie richtet sich nach den bei der erstmaligen Antragstellung im Kalenderjahr maßgebenden Verhältnissen.

Die Kostendämpfungspauschale beträgt:

Besoldungsgruppen	Betrag
A 7 bis A 11	150 EUR
A 12 bis A 15, B 1, C 1, C 2, H 1 bis H 3, R 1, W 1, W 2	300 EUR
A 16, B 2, B 3, C 3, H 4, H 5, R 2, R 3, W 3	450 EUR
B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7	600 EUR
Höhere Besoldungsgruppen	750 EUR

Die Beträge werden bei Teilzeitbeschäftigung im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit gemindert.

Bei Versorgungsempfängern bemisst sich die Kostendämpfungspauschale nach dem Ruhegehaltssatz. Sie darf dabei 70 % der vorgenannten Beträge nicht übersteigen. Bei Witwern und hinterbliebenen Lebenspartnern bemisst sich die Kostendämpfungspauschale nach 60 % des Ruhegehaltssatzes. Sie darf dabei 40 % der o. g. Beträge nicht übersteigen.

Bei einem sich ergebenden ungeraden Betrag wird die Kostendämpfungspauschale auf die nächsten vollen 5 EUR abgerundet.

Die Kostendämpfungspauschale mindert sich um 60 EUR für jedes berücksichtigungsfähige Kind.

Die Kostendämpfungspauschale entfällt

- bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst,
- bei Waisen und
- bei Beihilfeberechtigten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

Krankenhaus

Aufwendungen, die im Rahmen von stationären, teilstationären bzw. vor- und nachstationären Behandlungen in allgemeinen Krankenhäusern anfallen, sind grundsätzlich beihilfefähig, sofern diese nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden.

Behandlungen in einem Krankenhaus, das nicht nach § 108 SGB V zugelassen ist (Privatkliniken), sind nur in der Höhe beihilfefähig, die bei einer vergleichbaren Behandlung in der dem Behandlungsort nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung angefallen wären. Betreibt der Träger der „Privatklinik“ auf dem Grundstück oder in unmittelbarer Nähe hierzu eine weitere Klinik, die über eine Zulassung nach § 108 SGB V verfügt, erfolgt der Vergleich mit dieser Klinik.

Darüber hinaus wird bei einer Behandlung in einer „Privatklinik“ ein Selbstbehalt in Höhe von 25 EUR pro Tag in Abzug gebracht.

siehe auch „Wahlleistungen“ und Beihilfe-Informationsblatt „Privatkliniken“

Kur

Aufwendungen für eine ambulante Kur sind nur beihilfefähig, sofern die Maßnahme vor Beginn seitens der Beihilfestelle, auf der Grundlage eines amtsärztlichen Gutachtens, anerkannt worden ist.

Hierzu sind ein formloser Antrag, sowie eine ärztliche Bescheinigung, die die Notwendigkeit der Kur bestätigt, bei der Beihilfestelle einzureichen.

Der Kuraufenthalt ist auf eine Dauer von 23 Tagen, einschließlich der Tage für An- und Abreise, begrenzt.

Zu einer Anerkennung kann es i.d.R. nur kommen sofern im laufenden bzw. in den drei vorangegangenen Jahren keine, von der Beihilfe anerkannte Rehabilitationsmaßnahme, Müttergenesungskur, Mutter-Vater-Kind-Kur oder ambulante Kur durchgeführt wurde. Bei einer anerkannten Kur wird täglich ein Zuschuss von 60 EUR für Kurtaxe, Fahrtkosten, Unterkunft und Verpflegung gewährt.

Müttergenesungskur, Mutter-Vater-Kind-Kur

Aufwendungen für eine stationäre Müttergenesungskur bzw. Mutter-Vater-Kind-Kur sind nur beihilfefähig, sofern die Maßnahme vor Beginn seitens der Beihilfestelle, auf der Grundlage eines amtsärztlichen Gutachtens, anerkannt worden ist. Hierzu sind ein formloser Antrag, sowie eine ärztliche Bescheinigung, die die Notwendigkeit der Kur bestätigt, bei der Beihilfestelle einzureichen.

Zu einer Anerkennung kann es i.d.R. nur kommen sofern im laufenden bzw. in den drei vorangegangenen Jahren keine, von der Beihilfe anerkannte, Rehabilitationsmaßnahme, Müttergenesungskur, Mutter-Vater-Kind-Kur oder ambulante Kur durchgeführt wurde.

Die Kosten der Maßnahmen können bis zu 23 Kalendertage, bei chronisch kranken Kindern, die das 14te Lebensjahr noch nicht vollendet haben bis zu 30 Kalendertage, übernommen werden.

Pflege

Liegt bei Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine dauernde Pflegebedürftigkeit vor, kann eine Beihilfe zu den Aufwendungen für häusliche oder stationäre Pflege gewährt werden.

Voraussetzung für das Gewähren einer Beihilfe ist, dass die zu pflegende Person einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zuzuordnen ist.

Das Feststellen der Pflegebedürftigkeit, die gleichzeitige Zuordnung zu einem Pflegegrad sowie die Notwendigkeit der erforderlichen Pflegeart erfolgen ausschließlich durch die private oder soziale Pflegeversicherung und müssen stets zunächst dort beantragt werden.

Der Bescheid der Pflegekasse bzw. der privaten Pflegeversicherung ist der Beihilfestelle umgehend zuzuleiten. Die Entscheidung der privaten bzw. sozialen Pflegeversicherung ist für die Beihilfestelle bindend.

siehe auch Beihilfe-Informationsblatt „Pflege“

Psychotherapie

Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Maßnahmen sind nur dann beihilfefähig, wenn die Therapie vorab durch die Beihilfestelle genehmigt wurde.

Ohne eine vorherige Anerkennung sind

- bei tiefenpsychologischer Therapie und Verhaltenstherapie bis zu fünf probatorische Sitzungen und
- bei einer analytischen Therapie bis zu acht probatorische Sitzungen beihilfefähig.

Sitzungen die darüber hinausgehen, müssen erst durch ein vertrauensärztliches Gutachten, welches durch die Beihilfestelle oder der privaten bzw. gesetzlichen Krankenkasse eingeholt wird, genehmigt und anerkannt werden. Hierzu benötigen Sie entsprechende Unterlagen, die Sie bei Ihrer Beihilfestelle erhalten.

Rehabilitationsmaßnahme

Aufwendungen für ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn die Maßnahmen vor Beginn seitens der Beihilfestelle auf der Grundlage eines amtsärztlichen Gutachtens anerkannt worden sind. Hierzu sind ein formloser Antrag, sowie eine ärztliche Bescheinigung, die die Notwendigkeit der Maßnahme bestätigt, bei der Beihilfestelle einzureichen.

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ist auf maximal 23 Kalendertage, eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme hingegen auf 20 Tage bzw. bis zu 30 Tagen bei chronisch kranken Kindern, inklusive der An- und Abreisetage, begrenzt.

Zu einer Anerkennung kann es i.d.R. nur kommen sofern im laufenden bzw. in den drei vorangegangenen Jahren keine, von der Beihilfe anerkannte, Rehabilitationsmaßnahme, Müttergenesungskur, Mutter-Vater-Kind-Kur oder ambulante Kur durchgeführt wurde.

Bei einer Anerkennung sind grundsätzlich die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung in der Höhe der Beträge, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger vereinbart hat, beihilfefähig.

siehe auch Beihilfe-Informationsblatt „stationäre Rehabilitationsmaßnahmen“

Sehhilfen

Aufwendungen für die Erstbeschaffung einer ärztlichen verordneten Brille oder von ärztlich verordneten Kontaktlinsen sind beihilfefähig.

Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Sehhilfen (zwei Brillengläser/Kontaktlinsen) sind bei Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, bei einer Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien (sphärischer Wert) beihilfefähig.

Bei gleichbleibender Sehschärfe sind die Aufwendungen einer Ersatzbeschaffung von Kontaktlinsen nach zwei Jahren bis zu 170 EUR je Kontaktlinse und nach drei Jahren von 220 EUR je Brillenglas (bis 5,75 Dioptrien) oder 250 EUR je Glas (ab 6 Dioptrien) beihilfefähig.

Für die Ersatzbeschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen - mit Ausnahme einer Prismenbrille - reicht anstelle der ärztlichen Verordnung die Refraktionsbestimmung durch einen Augenoptiker aus. Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13 EUR je Sehhilfe beihilfefähig.

Aufwendungen für ein Brillengestell sind bis zu 70 EUR sowie die Einschleifkosten der Brillengläser in das Gestell bis zu einem Betrag von 25 EUR je Glas beihilfefähig.

Aufwendungen für höherbrechende Gläser sind ab 6 Dioptrien beihilfefähig.

Tarifbeschäftigte

Tarifbeschäftigte, deren Arbeitsverhältnis vor dem 01.01.1999 begründet wurde und bis heute ununterbrochen fortbesteht, können in bestimmten Fällen eine Beihilfe erhalten. Bitte wenden Sie sich an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Beihilfestelle.

Todesfall

In Todesfällen sind die Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne beihilfefähig.

Unfall

Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind, müssen mit einem separaten Antrag bei der Beihilfestelle eingereicht werden, da eventuell Schadensersatzansprüche bestehen. Bei einem selbstverschuldeten Unfall reicht eine kurze Darstellung des Unfallhergangs.

Hierzu ist der Unfallbericht, welcher im Inter- und Intranet zum Download bereit steht, auszufüllen.

Dienstunfälle sind bei der allgemeinen Personalsachbearbeitung anzuzeigen. Die aus dem Dienstunfall resultierenden Aufwendungen sind zunächst im Rahmen der Unfallfürsorge dort geltend zu machen. Unter gewissen Voraussetzungen können Leistungen, die von der Unfallfürsorge nicht getragen werden, bei der Beihilfe geltend gemacht werden.

Wahlleistungen

Unter Wahlleistungen versteht man die während eines stationären Krankenhausaufenthaltes gesondert berechneten Kosten für

- Unterkunft (Ein- oder Zweibettzimmer) und / oder
- chefärztliche Behandlungen.

Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind nicht verpflichtet, Wahlleistungen in Anspruch zu nehmen.

Aufwendungen für ein Zweibettzimmer und die chefärztliche Behandlung sind unter Abzug der Eigenanteile grundsätzlich beihilfefähig. Für das Zweibettzimmer beträgt der Eigenanteil 15 EUR pro Tag und für die chefärztliche Behandlung 10 EUR pro Behandlungstag.

Insgesamt werden diese Eigenanteile für maximal 30 Tage oder 750 EUR pro Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen im Kalenderjahr einbehalten.

Kosten für ein Einbettzimmer sind in Höhe der Kosten für ein Zweibettzimmer beihilfefähig.

Widerspruch

Gegen einen Beihilfebescheid kann innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Näheres entnehmen Sie bitte der Rechtsbehelfsbelehrung im Beihilfebescheid.

Sie können den Widerspruch fristwährend einlegen und später - nach Rücksprache mit dem Behandler – begründen.

Zahnarzt

Beihilfefähig sind die Honorarkosten einer zahnärztlichen Behandlung, soweit diese im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden.

Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen (ein auf einem Zahnimplantat befestigter Zahnersatz) in Höhe von 70 % beihilfefähig. Die Rechnung muss nach zahnärztlichem Honorar sowie Material- und Laborkosten aufgeschlüsselt sein. Letztere sind durch die Laborkostenrechnung des Fremdlabors und des Eigenlabors der Zahnarztpraxis nachzuweisen.

Planen Sie eine (größere) Zahnbehandlung? Dann reichen Sie bitte einen Kostenvoranschlag bei der Beihilfestelle und der privaten Krankenversicherung ein. Sie haben dadurch die Möglichkeit, die Antworten mit dem (Fach-) Zahnarzt vor Behandlungsbeginn zu besprechen.

siehe auch „Kieferorthopädie“, „Implantate“ und Beihilfe-Informationsblatt „Beihilfefähigkeit einer zahnärztlichen Behandlung“

Zuschuss

vgl. „Geburtsfall“

Zweibettzimmer

vgl. „Wahlleistungen“

Dieses Informationsblatt soll Ihnen lediglich einen Überblick über die wichtigsten beihilferechtlichen Bestimmungen geben. Ansprüche jeglicher Art können aus diesen Hinweisen nicht hergeleitet werden. In Zweifelsfällen oder bei weitergehenden Fragen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beihilfestelle.