Stand: 01.08.2023

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

Dieses Informationsblatt soll Ihnen einen Überblick über wesentliche Inhalte des Beihilferechts geben. Ansprüche können aus diesen Hinweisen nicht hergeleitet werden. Auf Einzelfälle kann dieses Informationsblatt leider nicht eingehen. Sollten Unklarheiten bestehen, setzten Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Zur besseren Lesbarkeit dieses Informationsblattes wurde auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Formulierungen verzichtet. Die Beihilfegewährung richtet sich in Niedersachsen nach § 80 Niedersächsisches Beamtengesetz (NBG) und der Niedersächsischen Beihilfeverordnung (NBhVO, in Kraft getreten am 01.01.2012).

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

Beamte, Ruhestandsbeamte sowie deren Witwen, Waisen und hinterbliebene Lebenspartner erhalten, solange sie Anspruch auf Dienstbezüge/Anwärterbezüge, Ruhegehalt oder Hinterbliebenenversorgung haben, Beihilfen 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, in den ersten sechs Monaten eines Urlaubs zur Pflege naher Angehöriger). **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.

Tarifbeschäftigte der Kommunen, deren Beschäftigungsverhältnisse **vor dem 01.04.1999** begründet worden sind und ununterbrochen bestehen, haben grundsätzlich einen Anspruch auf Beihilfen, aufgrund der geltenden tariflichen Bestimmungen (sh. hierzu Allgemeines Informationsblatt zur Beihilfegewährung für das Tarifpersonal)

Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

- der Ehegatte, der eingetragene Lebenspartner, ausgenommen solche von Waisen, soweit sie nicht selbst beihilfeberechtigt sind,
- die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder, soweit sie nicht aus eigenem Recht beihilfeberechtigt sind.

Für Aufwendungen von Ehegatten und eingetragenen Lebenspartnern ist besonders zu beachten:
Beihilfefähig sind Aufwendungen von Ehegatten oder Lebenspartnern, wenn deren Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung 20.000,00 € nicht überstiegen hat oder im Kalenderjahr der Antragstellung 20.000,00 € nicht übersteigt (§ 80 Abs. 3 NBG).

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

Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Beihilfebemessungssatz). Maßgeblich für die Höhe des Bemessungssatzes sind die Familienverhältnisse. Hierzu sollte eine beihilfekonforme Krankenversicherung abgeschlossen werden.

Der Beihilfebemessungssatz beträgt für

- aktive Beamte **50 v. H.,**
- Versorgungsempfänger, berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner **70 v. H.,**
- berücksichtigungsfähige Kinder und Waisen **80 v. H..**

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, so beträgt der Bemessungssatz des Beihilfeberechtigten 70 v. H. Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen 70 v. H. Beide Beihilfeberechtigte erklären, wer den erhöhten Bemessungssatz von 70 v. H. erhalten soll. Diese „Gemeinsame Erklärung“ kann nur bei wichtigen Gründen geändert werden.

Bei **freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung** mit der Höhe nach gleichen Ansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 v. H. Dies gilt nicht, wenn die Krankenkasse weder eine Sachleistung, noch eine Erstattung geleistet hat. Dies gilt weiterhin nicht, wenn **ein Zuschuss**, ein Arbeitgeberanteil oder eine andere Geldleistung von **mindestens 21,00 € monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird**. Es besteht die Möglichkeit des teilweisen Verzichts auf den Beitragszuschuss durch einen formlosen Antrag an den Leistungserbringer.

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 Beihilfebemessungssatz um 20 v. H., jedoch höchstens auf 90 v. H.

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.

Beihilfefähige Aufwendungen (§ 80 Abs. 3 NBG)

Die nachfolgenden Ausführungen sind nicht abschließend und sollen nur einen Überblick über die beihilfefähigen Aufwendungen geben. Beihilfefähig sind die nachgewiesenen und angemessenen Aufwendungen für medizinisch notwendige nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden erbrachte Leistungen.

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

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 psychotherapeutische 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 Maßgabe der Anlage 2 nach der GOÄ und nach dem Gebührenrahmen der GOÄ. Aufwendungen, die auf einer Überschreitung des Schwellenwertes des Gebührenrahmens beruhen, sind nur angemessen, wenn patientenbezogene Besonderheiten, die eine Ausnahme darstellen, vorliegen.

Aufwendungen für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Heilmethoden (§ 5 NBhVO i.V.m. Anlage 1 a)

Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode sind beihilfefähig, soweit dies in der Anlage 1 a bestimmt ist. Über die Notwendigkeit und Angemessenheit entscheidet die Beihilfestelle, sie kann hierzu ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten einholen.

Nicht beihilfefähige Aufwendungen (§ 6 NBhVO)

Nicht beihilfefähig sind:

- 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 Leistungen, die Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung als Sach- und Dienstleistungen zustehen (auch im Rahmen einer Kostenerstattung),
- Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel und Aufwendungen für Verlangensleistungen
- Gutachten, die nicht von uns veranlasst wurden.

Einschränkung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen (§ 5 NBhVO i.V.m. Anlage 1)

Folgende Aufwendungen für medizinisch notwendige Leistungen, nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden sind in der Beihilfefähigkeit eingeschränkt:

1. Dermatologie

Aufwendungen für die Videodokumentation von Muttermalen sind nur beihilfefähig, wenn eine der folgenden Indikationen vorliegt

a. mindestens 100 melanozytäre Nävi,

b. mindestens fünf atypische melanozytäre Nävi (dysplatisches Nävussyndrom),

c. ein malignes Melanom in der eigenen Vorgeschichte oder

d. mindestens zwei von einem malignen Melanom betroffene Verwandte ersten Grades.

2. Ophthalmologie – Augenheilkunde –

2.1. Austausch der natürlichen Augenlinse durch Operation

Bei einem Austausch der natürlichen Augenlinse zur Behandlung einer Katarakterkrankung sind die Aufwendungen für die künstliche Linse nur bis zur Höhe der Kosten einer Monofokallinse, höchstens jedoch bis zur Höhe von 300 Euro, beihilfefähig. In anderen Behandlungsfällen sind Aufwendungen für einen Austausch der natürlichen Augenlinse zur reinen Verbesserung des Visus nur beihilfefähig, wenn nach augenärztlicher Feststellung eine andere Behandlung zur Verbesserung des Visus nicht möglich ist und die Festsetzungsstelle die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

2.2. Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brille oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist und die Festsetzungsstelle die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

2.3. Implantation einer additiven Linse oder einer Add-on- Intraokularlinse

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn nach augenärztlicher Feststellung eine andere Behandlung zur Verbesserung des Visus nicht möglich ist und die Festsetzungsstelle die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

2.4. Implantation einer phaken Intraokularlinse

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn nach augenärztlicher Feststellung eine andere Behandlung zur Verbesserung des Visus nicht möglich ist und die Festsetzungsstelle die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

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 1.000,00 € je Krankheitsfall nicht übersteigen.
Kosten der Rückbeförderung wegen einer Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise sind <u>nicht</u> 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, die bei ambulanten zahnärztlichen Leistungen** entstandenen sind, sind zu 60% beihilfefähig. Die Beihilfe errechnet sich aus den **60%** der Materialkosten multipliziert mit dem maßgeblichen Beihilfebemessungssatz.

Implantologische Leistungen sind für bis zu vier Implantate je Kiefer beihilfefähig. Bei implantatgetragenem 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 Beihilfe oder vergleichbare Leistungen aus öffentlichen Kassen gewährt wurden, sind anzurechnen.

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 Notwendigkeit der Behandlung **vor Beginn** auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplanes **anerkannt** wurde.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur bei Vorliegen folgender Erkrankungen oder Maßnahmen beihilfefähig:

Kiefergelenk- oder Muskelerkrankung, Zahnfleischerkrankung (die eine systematische Parodontalbehandlung erfordert), Behandlung mit Aufbissbehelfen mit adjustierten Oberflächen nach den Nrn. 7010 und 7020 GOZ, umfangreiche kieferorthopädische Maßnahme einschließlich kieferorthopädisch-kieferchirurgischer Operation oder umfangreiche Gebisssanierung.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- Glaskeramik einschließlich Nebenkosten,
- Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Leistungen für **Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst** und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Dies gilt u.a. nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist oder der Beihilfeberechtigte vor Berufung in das Beamtenverhältnis auf Widerruf mindestens 3 Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

Für nähere Informationen oder Fragen steht Ihnen das Team III der Abteilung Beihilfe zur Verfügung.

Psychotherapeutische Leistungen (§§ 12 bis 16a NBhVO)

Aufwendungen für tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie (Nrn. 861, 862 GOÄ), analytische Psychotherapie (Nrn. 863, 864 GOÄ) und Verhaltenstherapie (Nrn. 870, 871 GOÄ) sind u. a. nur dann beihilfefähig, wenn **vor Beginn** der Behandlung die Beihilfefähigkeit auf Grund eines Gutachterverfahrens **von uns anerkannt** wurde. Bitte fordern Sie die Unterlagen ggf. bei uns an.

Psychotherapeutische Akutbehandlung (§ 12 Abs. 7 NBhVO)

Aufwendungen für ambulante Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie oder der Systemischen Therapie bei Erwachsenen in Form einer psychotherapeutischen Akutbehandlung sind je Krankheitsfall für bis zu 24 Sitzungen beihilfefähig.

Die Notwendigkeit der psychotherapeutischen Akutbehandlung muss von einem Arzt oder Therapeut bescheinigt werden. Eine Anerkennung durch die Beihilfestelle ist nicht erforderlich.

Für Anwendungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung als Einzeltherapie von mindestens 25 Minuten werden bis zu 51 Euro als beihilfefähig anerkannt.

Psychotherapeutische Kurzzeittherapie (§ 12 Abs. 8 NBhVO)

Aufwendungen der Kurzzeittherapie für ambulante psychotherapeutische Leistungen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, der analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie oder der Systemischen Therapie bei Erwachsenen sind bis zu 24 Sitzungen beihilfefähig. Bei der Kurzzeittherapie wird von einem Anerkennungsverfahren abgesehen. Die Kurzzeittherapie muss jedoch von uns genehmigt werden. Die bereits als psychotherapeutische Akutbehandlung erbrachten Behandlungen/Sitzungen werden mit der Anzahl der Sitzungen für die Kurzzeittherapie verrechnet.

Für nähere Informationen oder Fragen steht Ihnen das Team Anerkennung der Abteilung Beihilfe zur Verfügung.

Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte (§ 17 NBhVO)

Voraussetzung ist, dass ein Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker das Mittel vorher schriftlich verordnet oder bei einer ambulanten Behandlung verbraucht hat. Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind in der Regel beihilfefähig.

Medizinprodukte, die in Anlage 4 zu § 17 Abs. 10 NBhVO abschließend aufgeführt sind, sind nach den ebenfalls dort genannten Voraussetzungen beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind u.a. Aufwendungen für verschreibungspflichtige

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,

- Mund- und Rachentherapeutika (Ausnahme, bei Behandlung von Pilzinfektionen),
- Abführmittel,
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit, wenn der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Beihilfefähig sind Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel wenn sie

- für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr bestimmt sind,
- für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen (körperlich, geistig oder seelisch erheblich von der Altersnorm abweichen; dies muss der behandelnde Arzt unter Angabe der Diagnose bescheinigen und begründen) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bestimmt sind,
- apothekenpflichtig sind und in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen bei einer ambulanten Behandlung verbraucht wurden oder
- bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und mit dieser Begründung vom Arzt verordnet werden (Antragsformulare erhalten Sie bei uns).

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 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ausgeschlossen sind.

Aufwendungen für **Arzneimittel**, für die Festbeträge nach § 35 SGB V festgesetzt sind, sind nur bis zur Höhe der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information veröffentlichten **Festbeträge** beihilfefähig. Sie finden die Beträge im Internet unter www.bfarm.de. In medizinisch begründeten Einzelfällen sind Aufwendungen für Arzneimittel auch über den Festbetrag hinaus beihilfefähig.

Aufwendungen für **Elementardiäten**, die für Kinder mit Kuhmilcheiweißallergie bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres verordnet werden, sind beihilfefähig.

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

Heilmittel (§ 18 NBhVO i.V.m. Anlage 5 und 6)

Die nach **vorheriger schriftlicher ärztlicher, zahnärztlicher oder psychotherapeutischer Verordnung** entstandenen Aufwendungen für Heilmittel (z.B. Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- oder Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) sind beihilfefähig, wenn sie in der Anlage 5 aufgeführt sind und die dort genannten Voraussetzungen für die Beihilfegewährung vorliegen. Das Heilmittel muss von einer Person angewendet werden, die in der Anlage 6 genannt wird.

Hilfsmittel (§ 20 NBhVO i.V.m. Anlage 7 und 8)

Die Anschaffung eines ärztlich verordneten Hilfsmittels, Gerätes zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstückes muss erforderlich sein, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Die Aufwendungen sind unter den in Anlage 7 zu § 20 Abs. 1 NBhVO genannten Voraussetzungen und bis zu den dort genannten Höchstbeträgen beihilfefähig. 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.

Sämtliche Aufwendungen für von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene Hilfsmitteln (Anlage 8 zu § 20 Abs. 1 NBhVO) sind nicht beihilfefähig.

Krankenhausleistungen (§ 21 NBhVO)

Im Rahmen einer vollstationären, stationsäquivalenten oder teilstationären Krankenhausbehandlung sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) beihilfefähig.

Wahlleistungen (Ein-/Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung) sind vollständig und ausnahmslos von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

Aufwendungen in **Privatkliniken**, die weder das KHEntgG noch die BPflV anwenden, sind nur bis zur Höhe der allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem KHEntgG oder der BPflV beihilfefähig.

Diese Begrenzung der Beihilfefähigkeit kann zu einem erheblichen finanziellen Verlust führen!

Für nähere Informationen oder Fragen steht Ihnen das Team I der Abteilung Beihilfe zur Verfügung.

Häusliche Krankenpflege (§ 22 NBhVO)

Die vorübergehende häusliche Krankenpflege umfasst die Grundpflege, die notwendigen verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, die Behandlungspflege, die hauswirtschaftliche Versorgung, die ambulante psychiatrische Krankenpflege und Maßnahmen der ambulanten Palliativversorgung. Die Aufwendungen sind bei Vorlage einer ärztlichen Verordnung bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen erstatteten Kosten, beihilfefähig. Die Aufwendungen sind auch beihilfefähig, wenn die häusliche Krankenpflege außerhalb des eigenen Haushalts erbracht wird.

Aufwendungen für eine nach ärztlicher Verordnung nicht nur vorübergehend erforderliche häusliche Krankenpflege (**Behandlungssicherungspflege**) sind unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig. **Bitte rufen Sie uns an**.

Haushaltshilfe (§ 23 NBhVO)

Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind für die Dauer von bis zu vier Wochen bis zur Höhe der Kosten, die von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden, beihilfefähig, wenn die Haushaltshilfe beschäftigt wird, weil der den Haushalt führende Beihilfeberechtige oder der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Angehörige wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit an der Weiterführung des Haushalts gehindert ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

Lebt in dem Haushalt mindestens ein Beihilfeberechtigter oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger, der Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält oder das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, so sind die Aufwendungen für längstens 26 Wochen beihilfefähig.

Übernimmt anstelle einer Haushaltshilfe der Ehegatte, der Lebenspartner, ein Elternteil oder ein Kind die Führung des Haushalts, ist im Fall eines Verdienstausfalls die Vergütung an die den Haushalt führende Person nur beihilfefähig bis zur Höhe der ortsüblichen Vergütung für eine Haushaltshilfe, die erwerbsmäßig Haushaltshilfe erbringt.

Für nähere Informationen oder Fragen steht Ihnen das Team I der Abteilung Beihilfe zur Verfügung.

Soziotherapie (§ 25 NBhVO)

Aufwendungen für Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn

- der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen oder ärztlich oder psychotherapeutisch 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.

Vor Beginn der Behandlung müssen wir die Notwendigkeit und die Anzahl der Therapieeinheiten **anerkennen**. Die Aufwendungen sind bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund von Vereinbarungen zu tragen sind, beihilfefähig.

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 „Bl“ 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 Ausnhamefalls 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.

Aufwendungen für Fahrten sind grundsätzlich nur zu oder von der nächstgelegenen Behandlungsmöglichkeit beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind

- Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise sowie
- Fahrtkosten im Zusammenhang mit einer Behandlung außerhalb der Europäischen Union.

Als Fahrtkosten sind die tatsächlichen Aufwendungen bis zur Höhe der niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels beihilfefähig. Höhere Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden konnte. Wird dann ein privates Kraftfahrzeug benutzt, so werden als Fahrtkosten 0,20 € je Kilometer zurückgelegter Strecke berücksichtigt.

Für nähere Informationen oder Fragen steht Ihnen das Team IV der Abteilung Beihilfe zur Verfügung.

Unterkunftskosten (§ 27 NBhVO)

Aufwendungen für Unterkunft anlässlich einer notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung sind bis zur Höhe von 26,00 € täglich 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 sind beihilfefähig, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Voraussetzung ist, dass eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht zur Verfügung steht. Bitte beachten Sie, dass **vorab eine Anerkennung durch uns erfolgen muss**.

Rehabilitation (§§ 29 bis 30 NBhVO)

Für die Beihilfefähigkeit einer **stationären Rehabilitationsbehandlung** sind medizinische Befunde und eine ärztliche Verordnung erforderlich. **Vor Beginn der Behandlung** müssen wir die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme **anerkennen**. Die Dauer des Aufenthaltes ist grundsätzlich auf 21 Tage begrenzt. 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 Rehabilitationsmaßnahme (außer Anschlussrehabilitation) nicht beihilfefähig.

Für die Beihilfefähigkeit einer stationären oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Strahlen- oder Chemotherapie (Anschlussrehabilitation), ist eine ärztliche Verordnung erforderlich, die Art, Dauer und Inhalt der Maßnahme bestimmt. Die Aufwendungen für eine **Anschlussrehabilitation** sind nur beihilfefähig, wenn die Maßnahme **innerhalb von 14 Tagen nach der Krankenhausbehandlung oder nach der ambulanten Strahlen- oder Chemotherapie 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.

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** sind medizinische Befunde und eine ärztliche Verordnung erforderlich. **Vor Beginn der Behandlung** müssen wir die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme **anerkennen**. Die Dauer des Aufenthaltes ist grundsätzlich auf 21 Tage begrenzt. 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 Rehabilitationsmaßnahme ist eine erneute Maßnahme (außer Anschlussrehabilitation) nicht beihilfefähig.

Ferner sind folgende **Rehabilitationsmaßnahmen** beihilfefähig:

- familienorientierte Rehabilitationen bei Erkrankung eines Kindes,
- ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen

Aufwendungen für einen ärztlich verordneten Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung sowie ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung sind

a. für Personen vor Vollendung des 14. Lebensjahres bis zu 14,00 Euro je Trainingseinheit und
b. für Personen nach Vollendung des 14. Lebensjahres bis zu 9,00 Euro je Trainingseinheit 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 Euro (gemeinsam für die Hin- und Rückfahrt) beihilfefähig.

Suchtbehandlung (§ 31 NBhVO)

Für die Beihilfefähigkeit einer S**uchtbehandlung, die als medizinische Rehabilitationsmaßnahme oder Entwöhnungen durchgeführt wird**, ist eine ärztliche Verordnung erforderlich. **Vor Beginn der Behandlung** müssen wir die Notwendigkeit **anerkennen**. Die Aufwendungen sind bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern getragenen Kosten beihilfefähig.

Aufwendungen im Pflegefall (§§ 32 bis 33 NBhVO)

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**.

Grundlage für die Beihilfegewährung sind die Gutachten, die für die Pflegeversicherung zum Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt wurden. Der Leistungsbescheid der privaten Pflegeversicherung bzw. gesetzlichen Pflegekasse ist uns möglichst schnell zuzuleiten.

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege beihilfefähig, sofern die private Pflegeversicherung bzw. gesetzl. Pflegekasse oder bei nicht pflegeversicherten Personen der Amtsarzt die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes festgestellt hat.

Für nähere Informationen oder Fragen steht Ihnen das Team II der Abteilung Beihilfe zur Verfügung.

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.

Für nähere Informationen oder Fragen steht Ihnen das Team IV der Abteilung Beihilfe zur Verfügung.

Vorsorge und Prävention (§ 38 NBhVO)

Impfungen werden grundsätzlich in Anlehnung an die Empfehlung der ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut als beihilfefähig anerkannt. Schutzimpfungen gegen Infuenza oder Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) sind beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen im Zusammenhang mit einem privaten Auslandsaufenthalt.

Zur Vorbeugung gegen das Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) sind die Aufwendungen der Präexpositionsprophylaxe (PrEP) beihilfefähig, sofern die Person das 16. Lebensjahr vollendet hat. Beihilfefähig sind die Aufwendungen

- für eine ärztliche Beratung zur PrEP,
- die verordneten verschreibungspflichtigen Arzneimittel für die PrEP,
- die Untersuchungen, die bei Anwendung der für die medikamentöse PrEP zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind sowie
- die risikoadaptierte Untersuchung auf Lues, Gonorrhoe oder Chlamydien als Begleitdiagnostik.

Für die Beihilfefähigkeit einer **ambulanten medizinischen Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort** sind medizinische Befunde und eine ärztliche Verordnung erforderlich. **Vor Beginn der Behandlung** müssen wir die Notwendigkeit der Maßnahme **anerkennen**. Die Dauer des Aufenthaltes ist auf 21 Tage begrenzt. Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen sind in Höhe von 32,00 € täglich beihilfefähig. Vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung einer entsprechenden medizinischen Vorsorgeleistung ist eine erneute Maßnahme nicht beihilfefähig.

Für die Beihilfefähigkeit einer **stationären medizinischen Vorsorgeleistung** für im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres sind medizinische Befunde und eine ärztliche Verordnung erforderlich. **Vor Beginn der Behandlung** müssen wir die Notwendigkeit der Maßnahme **anerkennen**. Die Dauer des Aufenthaltes ist auf höchstens 42 Tage begrenzt.

Beihilfefähig sind Aufwendungen für die Teilnahme an bis zu zwei **Gesundheits- oder Präventionskursen** je Kalenderjahr in den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum. Die Aufwendungen sind nur 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. Die Kursgebühren sind zum Beihilfebemessungssatz zu erstatten. Je Kurs beträgt die auszuzahlende Beihilfe höchstens 75,00 €.

Früherkennung (§ 38a NBhVO)

Die beihilfefähigen Aufwendungen für Früherkennungsuntersuchungen umfassen bei:

- Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
- Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann,
- Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres, bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an 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, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

Schwangerschaft und Geburt (§ 39 NBhVO)

Beihilfefähig sind neben den Leistungen für ärztliche Behandlung, ärztlich verordnete Heilmittel usw. auch die Aufwendungen

- 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,
- von Hebammen oder Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen im Sinne des § 134a SGB V (Geburtshäuser),
- einer Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei Hausentbindungen oder ambulanten Entbindungen
- für die Teilnahme einer Begleitperson am Geburtsvorbereitungskurs. Beihilfefähig sind höchstens 50 Prozent der als beihilfefähig anerkannten Aufwendungen für die Schwangere.

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

Die Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind **zur Hälfte** beihilfefähig, sofern die Voraussetzungen des § 27a Abs. 1 bis 3 Satz 1 des SGB V in Verbindung mit § 40 Abs. 1 der NBhVO erfüllt sind.
Die Beihilfestelle **muss vor Beginn** der Behandlung auf der Grundlage eines Behandlungsplans das Vorliegen der Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Behandlung **prüfen und anerkennen**.

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.

Für nähere Informationen oder Fragen steht Ihnen das Team I der Abteilung Beihilfe zur Verfügung.

Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende (§ 41 NBhVO)

Beihilfefähig sind Aufwendungen für

- Erste Hilfe,
- eine behördlich angeordnete Entseuchung und
- Leistungen für Organspenden, wenn der Empfänger des Organs beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist.

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. Bitte fügen Sie bei der **erstmaligen Antragstellung** sowie bei **Änderungen** die aktuelle Versicherungsbescheinigung bei. Aus diesen Unterlagen müssen die Leistungen in v.H.-Sätzen ersichtlich sein. Gesetzlich versicherte Personen müssen die Erstattungen der Krankenkasse zu jeder 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 10%, mindestens 5,00 € und höchstens 10,00 €, jedoch nicht um mehr als die tatsächlichen beihilfefähigen Aufwendungen bei

- Arznei-, Verbandmitteln, Medizinprodukten,
- Hilfsmitteln, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücken,
- Fahrten und Flügen, ausgenommen Fahrten und Flügen bei bestimmten Rehabilitationsmaßnahmen,
- 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 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 Strahlentherapieserie.

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um einen Eigenbehalt in Höhe von 10,00 € je Kalendertag bei

- vollstationären Krankenhausbehandlungen, Maßnahmen der Anschlussrehabilitation und Suchtbehandlungen, jedoch höchstens für insges. 28 Tage im Kalenderjahr, und
- Rehabilitationsmaßnahmen, ausgenommen Anschlussheilbehandlungen.

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei

- häuslicher Krankenpflege um einen Eigenbehalt in Höhe von 10% für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr und um 10,00 € je Verordnung,
- Heilmitteln und Komplextherapien um einen Eigenbehalt in Höhe von 10% und um 10,00 € je Verordnung und
- zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln um einen Eigenbehalt in Höhe von 10%, jedoch höchstens 10,00 € für den Monatsbedarf.

Die Eigenbehalte sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- Kinder und Waisen vor Vollendung des 18. Lebensjahres, außer für Fahrten und Flüge,
- Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel, ausgenommen Arzneimittel für die medikamentöse Präexpositionsprophylaxe,
- Arznei- und Verbandmittel, die bei einer ambulanten Behandlung verbraucht und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet werden,
- Heilmittel, für Hilfsmittel und für die Unterweisung in den Gebrauch von Blindenhilfsmitteln und für Training in Orientierung und Mobilität, für die Höchstbeträge festgesetzt sind, sowie
- Harn- und Bluttestsreifen,
- für eine künstliche Befruchtung einschließlich der dazu verordneten Arzneimittel.

Befreiung vom Abzug von Eigenbehalten, Beihilfe für Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige Arzneimittel (§ 46 NBhVO)

Eigenbehalte sind innerhalb des Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen den Grenzbetrag überschreiten. Der Grenzbetrag beträgt 2 v.H. des jährlichen Brutto-Vorjahreseinkommens. Für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt der Grenzbetrag nur 1 v.H.

Auf Antrag wird für Aufwendungen für ärztlich 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. 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 verwenden Sie bitte unseren Beihilfeanträge. Beim **Erstantrag** und bei **allen beihilferechtlich relevanten Änderungen** füllen Sie bitte den ausführlichen Beihilfeantrag aus. Ergeben sich gegenüber Ihrem letzten Antrag **keine Änderungen** in den persönlichen Verhältnissen, dann verwenden Sie den **Kurzantrag auf Beihilfe**. Sie finden die Beihilfeanträge und weitere Informationsblätter auch auf unserer Internetseite www.nvk.de.

Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. **Die vom Rechnungsaussteller gefertigten Zweitschriften der Belege sind ausreichend**. Aus den Belegen müssen Grund und Höhe der Aufwendungen im Einzelnen sein.

Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt **mehr als 100,00 €** betragen. Bei geringeren Aufwendungen ist die Beantragung einer Beihilfe zulässig, wenn eine Versäumung 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 nach Entstehen geltend gemacht werden. Bei Rechnungen beginnt die Frist mit dem Rechnungsdatum, bei Medikamenten oder Hilfsmitteln mit dem Kaufdatum. Maßgebend ist der Antragseingang bei der

Beihilfefestsetzungsstelle (Eingangsstempel der Poststelle).

Die Beihilfestelle kann auf Antrag **Abschlagszahlungen** leisten.
Für den Fall, dass der Beihilfeberechtigte nicht/nicht mehr in der Lage ist, selbst einen Beihilfeantrag zu stellen, kann unter Vorlage einer **Vollmacht** eine andere Person den Beihilfeantrag für den Beihilfeberechtigten stellen.

Stirbt die beihilfeberechtigte Person, erhält die Beihilfen zu den bis zum Tod entstandenen Aufwendungen der Erbe oder die Erbengemeinschaft. Die Erbberechtigung ist durch Erbschein 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 dieses schriftlich nachweist, dass die übrigen Mitglieder der Erbengemeinschaft mit der Zahlung der Beihilfe auf das Konto des beantragenden Mitglieds einverstanden sind. **Bitte rufen Sie uns an**.

Die aktuellste verfügbare Fassung der Niedersächsischen Beihilfeverordnung finden Sie auf der Seite des niedersächsischen Vorschrifteninformationssystem (NI-VORIS).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen auch gerne telefonisch zur Verfügung.
Ihre Niedersächsische Versorgungskasse
– Abteilung Beihilfen –