

Informationen über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen

Pfarrerinnen und Pfarrer und Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte sind grundsätzlich beihilfeberechtigt. Dies ergibt sich aus § 49 Abs.1 Pfarrdienstgesetz der EKD (PfdG.EKD) i.V.m. § 9 Abs. 3 – 5 Pfarrdienstergänzungsgesetz der Landeskirche (PfdGErgG) und § 80 Abs. 1 und 2 Nds. Beamten-gesetzes (NBG). Danach haben Pfarrerinnen und Pfarrer sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte einen Anspruch auf angemessenen Unterhalt für sich und ihre Familie, insbesondere durch die Gewährung von Besoldung und Versorgung sowie von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach den im Land Niedersachsen geltenden Vorschriften. Im Land Niedersachsen gilt für die Gewährung von Beihilfen § 80 des Niedersächsischen Beamten-gesetzes (NBG) und die aufgrund von § 80 Abs. 6 NBG erlassene Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO).

Diese Informationen sollen Ihnen einen Überblick über wesentliche Inhalte des Beihilferechts geben. Ansprüche irgendwelcher Art können Sie hieraus nicht herleiten. Auf Einzelfälle können diese Informationen naturgemäß nicht eingehen. Im Zweifel setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Zur besseren Lesbarkeit dieses Informationsblattes wurde auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Formulierungen verzichtet.

Beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 80 Abs. 1 u. 2 NBG)

Beihilfeberechtigte sind Beamte, Ruhestandsbeamte sowie deren Witwen, Witwer, hinterbliebene Lebenspartner und Waisen. Beihilfeberechtigte haben, solange ihnen Dienstbezüge/Anwärterbezüge, Ruhegehalt oder Hinterbliebenenversorgung gezahlt wird, Anspruch auf Beihilfe für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Bei Beurlaubungen ohne Dienstbezüge werden keine Beihilfen gewährt (Ausnahmen u. a.: Beurlaubung wegen Elternzeit, Sonderurlaub bis zu einem Monat, Sonderurlaub zur Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen für höchstens sechs Monate, Sonderurlaub zur Begleitung eines schwerstkranken nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase für höchstens drei Monate).

Nicht beihilfeberechtigt sind Beamte, wenn ihr Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt sind.

Für Aufwendungen von Ehegatten / eingetragenen Lebenspartnern wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn ihr Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) oder ihre vergleichbaren ausländischen Einkünfte im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung 20.000 € nicht überstiegen haben oder im Kalenderjahr der Antragstellung 20.000 € nicht übersteigen werden (§ 80 Abs. 3 NBG). Beim erstmaligen Rentenbezug nach dem 01.04.2009 ist der Brutto-Rentenbezug maßgeblich.

Nicht beihilfefähige Aufwendungen (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 6 NBhVO)

Nicht beihilfefähig sind unter anderem:

- Aufwendungen für Beamte, denen Heilfürsorge zusteht (z. B. Polizeidienst),
- Aufwendungen für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und heilpädagogische Maßnahmen,
- Aufwendungen für Behandlungen als Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings,
- Aufwendungen für nicht von der Beihilfestelle veranlasste Gutachten,
- Aufwendungen für Leistungen, die Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung als Sach- und Dienstleistungen zustehen (auch im Rahmen einer Kostenerstattung),
- Aufwendungen für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der

Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel.

Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische und heilpraktische Leistungen (§ 5 NBhVO)

Gem. § 5 Abs. 1 NBhVO sind die nachgewiesenen, angemessenen, medizinisch notwendigen und nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden erbrachten Leistungen beihilfefähig. Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich für ärztliche Leistungen nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), für zahnärztliche Leistungen nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sowie für psycho-therapeutische Leistungen nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Aufwendungen für heilpraktische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die Leistung in Anlage 2 zu § 5 Abs. 2 NBhVO genannt oder mit einer solchen vergleichbar ist. Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich nach der GOÄ.

Aufwendungen, die auf einer Überschreitung des Schwellenwertes des Gebührenrahmens beruhen, sind nur angemessen, wenn patientenbezogene Besonderheiten vorliegen, die eine Ausnahme darstellen.

Auslandsbehandlung (§ 8 NBhVO)

Die in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) entstandenen Aufwendungen sind angemessen bis zur Höhe der im EU-Mitgliedsstaat ortsüblichen Vergütungen. Aufwendungen für Leistungen außerhalb der EU sind angemessen bis zu der Höhe, in der sie im Inland angemessen wären. Abweichend davon sind Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen angemessen, soweit sie 1000€ je Krankheitsfall nicht übersteigen. Kosten der Rückbeförderung wegen einer Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise sind nicht beihilfefähig.

Zahnärztliche Leistungen (§§ 9 bis 11 NBhVO)

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 5 NBhVO beihilfefähig. Aufwendungen für Material und für zahntechnische Leistungen sind zu 60 Prozent beihilfefähig. Die Beihilfe errechnet sich aus 60 Prozent der jeweils beihilfefähigen Aufwendungen für Material und zahntechnischen Leistungen multipliziert mit dem maßgeblichen Bemessungssatz.

Implantologische Leistungen sind für bis zu vier Implantate je Kiefer beihilfefähig. Bei implantatgetragenen Zahnersatz im atrophischen zahnlosen Oberkiefer sind Aufwendungen für bis zu sechs Implantate beihilfefähig. Darüber hinaus sind Implantate nur bei bestimmten Indikationen ohne Beschränkung auf eine Höchstzahl beihilfefähig. Vorhandene Implantate, für die Beihilfen oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, sind anzurechnen.

Aufwendungen für **ambulante kieferorthopädische Leistungen** (KFO-Leistungen) sind beihilfefähig, wenn

- der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
- bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt. Beihilfe für KFO-Leistungen wird nur gewährt, wenn die Beihilfestelle die Notwendigkeit der Behandlung vor Beginn auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplanes anerkannt hat.

Aufwendungen für **funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen** sind nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen beihilfefähig.

Für **Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst** und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind Aufwendungen für Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen nicht beihilfefähig. Dies gilt u.a. nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist.

Psychotherapeutische Leistungen (§§ 12 bis 16 NBhVO)

Aufwendungen für ambulante Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie sowie der systemischen Therapie für Erwachsene sind u. a. nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit nach Durchführung eines Gutachterverfahrens anerkannt hat.

Aufwendungen für ambulante Leistungen der neuropsychologischen Therapie sind u. a. nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit anerkannt hat.

Aufwendungen für ambulante Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung sind ohne vorherige Anerkennung der Festsetzungsstelle nur beihilfefähig für eine verbale Intervention, Hypnose, autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie.

Darüber hinaus sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen nach den §§ 14 bis § 15a in Form einer Kurzzeittherapie als Einzel- oder Gruppentherapie für bis zu 24 Sitzungen beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Notwendigkeit der Behandlung anerkannt hat. Die Durchführung eines Gutachterverfahrens ist nicht erforderlich.

Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte (§ 17 NBhVO)

Aufwendungen für von einem Arzt, einem Zahnarzt oder einem Heilpraktiker schriftlich verordnete oder bei einer ambulanten Behandlung verbrauchten

- Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes, die apothekenpflichtig sind,
- Verbandmittel und
- Medizinprodukte

sind nach Maßgabe des § 17 Abs. 2 bis 10 NBhVO

beihilfefähig.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind in der Regel beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind u.a. Aufwendungen für

- verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten
- verschreibungspflichtige Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle oder nach chirurgischen Eingriffen im Hals- Nasen- oder Ohrenbereich,
- verschreibungspflichtige Abführmittel, ausgenommen bei Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden etc.,
- verschreibungspflichtige Arzneimittel gegen Reisekrankheit, ausgenommen gegen Erbrechen bei einer Tumortherapie etc.,

wenn der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind in der Regel nicht beihilfefähig, es sei denn, dass sie z. B.

- für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bestimmt sind,
- für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bestimmt sind,
- in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen bei einer ambulanten Behandlung verbraucht wurden,
- bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und mit dieser Begründung verordnet werden.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, insbesondere Arzneimittel zur Behandlung einer sexuellen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses, und Arzneimittel, die als unwirtschaftlich von der Versorgung nach § 31 Abs. 1 SGB V ausgeschlossen sind.

Aufwendungen für Arzneimittel, für die Festbeträge nach § 35 SGB V festgesetzt sind, sind nur bis zur Höhe der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Internet unter www.bfarm.de veröffentlichten Festbeträge beihilfefähig. In medizinisch begründeten Einzelfällen sind Aufwendungen für Arzneimittel auch über den Festbetrag hinaus beihilfefähig.

Auf Rezepten muss die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels und das Institutskennzeichen der abgebenden Apotheke angegeben sein, es sei denn, dass die Angaben wegen des Kaufes im Ausland nicht möglich sind.

Heilmittel (§ 18 NBhVO)

Die nach vorheriger ärztlicher, zahnärztlicher oder psychotherapeutischer Verordnung entstandenen Aufwendungen für Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie) sind beihilfefähig, wenn das Heilmittel in Anlage 5 zu § 18 NBhVO aufgeführt ist, die dort genannten Voraussetzungen für die Beihilfegewährung vorliegen und das Heilmittel von einer Person angewandt wird, die die Anforderungen nach Anlage 6 zu § 18 Abs. 1 NBhVO erfüllt und die Anwendung des Heilmittels der Berufsausbildung oder dem Berufsbild entspricht.

Hilfsmittel (§ 20 NBhVO)

Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur

Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind unter den in Anlage 7 zu § 20 Abs. 1 NBhVO genannten Voraussetzungen und bis zu den dort genannten Höchstbeträgen beihilfefähig, wenn die Anschaffung ärztlich verordnet und erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

Beihilfefähig sind auch die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Reparatur, den Betrieb, die Unterweisung in den Gebrauch und die Unterhaltung der in Anlage 7 genannten Gegenstände. Aufwendungen für die Anschaffung, die Reparatur, den Betrieb, die Unterweisung in den Gebrauch und die Unterhaltung für von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene Hilfsmittel (Anlage 8 zu § 20 Abs. 1 NBhVO) sind nicht beihilfefähig. Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind im Rahmen der NBhVO beihilfefähig (Anlage 7 zu § 20 Abs. 1 NBhVO).

Sofern ein Gutachten nach § 49 Abs. 2 NBhVO vorliegt, welches die Empfehlung zur Versorgung enthält, so bedarf es keiner ärztlichen Verordnung.

Krankenhausleistungen (§ 21 NBhVO)

Beihilfefähig sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung. Wahlleistungen (z. B. Ein-/Zweibettzimmer, Wahlarztbehandlung) sind keine allgemeinen Krankenhausleistungen und daher vollständig und ausnahmslos von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Aufwendungen in Privatkliniken (Krankenhäuser, die weder das Krankenhausentgeltgesetz noch die Bundespflegegesetzverordnung anwenden), sind nur bis zur Höhe der allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung beihilfefähig. Diese Begrenzung der Beihilfefähigkeit kann dazu führen, dass ein nicht unerheblicher Teil der Aufwendungen nicht beihilfefähig ist.

Häusliche Krankenpflege (§ 22 NBhVO)

Aufwendungen für eine nach ärztlicher Verordnung vorübergehend erforderliche häusliche Krankenpflege (Grundpflege, einschließlich notwendiger verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung, ambulante psychiatrische Krankenpflege und Maßnahmen der ambulanten Palliativversorgung) sind beihilfefähig bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen erstatteten Kosten.

Bei schwerer Erkrankung oder akuter Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit sind Aufwendungen für eine nach ärztlicher Verordnung vorübergehend erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung beihilfefähig bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen erstatteten Kosten. Dies gilt nicht für Personen, die mit einem Pflegegrad von 2 oder höher pflegebedürftig sind.

Aufwendungen für eine nach ärztlicher Verordnung nicht nur vorübergehend erforderliche Behandlungssicherungspflege sind bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen erstatteten Kosten beihilfefähig.

Vollstationäre Kurzzeitpflege bei Krankheit (§ 22 a NBhVO)

Reichen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 22 NBhVO nicht aus, sind Aufwendungen für eine vollstationäre Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB XI beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit ist auf höchstens acht Wochen im Kalenderjahr und bis zum Höchstbetrag gem. § 42 Abs. 2 SGB XI (derzeit 1.612 €) im Kalenderjahr begrenzt. Die Aufwendungen sind nur

beihilfefähig, wenn die vollstationäre Kurzzeitpflege erbracht wird in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, in einer anderen Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 132 h SGB V oder in einer Einrichtung, die die Voraussetzungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI erfüllt.

Haushaltshilfe (§ 23 NBhVO)

Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind beihilfefähig bis zur Höhe der Kosten, die von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden, wenn die Haushaltshilfe beschäftigt wird, weil

- die/der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder die/der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Angehörige verstorben ist,
- die /der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder die/der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Angehörige an der Haushaltsführung gehindert ist, weil sie/er
- sich vollstationär oder teilstationär in einem Krankenhaus oder einer Hospiz- bzw. Palliativeinrichtung aufhält,
- an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnimmt,
- häusliche Krankenpflege benötigt oder
- vollstationär gepflegt wird,
- oder ein nach ärztlicher Bescheinigung erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt des den Haushalt führen- den Beihilfeberechtigten oder des den Haushalt führenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen vermieden wird und in dem Haushalt mindestens ein Beihilfeberechtigter oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, der

Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Wenn die den Haushalt führende Person wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit den Haushalt nicht weiterführen kann, sind die Aufwendungen für eine Haushaltshilfe bis zu vier Wochen bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen erstatteten Kosten beihilfefähig.

Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, in deren Haushalt keine weitere Person lebt, sind die Aufwendungen einer Haushaltshilfe bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen erstatteten Kosten beihilfefähig, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein erforderlicher Krankenhausaufenthalt vermieden wird oder die Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige den Haushalt wegen Schwangerschaft oder Entbindung nicht weiterführen kann.

Soziotherapie (§ 25 NBhVO)

Aufwendungen für eine Soziotherapie sind nach vorheriger Anerkennung beihilfefähig bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund von Vereinbarungen zu tragen sind, wenn

- der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder
- eine gebotene Krankenhausbehandlung wegen einer schweren psychischen Erkrankung des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht durchgeführt werden kann.

Fahrtkosten, Flugkosten (§ 26 NBhVO)

Aufwendungen für eine Rettungsfahrt zum Krankenhaus sind beihilfefähig, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist.

Aufwendungen für andere Fahrten sind nur beihilfefähig, wenn die Fahrt ärztlich, zahnärztlich oder psychotherapeutisch verordnet ist und einer der folgenden Fälle vorliegt:

- Fahrten im Zusammenhang mit einer stationären Krankenhausbehandlung,
- Fahrten zur Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Verlegung medizinisch zwingend erforderlich ist oder die Festsetzungsstelle der Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus vorher zugestimmt hat,
- Fahrten im Zusammenhang mit einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn durch die vor- oder nachstationäre Behandlung eine andernfalls medizinisch gebotene stationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
- Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation in einem Krankenhaus oder in einer Arztpraxis und Fahrten im Zusammenhang mit einer Vor- oder Nachbehandlung im Zusammenhang mit einer solchen Operation,
- Fahrten zum Krankentransport in einem Krankenkraftwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist,
- Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Dialysebehandlung, einer ambulanten onkologischen Strahlentherapie, einer ambulanten parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder einer ambulanten parenteralen onkologischen Chemotherapie,
- Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Krankenbehandlung von Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „H“ oder „BI“ besitzen oder die mindestens dem Pflegegrad 3 im Sinne des § 15 SGB XI zugeordnet sind,
- in besonderen Ausnahmefällen Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Krankenbehandlung, wenn die Festsetzungsstelle das Vorliegen eines besonderen Ausnahmefalls vorher anerkannt hat, und
- Fahrten der Eltern zum Besuch ihres stationär untergebrachten Kindes, wenn der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Als Fahrtkosten sind die tatsächlichen Aufwendungen bis zur Höhe der niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels beihilfefähig. Wird ein privates Kraftfahrzeug benutzt, so werden als Fahrtkosten 0,20 Euro je Kilometer zurückgelegter Strecke berücksichtigt.

Aufwendungen für Fahrten sind grundsätzlich nur zu und von der nächstgelegenen Behandlungsmöglichkeit beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind u.a.:

- Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen priv. Reise sowie
- Fahrtkosten im Zusammenhang mit einer Behandlung außerhalb der Europäischen Union. Vorstehende Ausführungen gelten für Flugkosten entsprechend.

Unterkunftskosten (§ 27 NBhVO)

Aufwendungen für Unterkunft anlässlich einer notwendig auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung sind bis zur Höhe von 26 €

je Tag beihilfefähig. Ist nach ärztlicher Bescheinigung eine Begleitperson erforderlich, sind die Aufwendungen in gleicher Höhe beihilfefähig. Werden ärztlich verordnete Heilmittel in einer Einrichtung angewendet, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch Pauschalen beihilfefähig.

Lebensbedrohende oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten (§ 28 NBhVO)

Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohenden oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung, für die eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht zur Verfügung steht oder Aussicht auf Heilung nicht bietet, sind beihilfefähig, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 29 bis 30 NBhVO)

Für die Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist vor Beginn der Maßnahme die Anerkennung der Beihilfestelle und eine ärztliche Verordnung erforderlich. Die Dauer des Aufenthaltes ist grundsätzlich auf 21 Tage (ohne Anreise- und Abreisetag) begrenzt. Eine dringend erforderliche Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich. Die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen sind bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig. Vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist eine erneute entsprechende Maßnahme grundsätzlich nicht beihilfefähig.

Für die Beihilfefähigkeit von **medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter auch in Form von Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen** in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen ist vor Beginn der Maßnahme die Anerkennung durch die Beihilfestelle und eine ärztliche Verordnung erforderlich. Die Dauer des Aufenthaltes ist auf 21 Tage (ohne Anreise- und Abreisetag) begrenzt. Eine Verlängerung ist nicht möglich. Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen sind bis zur Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt, beihilfefähig. Vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter ist eine erneute entsprechende Maßnahme grundsätzlich nicht beihilfefähig.

Aufwendungen für eine ärztlich verordnete **Anschlussrehabilitation** sind beihilfefähig, wenn sie im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Strahlen- oder Chemotherapie durchgeführt wird. Die ärztliche Verordnung muss Art, Dauer und Inhalt der Maßnahme bestimmen. Die Aufwendungen für eine Anschlussrehabilitation sind nur beihilfefähig, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen nach der Krankenhausbehandlung beginnt, es sei denn, dass die Einhaltung dieser Frist aus zwingenden tatsächlichen oder zwingenden medizinischen Gründen nicht möglich ist. Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen sind bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig.

Aufwendungen für eine ärztliche verordnete **familienorientierte Rehabilitation** bei schwerer chronischer Erkrankung eines Kindes sind grundsätzlich bis zu 21 Tagen (ohne Anreise- und Abreisetag) und bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig. Eine dringend erforderliche Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Aufwendungen für eine ärztlich **verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahme** in einer

Rehabilitationseinrichtung sind bei der Berechnung von pauschalen Tagessätzen bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Anreise- und Abreisetag) beihilfefähig.

Aufwendungen für einen ärztlich verordneten **Rehabilitationssport in Gruppen** unter ärztlicher Betreuung und Überwachung sowie ärztlich verordnetes **Funktionstraining in Gruppen** unter fachkundiger Anleitung sind bis zu 9,00 €/je Trainingseinheit (für Personen vor Vollendung des 14. Lebensjahres bis zu 14,--€) beihilfefähig.

Fahrtkosten gemäß § 26 NBhVO im Zusammenhang mit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (ohne Anschlussrehabilitation), einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter und einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme sind nur bis zu einem Gesamtbetrag von 200 € (gemeinsam für die Hin- und Rückfahrt) beihilfefähig.

Suchtbehandlung (§ 31 NBhVO)

Aufwendungen für Suchtbehandlungen, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahmen oder Entwöhnungen durchgeführt werden, und die Nachsorge sind bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern getragenen Kosten beihilfefähig, wenn die Suchtbehandlung ärztlich verordnet ist und die Festsetzungsstelle die Notwendigkeit der Suchtbehandlung vor deren Beginn anerkannt hat.

Aufwendungen im Pflegefall (§§ 32 bis 36 NBhVO)

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege beihilfefähig, sofern die private Pflegeversicherung bzw. gesetzliche Pflegekasse oder bei nicht pflegeversicherten Personen die Beihilfestelle aufgrund eines von ihr beauftragten Gutachtens die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes festgestellt hat. Dauernd pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens für mindestens 6 Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Wichtig ist, dass Pflegeleistungen und die Feststellung der Pflegebedürftigkeit immer zuerst bei der privaten Pflegeversicherung bzw. gesetzlichen Pflegekasse beantragt werden müssen. In Pflegefällen legt die Beihilfestelle die Gutachten zugrunde, die für die Pflegeversicherung zum Vorliegen der Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt wurden. Der Leistungsbescheid der privaten Pflegeversicherung bzw. gesetzlichen Pflegekasse ist der Beihilfestelle möglichst umgehend zuzuleiten.

Palliativversorgung (§ 37 NBhVO)

Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sowie stationäre Palliativversorgung in Hospizen, sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenkasse erbringt, beihilfefähig.

Vorsorge und Prävention (§ 38 NBhVO)

Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut empfohlen sind, sind beihilfefähig.

Ausgenommen sind Aufwendungen für eine Schutzimpfung gegen Influenza oder Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), die unabhängig von einer Impfpflicht beihilfefähig sind.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen im Zusammenhang mit einem privaten Auslandsaufenthalt.

Für die Beihilfefähigkeit einer ambulanten medizinischen Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort ist vor Beginn die Anerkennung der Beihilfestelle und eine ärztliche Verordnung erforderlich. Die Dauer des Aufenthaltes ist auf 21 Tage (ohne Anreise- und Abreisetag) begrenzt. Eine Verlängerung ist nicht möglich. Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen sind in Höhe von 32 €/je Tag beihilfefähig. Vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung einer entsprechenden medizinischen Vorsorgeleistung ist eine erneute entsprechende Maßnahme nicht beihilfefähig.

Für die Beihilfefähigkeit einer stationären medizinischen Vorsorgeleistung für im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres ist vor Beginn der Behandlung die Anerkennung der Beihilfestelle und eine ärztliche Verordnung erforderlich. Die Dauer des Aufenthaltes ist auf höchstens 42 Tage begrenzt. Aufwendungen für die Teilnahme an bis zu zwei **Gesundheits- oder Präventionskursen** je Kalenderjahr zu den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum sind beihilfefähig, wenn der Kurs von einer gesetzlichen Krankenkasse als förderfähig anerkannt worden ist und die Teilnahme an mindestens 80 Prozent der Kurseinheiten eines Kurses nachgewiesen wird. Je Kurs beträgt die Beihilfe höchstens 75 Euro.

Früherkennung (§ 38a NBhVO)

Die Aufwendungen für Früherkennungsuntersuchungen sind nach § 25 Abs. 1 bis 3 und § 26 Abs. 1 und 2 SGB V beihilfefähig bei:

- Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres,
- Kindern und Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr,
- Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres, bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
- Personen ab Vollendung des 35. Lebensjahres jedes zweite Jahr die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung.

Schwangerschaft und Geburt (§ 39 NBhVO)

Bei Schwangerschaft und Geburt sind neben den üblichen Leistungen wie ärztliche Behandlungen, ärztlich verordnete Heilbehandlungen usw. auch Aufwendungen für Leistungen

- der Schwangerschaftsüberwachung,
 - der Hebamme oder des Entbindungspflegers nach Maßgabe der Verordnung über Gebühren für Hebammenhilfe außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung oder nach dem entsprechenden Recht anderer Länder,
 - in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung gemäß § 134 a SGBV,
 - einer Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei einer Hausentbindung oder einer ambulanten Entbindung
- beihilfefähig.

Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (§ 40 NBhVO)

Die Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschl. der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind zur Hälfte beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des § 27 a Abs. 1 bis 3 Satz 1 SGB V vorliegen. Die Beihilfe errechnet sich aus der Hälfte der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen multipliziert mit dem maßgeblichen Bemessungssatz. Die Ehefrau muss das 25. Lebensjahr, jedoch

noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet haben. Der Ehemann muss das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet haben. Beide Ehepartner dürfen die jeweilige Altersgrenze vor Beginn der Maßnahme nicht unter- oder überschritten haben. Beihilfe wird nur gewährt, wenn die Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines Behandlungsplans das Vorliegen der Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Ferner sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

- Sterilisation, wenn diese wegen Krankheit notwendig ist,
- ärztliche Beratung und Untersuchung zur Empfängnisregelung einschl. ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung vor Vollendung des 23. Lebensjahres und
- Leistungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs.

Darüber hinaus sind Aufwendungen für eine Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe und die in diesem Zusammenhang notwendigen medizinischen Maßnahmen beihilfefähig, wenn die Kryokonservierung wegen einer Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig ist, um spätere Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft in Form einer künstlichen Befruchtung vornehmen zu können.

Bemessung der Beihilfen (§ 80 Abs. 5 NBG und § 43 NBhVO)

Die Beihilfe wird nach einem personenbezogenen vom-Hundert-Satz (Prozentsatz) berechnet. Maßgebend für die Ermittlung des Prozentsatzes ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung. Von Beihilfeberechtigten wird erwartet, dass sie sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit einem beihilfekonformen Umfang krankenversichern, damit sie nicht durch Krankheits-, Pflege-, oder Geburtsfälle in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten. Seit 2009 besteht eine generelle Krankenversicherungspflicht, aus der sich die Pflicht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen zum Abschluss einer ergänzenden und beihilfekonformen Krankenversicherung ergibt.

Der Bemessungssatz (BMS) beträgt für

- Beamte (im aktiven Dienst) 50 Prozent,
- Versorgungsempfänger, berücksichtigungsfähige Ehegatten / eingetragene Lebenspartner 70 Prozent,
- berücksichtigungsfähige Kinder und Waisen 80 Prozent.

Sind zwei oder mehr Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, so beträgt der Bemessungssatz des Beihilfeberechtigten nach Nr. 1. (Beamte im aktiven Dienst) 70 Prozent; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen 70 Prozent. Der erhöhte Bemessungssatz von 70 Prozent gilt für den Beihilfeberechtigten, der den Familienzuschlag für die zwei oder mehr Kinder erhält. Die Beihilfeberechtigten können eine abweichende Bestimmung treffen, die nur aus wichtigem Grund geändert werden kann. Dies gilt nicht, wenn der erhöhte Bemessungssatz durch Rechtsvorschrift verbindlich einer Person zugewiesen ist.

Für Aufwendungen, die ab 01.01.2019 entstehen, hat die Höhe eines Zuschusses zur privaten Krankenversicherung keine Auswirkungen mehr auf dem Bemessungssatz.

Für Aufwendungen, die bis zum 31.12.2018 entstanden sind, gilt Folgendes:

Wird zu den Beiträgen für eine private Krankenversicherung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen ein monatlicher Zuschuss in Höhe von mindestens 41 € gewährt, so verringert sich der jeweilige

Bemessungssatz um 20 Prozent (z. B. von 70 % auf 50 %). Zur Vermeidung der Minderung des Bemessungssatzes haben einige Betroffene gegenüber dem Leistungserbringer (z. B. Rentenversicherungsanstalt) auf einen Teil des Beitragszuschusses verzichtet. Diese Betroffenen können ab 01.01.2019 beim Leistungserbringer den Teilverzicht auf den Beitragszuschuss mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und somit wieder ihren vollen Zuschuss zum privaten Krankenversicherungsbeitrag erhalten ohne Auswirkungen auf den Bemessungssatz.

Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzl. Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Ansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent. Dies gilt nicht, wenn ein Zuschuss, ein Arbeitgeberanteil oder eine andere Geldleistung von mindestens 21 € monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird oder die Krankenkasse weder eine Sachleistung erbracht noch eine Erstattung geleistet hat.

Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses Versicherungsleistungen nicht gewährt werden oder auf Dauer eingestellt worden sind, erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 Prozent. Dies gilt nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Voraussetzungen nach § 257 Abs. 2 a Satz 1 SGB V erfüllt.

Die Festsetzungsstelle kann befristet den Bemessungssatz von Versorgungsempfängern und ihren berücksichtigungsfähigen Ehegatten / eingetragenen Lebenspartnern um bis zu 20 Prozentpunkte erhöhen, wenn die Beiträge für die private Krankenversicherung 12 Prozent der Summe der Einkünfte beider Personen übersteigt und die Summe der Einkünfte beider Personen 170 Prozent der Mindestversorgung nicht übersteigt.

Begrenzung der Beihilfe (§ 80 Abs. 4 NBG und § 44 NBhVO)

Gemäß § 80 Abs. 4 NBG darf die Beihilfe zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Bei einer Überversicherung wird die Beihilfe entsprechend gekürzt.

Die zustehenden Leistungen müssen von der beihilfeberechtigten Person nachgewiesen werden. Bei der erstmaligen Antragstellung und bei Änderungen des Krankenversicherungsverhältnisses ist der Beihilfestelle der Krankenversicherungsschein mit Angabe des prozentualen Versicherungsumfangs vorzulegen. Gesetzlich versicherte Personen müssen die Erstattungen der Krankenkasse zu den einzelnen Kostenrechnungen nachweisen.

Bei der Begrenzung der Beihilfe bleiben Zahlungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerenten- und Pflegerentenzusatzversicherungen unberücksichtigt, soweit diese Versicherungen nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen.

Eigenbehalte (§ 45 NBhVO)

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um einen Eigenbehalt in Höhe von zehn Prozent, mindestens fünf und höchstens zehn Euro, jedoch nicht um mehr als die tatsächlichen beihilfefähigen Aufwendungen bei

- Arznei- und Verbandmitteln sowie Medizinprodukten,
- Hilfsmitteln, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und

- Körperersatzstücken,
- Fahrten und Flügen,
- ausgenommen Fahrten und Flüge bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen (ohne Anschlussrehabilitation), medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in einer Rehabilitationseinrichtung,
- einer Haushaltshilfe je Kalendertag und
 - Soziotherapie je Kalendertag.

Der Eigenbehalt ist von Aufwendungen für ein Arzneimittel nicht abzuziehen, wenn das Arzneimittel in der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Internet unter www.gkv-spitzenverband.de veröffentlichten Liste der Arzneimittel, die von der Zuzahlung befreit sind, enthalten ist. Maßgeblich ist die Liste, die zu Beginn des Quartals eines Kalenderjahres veröffentlicht ist, in dem die Aufwendungen entstanden sind.

Wird eine vollstationäre Krankenhausbehandlung mit einer vor- oder nachstationären Krankenhausbehandlung kombiniert, so ist ein Eigenbehalt zu den Fahrtkosten nur für die erste und die letzte Fahrt abzuziehen. Diese Regelung ist entsprechend anzuwenden bei einer ambulanten Operation, die mit einer Vor- oder Nachbehandlung kombiniert wird, und bei einer ambulant durchgeführten Chemo- oder Strahlentherapie.

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um einen Eigenbehalt in Höhe von zehn Euro je Kalendertag bei

- vollstationären Krankenhausbehandlungen, Maßnahmen der Anschlussrehabilitation und stationären Suchtbehandlungen, jedoch höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr,
- stationären Rehabilitationsmaßnahmen (ohne Anschlussrehabilitation), medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter und familienorientierten Rehabilitationen und
- medizinischen Vorsorgeleistungen nach § 38 Abs. 6.

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei

- häuslicher Krankenpflege um einen Eigenbehalt in Höhe von zehn Prozent für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr und um zehn Euro je Verordnung,
- Heilmitteln und Komplextherapien um einen Eigenbehalt in Höhe von zehn Prozent und um zehn Euro je Verordnung und
- zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln um einen Eigenbehalt in Höhe von zehn Prozent, jedoch höchstens zehn Euro für den Monatsbedarf.

Die Minderungen gelten nicht bei Aufwendungen

- von Kindern und Waisen vor Vollendung des 18. Lebensjahres, außer für Fahrten und Flüge,
- von Schwangeren im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- für eine Haushaltshilfe, die wegen Schwangerschaft oder Entbindung der den Haushalt führenden Person erforderlich ist,
- für ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel, ausgenommen Arzneimittel nach § 38 Abs. 2 Nr. 2 für die medikamentöse Präexposition prophylaxe,
- für Arznei- und Verbandmittel sowie Medizinprodukte, die bei einer ambulanten Behandlung verbraucht und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet werden,
- für Arzneimittel, die aufgrund eines Rückrufs oder einer von der zuständigen Behörde bekannt gemachten Einschränkung der Verwendbarkeit ersatzweise verordnet werden,

- für Heilmittel, für Hilfsmittel und für die Unterweisung in den Gebrauch von Blindenhilfsmitteln und für Training in Orientierung und Mobilität, für die Höchstbeträge festgesetzt sind,
- für Harn- und Blutteststreifen sowie
- für eine künstliche Befruchtung einschließlich der dazu verordneten Arzneimittel.

Befreiung vom Abzug von Eigenbehalten, Beihilfe für Aufwendungen für nicht verschreibungs- pflichtige Arzneimittel (§ 46 NBhVO)

Eigenbehalte sind für ein Kalenderjahr auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie innerhalb des Kalenderjahres den Grenzbetrag überschreiten. Der Grenzbetrag beträgt zwei Prozent und wenn der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger chronisch krank ist, ein Prozent der Summe der jährlichen Einkünfte.

Auf Antrag wird für Aufwendungen für ärztlich / zahnärztlich oder von einem Heilpraktiker verordnete nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel, die innerhalb eines Kalenderjahres entstanden sind, eine Beihilfe gewährt, soweit sie den Grenzbetrag überschreiten. Hierbei sind die Aufwendungen für das Arzneimittel abzüglich eines fiktiven Eigenbehalts entsprechend der Höhe des Bemessungssatzes zu berücksichtigen. Diese Regelung gilt nicht bei Aufwendungen für

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten,
- Mund- u. Rachen therapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle oder nach chirurgischen Eingriffen im Hals-Nasen- oder Ohrenbereich,
- Abführmittel, ausgenommen bei Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden etc.
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit, ausgenommen gegen Erbrechen bei einer Tumortherapie etc., sowie
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Die Anträge müssen vor Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Aufwendungen entstanden sind.

Verfahren (§§ 47 bis 52 NBhVO)

Die Beihilfe wird auf schriftlichen Antrag gewährt. Für die Antragstellung ist der vorgesehene Beihilfeantrag zu verwenden. Beim Erstantrag und bei allen beihilferechtlich relevanten Änderungen ist das Stammbblatt dem Beihilfeantrag beizufügen. Ein Antragsformular für künftige Anträge ist dem Beihilfebescheid beigelegt.

Der Beihilfeantrag und weitere Informationsblätter stehen auch auf der Internetseite www.nkvk.de zur Verfügung.

Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Zweitschriften oder Kopien der Belege sind ausreichend. Aus den Belegen müssen Grund und Höhe der Aufwendungen im Einzelnen ersichtlich und für die Beihilfestelle nachprüfbar sein.

Ein Beihilfeantrag ist nur zulässig, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 100€ betragen. Bei geringeren Aufwendungen ist die Beantragung einer Beihilfe zulässig, wenn eine Versäumnung der Antragsfrist droht oder eine unbillige Härte entstünde.

Auf die Ausschlussfrist von einem Jahr wird ausdrücklich hingewiesen. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen innerhalb eines Jahres, nachdem sie entstanden sind (Ausstellungsdatum der Rechnung, Kaufdatum des Medikaments oder Hilfsmittels), geltend gemacht werden. Maßgebend ist der Antragseingang bei der Beihilfefestsetzungsstelle (Eingangsstempel der Poststelle). Eine Beihilfe ist auch dann innerhalb der Ausschlussfrist von

einem Jahr zu beantragen, wenn wegen der Aufwendungen ein privatrechtliches Streitverfahren anhängig ist (zur Fristwahrung). Auf das anhängige Streitverfahren ist bei der Antragstellung hinzuweisen.

Die Beihilfestelle kann auf Antrag Abschlagszahlungen leisten.

Vorsorglich für den Fall, dass der Beihilfeberechtigte nicht mehr in der Lage ist, selbst einen Beihilfeantrag zu stellen, kann bei der Beihilfestelle eine Vollmacht für eine andere Person hinterlegt werden.

Im Todesfall der beihilfeberechtigten Person erhält auf Antrag ein Erbe oder eine Erbengemeinschaft die Beihilfe zu

den bis zum Tod des Beihilfeberechtigten entstandenen Aufwendungen. Die Erbberechtigung ist der Beihilfestetzungsstelle nachzuweisen. Bei einer Erbengemeinschaft kann die Zahlung der Beihilfe nur auf ein gemeinsames Konto der Erbengemeinschaft erfolgen. Ausnahmsweise kann die Beihilfe auch auf das Konto eines Mitgliedes der Erbengemeinschaft überwiesen werden, wenn nachgewiesen wird, dass die übrigen Mitglieder der Erbengemeinschaft mit der Zahlung der Beihilfe auf das Konto des beantragenden Mitglieds einverstanden sind.

Aktuelle Antragsformulare stehen Ihnen im Internet unter www.nkvk.de zum Download zur Verfügung. Sie können die Unterlagen auch direkt bis uns anfordern.

Für weitere Auskünfte stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Beihilfeabteilung – auch telefonisch – gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre NKVK