

**M e r k b l a t t**  
**BVO NRW**  
**Beihilfe für gesetzlich versicherte**  
**Versorgungsempfänger**

Stand:  
05/2020

Dieses Merkblatt soll die Besonderheiten bei der Gewährung von Beihilfe ausschließlich für Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Personen in der gesetzlichen Krankenkasse erläutern.

Rechtsansprüche können Sie hieraus nicht ableiten, da für die Festsetzung Ihrer Beihilfe die Beihilfevorschriften des Landes NRW - BVO - in der jeweils geltenden Fassung maßgebend sind.

Bei der Antragstellung bitte ich zu beachten, dass allen Belegen unbedingt der Erstattungsnachweis der Krankenkasse beizufügen ist. Auch wenn die Krankenkasse keine Erstattung erbringt, ist dies von der Krankenkasse auf jedem einzelnen Beleg bestätigen zu lassen.

In diesem Merkblatt können nicht alle Möglichkeiten ausreichend dargestellt werden, daher werden nur die gängigen Varianten erklärt. In Zweifelsfällen wenden Sie sich bitte – auch telefonisch während der Servicezeiten – an die Beihilfestelle.

Erhält ein Beihilfeberechtigter oder eine berücksichtigungsfähige Person eine Sachleistung oder eine Dienstleistung, werden keine Beihilfen gezahlt.

Diese Regelung gilt für freiwillig und pflichtversicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung.

**Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass Pflichtversicherte an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V wählen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V erhalten.**

Die gesetzlichen Krankenversicherungen gewähren als **Sachleistungen** beispielsweise ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlungen, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Fahrkosten und Pflegeleistungen, wobei der Versicherte entweder nicht mit Aufwendungen oder allenfalls mit einer geringen Kostenbeteiligung belastet ist.

Eine **Dienstleistung** liegt insbesondere dann vor, wenn die Versicherungsträger unmittelbar Leistungen selbst erbringen (z.B. Aufklärungsmaßnahmen zur Verhütung von Krankheiten, Durchführung von Pflegekursen).

Als **Sach- oder Dienstleistung** gelten auch die Kostenerstattung bei

- kieferorthopädischer Behandlung,
- häuslicher Krankenpflege,
- Haushaltshilfe,

sowie die Leistungen aufgrund der Bestimmungen über die vollständige oder teilweise Kostenbefreiung und anstelle einer Sach- oder Dienstleistung gewährte Geldleistungen bei Hilfsmitteln (z.B. weil der Versicherte sich für eine andere Ausführung des Hilfsmittels entschieden hat) - sog. Sachleistungssurrogat und in Fällen, in denen die Geldleistungen die entstandenen Aufwendungen - ggf. unter Abzug eines Mengenrabatts der Krankenkasse und dgl. decken. Erstattungen zu Medikamenten gelten unabhängig von der Höhe dieser Erstattung stets als Sachleistungssurrogat.

**Nicht beihilfefähig** sind **Praxisgebühren** und **Zuzahlungen** beispielsweise zu Arznei- und Verbandmitteln, Beförderungskosten, Heilmitteln (z.B. Massagen, Krankengymnastik und medizinischen Bädern), bei vollstationärer Krankenhausbehandlung sowie bei stationärer Rehabilitationsmaßnahme.

Außerdem sind **Aufwendungen nicht beihilfefähig**, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des **Festbetrages** (z.B. bei Hörhilfen) nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übernimmt.

Dies bedeutet, dass für **pfllicht- und freiwillig Versicherte** Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen in der Regel dann noch Beihilfen gewährt werden können, wenn die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sich nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches als **Zuschuss** darstellt oder Aufwendungen für eine Behandlung entstanden sind, für die die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung erbringt.

Damit entstehen beihilfefähige Aufwendungen für diesen Personenkreis in der Regel noch bei stationärer Krankenhausbehandlung, wenn Wahlleistungen in Anspruch genommen wurden, bei Zahnersatzkosten oder Heilpraktikerkosten, bei dauernder Pflege oder wenn Sie sich in privatärztliche ambulante Behandlung begeben.