



Merkblatt

Stand:
01/2012

Beihilfe für Nordrhein-Westfalen

Dieses Merkblatt soll Ihnen die Beantragung von Beihilfen erleichtern und eine Übersicht der wichtigsten beihilferechtlichen Bestimmungen des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) bieten. Rechtsansprüche können Sie hieraus nicht ableiten, da für die Festsetzung Ihrer Beihilfe die Beihilfavorschriften (BVO) des Landes NRW in der jeweils geltenden Fassung maßgebend sind. Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, wird für ergänzende Informationen auf Punkt 9 dieses Hinweisblattes verwiesen.

Inhalt

1	Antragstellung	2
2	Beihilfeanspruch	3
3	Selbstbehalte für Aufwendungen	4
3.1	Selbstbehalte bei stationärer Krankenhausbehandlung	4
3.2	Kostendämpfungspauschale	4
3.3	Belastungsgrenze	5
4	Beihilfefähigkeit von Aufwendungen	5
4.1	Arzt- oder Heilpraktikerbehandlung, Psychotherapie	7
4.2	Zahnbehandlung	7
4.3	Hilfsmittel	8
4.4	Brillen und Kontaktlinsen	9
4.5	Beförderungskosten	9
4.6	Krankenhaus	10
4.7	Rehabilitationsmaßnahmen	10
5	Pflegebedürftigkeit, Pflegehilfsmittel	14
6	Unfall	14
7	Auslandskosten	14
8	Beihilfe im Todesfall	15
9	Informationen für gesetzlich Krankenversicherte Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige	15

1 Antragstellung

Beantragen Sie Beihilfen bitte ausschließlich mit dem aktuellen amtlichen Formblatt. Dieses ist vollständig auszufüllen und von der beihilfeberechtigten Person selbst zu unterzeichnen. Soll eine andere Person zur Stellung der Beihilfeanträge berechtigt sein, so ist hierüber eine **Vollmacht** (Vollmachtsvordruck Ihrer Beihilfestelle, im Internet unter www.lbv.nrw.de -> Merkblätter/Vordrucke oder formlos) vorzulegen.

Folgende Antragsformulare stehen zur Verfügung:

- **Antrag auf Zahlung einer Beihilfe**
- **Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe**

sowie die

- **Anlage Pflege und**
- **Anlage Kinder.**

Die Vorlage von Originalbelegen ist nicht erforderlich. Es können wie bisher Kopien bzw. Durchschriften vorgelegt werden. Fotokopien müssen vollständig und eindeutig sein.

Bitte verwenden Sie bei der erstmaligen Antragstellung, sowie bei Änderungen in ihren persönlichen Verhältnissen oder bei den berücksichtigungsfähigen Personen das Formular **„Antrag auf Zahlung einer Beihilfe“**.

Für alle Folgeanträge reicht es, den **„Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe“** einzureichen.

Sofern Sie **Pflegeaufwendungen** und zusätzliche Betreuungsleistungen geltend machen wollen, stellen Sie bitte einen **gesonderten Antrag** für diese Aufwendungen und fügen die **Anlage „Pflege“** bei.

In den jeweiligen Antragsformularen ist die Anzahl der eingereichten Belege sowie die Höhe der Antragssumme anzugeben, da eine separate Zusammenstellung der Aufwendungen nicht mehr vorgesehen ist.

Die **„Anlage Kinder“** ist **einmalig auszufüllen**, wenn mehrere Personen (z.B. beide Elternteile) selbst beihilfeberechtigt sind und Aufwendungen des Kindes geltend machen können.

Ich bitte hierbei besonders darauf zu achten, dass die Angaben zur Dienststelle/Beihilfestelle vollständig angegeben werden.

Antragsformulare, sonstige Vordrucke sowie Merkblätter stehen auch im Internet unter www.lbv.nrw.de -> Merkblätter/Vordrucke zur Verfügung.

Auf die Vorlage des Antragsformblattes mit der im Original geleisteten Unterschrift (keine Kopie) kann **nicht** verzichtet werden. Eine Antragstellung per Telefax ist nicht zulässig.

Beihilfeansprüche können auch erlöschen. Beantragen Sie Ihre Beihilfe daher innerhalb von einem Jahr nach Entstehen der Aufwendungen, spätestens jedoch ein Jahr nach Ausstellung der ersten Rechnung.

Zu jedem Rechnungsbeleg ist die Kostenerstattung Ihrer Krankenversicherung bzw. gesetzlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse nachzuweisen. Sofern Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person privat krankenversichert sind und einen geeigneten Nachweis über eine bestehende Quotenversicherung vorlegen, kann im Regelfall auf Einzelnachweise verzichtet werden. Quittungen, Mahnungen, Belege über Vorauszahlungen, Heil- und Kostenpläne und dgl. können nicht als Nachweis akzeptiert werden.

Sind ärztliche Verordnungen oder Notwendigkeitsbescheinigungen erforderlich, die im Übrigen immer vor dem Entstehen der Aufwendungen ausgestellt sein müssen (z.B. bei Hilfsmitteln, Heilbehandlungen), fügen Sie diese den jeweiligen Kostenbelegen bei. Bitte beachten Sie, dass in Arztrechnungen - in Zahnarztrechnungen bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen - die Angabe der Diagnose erforderlich ist.

Bitte prüfen Sie nach Erhalt des Beihilfebescheides, ob Ihre Kosten zutreffend abgerechnet wurden.

Offensichtliche Fehler lassen sich im Regelfall bereits durch einen Anruf bzw. Besuch bei Ihrer Beihilfestelle unbürokratisch beseitigen. Persönlich erreichbar sind wir außer mittwochs von 8:30 bis 11:30 Uhr und zusätzlich dienstags von 13:30 bis 15:00 Uhr. Telefonisch erreichbar sind wir montags bis freitags von 7.30 bis 16.00 unter der Tel.-Nr. 0211 6023-06. Auch Fragen zum Beihilferecht können oftmals

durch ein Telefonat geklärt werden. Durch den so vermiedenen Schriftverkehr tragen Sie zu einer zügigen Bearbeitung der Beihilfeanträge bei.

2 Beihilfeanspruch

Der Bemessungssatz (§ 12 Abs. 1 BVO) ist personenbezogen und beträgt im Regelfall für

-	den Beihilfeberechtigten im aktiven Dienst ohne Kind oder mit einem Kind	50 %
-	den Beihilfeberechtigten im aktiven Dienst mit zwei oder mehr Kindern (bei mehreren Beihilfeberechtigten gilt dieser Bemessungssatz nur für einen von ihnen zu bestimmenden Berechtigten)	70 %
-	entpflichtete Hochschullehrer	50 %
-	den Beihilfeberechtigten im Ruhestand (Versorgungsempfänger)	70 %
-	den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner	70 %
-	berücksichtigungsfähige Kinder sowie beihilfeberechtigte Waisen	80 %.

Die Beihilfe darf zusammen mit den Versicherungsleistungen und den sonstigen zugeflossenen Erstattungen die tatsächlichen Aufwendungen (dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen) nicht übersteigen (Höchstbetragsberechnung nach § 12 Abs. 7 BVO) - sog. 100% Grenze -. Bitte prüfen Sie daher, ob Sie ggf. überversichert sind.

Nicht berücksichtigt werden bei dieser Anrechnung Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld- und sonstige Summenversicherungen bis 80 EUR pro Tag.

Beteiligt sich ein Rentenversicherungsträger an den Beiträgen zur Krankenversicherung, so ermäßigt sich der Bemessungssatz bei Personen, denen **dem Grunde nach** eine Beitragsentlastung von mindestens 80 EUR monatlich **zusteht**, um 10 % (§ 12 Abs. 3 BVO). Diese Reduzierung gilt nicht für Personen, die nach dem 31.12.1993 erstmals als Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren. Auf die Höhe der tatsächlich **gezahlten** Beitragsentlastung kommt es **nicht** an. Somit kann ein – auch teilweiser – **Verzicht auf die zustehende Beitragsentlastung** die Absenkung des Bemessungssatzes nicht verhindern.

Sollte aufgrund einer Beschäftigung ein Zuschuss nach § 257 SGB V zum privaten Krankenversicherungsbeitrag gewährt werden, beachten Sie bitte die Ausführungen unter Punkt 9: Berechnung der Beihilfen.

In folgenden Fällen können zu den Aufwendungen für Kinder, Ehegatten und eingetragene Lebenspartner **keine** Beihilfen gewährt werden (§ 2 BVO):

- Die Einkünfte des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners liegen im Kalenderjahr vor der Antragstellung über 18.000 EUR. Zu diesen Einkünften zählt der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG), bei erstmaligem Rentenbezug nach dem 31.12.2003 die Differenz zwischen dem **Besteuerungsanteil** und dem Bruttobetrag sowie ab dem 01.01.2009 erzielte Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert werden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterlegen haben.
- Der getrennt lebende Ehegatte / eingetragene Lebenspartner hat **keinen** Unterhaltsanspruch gegen den Beihilfeberechtigten.
- Ein Kind ist im Familienzuschlag nach dem Besoldungsgesetz nicht mehr berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig.

Mit dem Steueränderungsgesetz 2007 wurde der Bezugszeitraum für Kindergeld und Familienzuschlag in der Regel auf die Vollendung des 25. Lebensjahres begrenzt.

Ausnahme für das Beihilfenrecht: Kinder werden weiterhin bis zur bisherigen Altersgrenze (27. Lebensjahr) beim Beihilfeanspruch und beim Bemessungssatz der Beihilfeberechtigten berücksichtigt, wenn sie bis zum Wintersemester 2006/2007 ein Studium an einer Hoch- oder Fachhochschule aufgenommen haben und das Studium nicht vor dem 27. Lebensjahr beendet wird.

In Zweifelsfällen wenden Sie sich bitte an Ihre Beihilfestelle.

Bitte beachten Sie: Geschiedene Ehepartner gehören nicht mehr zu den berücksichtigungsfähigen Personen. Die Aufwendungen können daher ab Rechtskraft der Scheidung nicht mehr berücksichtigt werden.

3 Selbstbehalte für Aufwendungen

3.1 Selbstbehalte bei stationärer Krankenhausbehandlung

Die beihilfefähigen Aufwendungen bei stationärer, teilstationärer sowie vor- und nachstationärer Behandlung werden für ggf. vereinbarte Wahlleistungen (gesonderte berechnete ärztliche Behandlung oder Unterkunft) um folgende Eigenanteile (Selbstbehalte) gekürzt:

Für die Unterkunft 15 EUR und für die ärztliche Behandlung von 10 EUR täglich.

Bei Behandlungen in Krankenhäusern ohne Zulassung nach § 108 SGB V („Privatklinik“) beträgt der Selbstbehalt pauschal 25 EUR täglich.

Der Eigenanteil ist maximal für 30 Tage bzw. 750 EUR je beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Person im Kalenderjahr anzusetzen.

3.2 Kostendämpfungspauschale

Für jedes Kalenderjahr, aus dem Aufwendungen in einem Beihilfeantrag geltend gemacht werden, ist die auszuzahlende Beihilfe um eine Kostendämpfungspauschale auf der Basis der nachfolgenden Tabelle einmalig zu kürzen (§ 12 a BVO). Bitte beachten Sie: Maßgebend für die Einbehaltung der Kostendämpfungspauschale ist das Datum des Entstehens der Aufwendungen (z.B. Behandlung durch den Arzt oder Kauf von Arznei). Machen Sie mit einem Beihilfeantrag Aufwendungen aus verschiedenen Jahren geltend, so ist es möglich, dass die festgesetzte Beihilfe um Kostendämpfungspauschalen mehrerer Jahre gekürzt wird.

Die Pauschale entfällt bei

- Waisen,
- gesetzlich versicherten Beihilfeberechtigten,
- bei Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 und 3 BVO sowie
- bei Beihilfen zu dauernder Pflegebedürftigkeit.

Bei

- Witwen und Witvern,
- hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartnern und
- in den Fällen der Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene in Todesfällen

entfällt im Jahr des Todes des Beihilfeberechtigten die Kostendämpfungspauschale und – soweit es sich noch um Aufwendungen des Verstorbenen handelt – auch im Folgejahr.

Die Kostendämpfungspauschale bemisst sich bei Ruhestandsbeamten nach dem Ruhegehaltssatz, der der Berechnung des Ruhegehaltes tatsächlich zugrunde liegt, höchstens jedoch 70 v.H., bei Hinterbliebenen nach 60 v.H. des Ruhegehaltssatzes höchstens jedoch 40 v.H. des Tabellenbetrages:

Stufe	Besoldungsgruppen	Betrag	Höchstbetrag 70 v. H. (Ruhestandsbeamte)	Höchstbetrag 40v.H. (Hinterbliebene)
1	A7-A11	150 EUR	105 EUR	60 EUR
2	A 12 – A 15, B 1, C 1, C 2, H 1 – H 3, R 1, W 1, W 2	300 EUR	210 EUR	120 EUR
3	A 16, B 2, B 3, C 3, H 4, H 5, R 2, R 3, W 3	450 EUR	315 EUR	180 EUR
4	B 4 – B 7, C 4, R 4 – R 7	600 EUR	420 EUR	240 EUR
5	Höhere Besoldungsgruppen	750 EUR	525 EUR	300 EUR

Der ermittelte Betrag wird auf 5 EUR abgerundet.

Ein etwaiger **Versorgungsabschlag** wegen vorzeitiger Versetzung in den Ruhestand beeinflusst nicht die Höhe des maßgebenden Ruhegehaltssatzes.

Für jedes berücksichtigungsfähige Kind oder jedes Kind, das nur deshalb nicht berücksichtigt ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist, vermindert sich die Kostendämpfungspauschale um 60 EUR.

Die Höhe der Kostendämpfungspauschale des laufenden Kalenderjahres sowie vorangegangener Jahre, sofern in diesen noch kein Beihilfeantrag gestellt wurde, richtet sich nach den persönlichen Verhältnissen, die zum Zeitpunkt der ersten Antragstellung im laufenden Kalenderjahr vorlagen. Dies gilt auch dann, wenn mit dem ersten Antrag im laufenden Kalenderjahr keine Aufwendungen des laufenden Kalenderjahres geltend gemacht werden. Ändern sich die persönlichen Verhältnisse im Laufe eines Kalenderjahres (z.B. der Eintritt in den Ruhestand) und ist in diesem Jahr vor dem Zeitpunkt der Änderung schon ein Antrag gestellt worden, so hat dies keine Auswirkungen auf die Höhe der Kostendämpfungspauschale des laufenden Jahres. Eine rückwirkende Reduzierung der Kostendämpfungspauschale ist damit ausgeschlossen.

3.3 Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze begrenzt die finanziellen Belastungen der Beihilfeberechtigten. Für die entstandenen Aufwendungen, dürfen

- die Kostendämpfungspauschale (§ 12a BVO),
- der Eigenanteil zahntechnischer Leistungen bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 7 BVO) und
- die Selbstbehalte bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen (z. B. 2 Bett-Zimmer, Chefarztbehandlung) im Krankenhaus (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 und 3 BVO)

im Kalenderjahr insgesamt 2% der Bruttojahresdienstbezüge oder Bruttojahresversorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen des Beihilfeberechtigten des vorangegangenen Kalenderjahres nicht überschreiten (Rechtsgrundlage § 15 BVO).

Die Feststellung dieser Belastungsgrenze erfolgt durch die Beihilfestelle. Wird die Belastungsgrenze überschritten, sind für das betreffende Kalenderjahr keine weiteren Selbstbehalte in Abzug zu bringen.

4 Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

Die nachfolgenden Ausführungen sind nicht abschließend und sollen nur einen Überblick über beihilfefähige Kosten geben. Sollten Sie in Einzelfragen unsicher sein, wenden Sie sich bitte an die Beihilfestelle, die Ihnen nach Möglichkeit auch telefonisch während der Sprech- oder Besuchszeit Auskunft erteilt.

Beihilfefähig sind nur die **notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang**,

- die der Wiedererlangung der Gesundheit,
- der Besserung oder Linderung von Leiden bzw.
- dem Ausgleich oder der Beseitigung von angeborenen oder erworbenen Körperschäden

dienen.

Aufwendungen zum Zwecke **vorbeugender Maßnahmen**, die somit nicht im Krankheitsfall entstehen, werden nicht berücksichtigt. Ob diese Voraussetzungen vorliegen, entscheidet die Beihilfestelle. Bitte haben Sie Verständnis, dass in Zweifelsfällen Stellungnahmen der zuständigen Amtsärzte eingeholt werden.

Aufwendungen für **wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte** Heilbehandlungen sind nicht beihilfefähig. Hierzu zählen z.B.: Ozontherapie, Ayurvedische Medizin, Orthokintherapie, Biodynamische Therapien, Colon-Hydro-Therapie, Frischzellentherapien, Fußreflexzonenmassagen, Galvanotherapie, Heileurythmie, Hochtontherapie, Orthomolekulartherapie, Behandlungen im Rahmen der Spagyrischen Medizin.

Aufwendungen für **wissenschaftlich noch nicht anerkannte** Heilbehandlungen können von der obersten Dienstbehörde auf Grund des Gutachtens eines Amts- oder Vertrauensarztes für beihilfefähig erklärt werden.

Schutzimpfungen, die nicht von der Ständigen Impfkommission (STIKO) öffentlich empfohlen sind, sind nicht beihilfefähig.

Ärztlich verordnete, wissenschaftlich anerkannte **Heilbehandlungen** sind im Rahmen der vom Finanzministerium vorgegebenen **Höchstbeträge** beihilfefähig, sofern sie von Angehörigen der Heil- und Hilfsberufe (Krankengymnasten, Masseur etc., nicht jedoch z.B. Gymnastiklehrer oder Kosmetiker) durchgeführt werden.

Für folgende Kosten ist eine **vorherige Anerkennung** der Beihilfefähigkeit **zwingend** erforderlich:

- Stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen
- Ambulante Kuren
- Stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-/Vater-Kind Kuren
- Ambulante psychotherapeutische Behandlung (Ausnahme: bis zu fünf probatorische Sitzungen, bzw. acht probatorische Sitzungen bei analytischer Psychotherapie)
- Ärztlich verordnete Hilfsmittel über 1000 EUR, die nicht in der Auflistung unter Nr. 4.3 aufgeführt sind
- Medizinisch notwendige Behandlung im Ausland
- Implantate im Zahnbereich

Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln:

Voraussetzung für eine Anerkennung ist, dass der Behandler (Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker) das Mittel schriftlich verordnet oder bei seiner Verrichtung verbraucht hat.

Die Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln richtet sich im Wesentlichen nach der Verschreibungsart – ähnlich dem Erstattungssystem in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dem Grundsatz nach sind nur verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grundsätzlich nicht beihilfefähig.

Die nachfolgende Auflistung soll Ihnen einen Überblick über die Beihilfefähigkeit und mögliche Erstattungen geben:

Verschreibungspflichtige Arzneimittel:

sind beihilfefähig, dies gilt im Regelfall **nicht**

- für Mittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel, Mittel gegen Reisekrankheit (Ausnahme: Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind diese Mittel beihilfefähig) sowie
- für Mittel zur Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, Abmagerung, zur Verbesserung des Haarwuchses (sog. Lifestyle-Präparate), Nahrungsergänzungsmittel usw.

Verschreibungspflichtige Arzneimittel, die abweichend zu ihrer arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzt werden, sind nur in besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig. Beihilfefähig sind Aufwendungen für hormonelle Mittel zur Kontrazeption nur bei Personen bis zur Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres und bei Personen ab Vollendung des 48. Lebensjahres. Werden hormonelle Mittel nicht zur Kontrazeption verordnet, sind die Altersgrenzen ausnahmsweise unbeachtlich, wenn unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung als Arzneimittel diese zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet werden. Bitte beachten Sie, dass in diesem Fall die Notwendigkeit durch einen Amtsarzt bestätigt werden muss.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel:

sind nicht beihilfefähig (Ausnahme: Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind diese Mittel beihilfefähig). Bestimmte nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind beihilfefähig, wenn sie bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als **Therapiestandard** gelten. Diese Therapiestandards sind abschließend festgelegt und beziehen sich immer auf einen bestimmten Wirkstoff in Verbindung mit einer bestimmten Indikation. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel können auch unter anderen eng beschriebenen Voraussetzungen beihilfefähig sein, z.B. zur Behandlung von auftretenden Nebenwirkungen bei der Einnahme verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Homöopathische und Anthroposophische Arzneimittel sind im Regelfall nicht beihilfefähig.

Andere Mittel:

Mittel, die nicht nach dem Arzneimittelgesetz zugelassen sind (z.B. Nahrungsergänzungen, Kosmetika, Medizinprodukte), Arzneimittel und andere Präparate, die nicht apothekenpflichtig sind (auch wenn sie ausschließlich in Apotheken vertrieben werden) sind grundsätzlich nicht beihilfefähig.

Bei Fragen oder für genauere Informationen wenden Sie sich bitte an Ihre Beihilfestelle.

Um die Beihilfefähigkeit der eingereichten Arzneimittel zügig prüfen zu können, sollten Sie vom verschreibenden Arzt die ärztliche Diagnose, aufgrund derer das Arzneimittel verordnet wurde, angeben lassen.

4.1 Arzt- oder Heilpraktikerbehandlung, Psychotherapie

Beihilfefähig sind die vom Arzt in Rechnung gestellten Kosten, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden. Im Regelfall sind die Gebührensätze der GOÄ für ärztliche Leistungen bis zum 2,3fachen Satz, für überwiegend medizinisch-technische Leistungen bis zum 1,8fachen Satz und für Laborleistungen bis zum 1,15fachen Satz der Gebührenordnung beihilfefähig. Liegt eine ausreichende personenbezogene medizinische Begründung vor, können die Kosten für die ärztliche Leistung bis zum 3,5fachen Satz, für medizinisch-technische Leistungen bis zum 2,5fachen Satz und für die Laborleistungen bis zum 1,3fachen Satz berücksichtigt werden. Andere beihilferechtliche Ansprüche bestehen auch dann nicht, wenn mit dem Arzt eine Honorarvereinbarung (Abdingung) getroffen wurde.

Kosten für ärztliche Atteste und Bescheinigungen sind nur beihilfefähig, wenn sie für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit erforderlich sind oder von der Beihilfestelle besonders angefordert werden. Kosten für die Behandlung durch Heilpraktikerinnen oder Heilpraktiker, sind auf Grundlage des Beihilferechtlichen Gebührenverzeichnisses NRW für Heilpraktikerleistungen (Anlage 4 zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5 beihilfefähig.

Ambulante psychotherapeutische Behandlungen sind bis auf fünf probatorische Sitzungen, bzw. acht probatorische Sitzungen bei analytischer Psychotherapie nur nach vorheriger Anerkennung aufgrund eines vertrauensärztlichen Gutachtens durch die Beihilfestelle, Ihrer privaten Krankenversicherung oder gesetzlichen Krankenkasse beihilfefähig.

4.2 Zahnbehandlung

Beihilfefähig sind die Honorarkosten des Zahnarztes, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung der Zahnärzte (GOZ) berechnet wurden. Im Regelfall sind die Gebührensätze der GOZ bis zum 2,3fachen Satz der Gebührenordnung beihilfefähig. Liegt eine ausreichende medizinische Begründung vor, können die Kosten bis zum 3,5fachen Satz berücksichtigt werden. Andere beihilferechtliche Ansprüche bestehen auch dann nicht, wenn mit dem Zahnarzt eine Honorarvereinbarung (Abdingung) getroffen wurde.

Zahntechnische Leistungen (§9 der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen in Höhe von **sechzig vom Hundert** beihilfefähig. Auf diesen beihilfefähigen Betrag wird der personenbezogene Bemessungssatz angewendet. Bei einer Versorgung mit Zahnersatz wird also im Regelfall von 60 % der beihilfefähigen Laborkosten eine Beihilfe von z. B. 50 oder 70% ausgezahlt.

Mehraufwendungen für **Verblendungen** (einschließlich Vollkeramikronen bzw. -brücken, z.B. im Cerec-Verfahren) sind grundsätzlich bis einschließlich Zahn 6 notwendig und damit beihilfefähig. Soweit eine Brückenversorgung über Zahn 6 hinaus reicht, sind auch diese Verblendungskosten als beihilfefähig anzuerkennen. Die zahnärztlichen Leistungen sind grundsätzlich auch bei den Zähnen beihilfefähig, bei denen die Aufwendungen nach Satz 1 nicht notwendig sind.

In der Zahnarztpraxis verwendete konfektionierte Materialien, auch Abform- und Abdruckmaterial sowie Materialien aus Metall und Keramik für ein Implantat sind beihilfefähig.

Fügen Sie der Zahnarztrechnung bitte immer die dazugehörigen Material- und Laborkostenrechnungen bei.

Aufwendungen für die Versorgung mit **Implantaten** im Zahnbereich – sowie alle damit verbundenen weiteren Aufwendungen - sind nur unter sehr engen Voraussetzungen (z.B. zahnloser Unterkiefer) **und** nach **vorheriger Anerkennung** durch die Festsetzungsstelle, in der Regel aufgrund eines amtsärztlichen Gutachtens beihilfefähig. Ist die Versorgung mit Implantaten beabsichtigt, ist es - insbesondere im Hinblick auf die Kostenhöhe - ratsam, über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen und die Höhe der Beihilfe vorab bei der Beihilfestelle anzufragen.

Wird eine Implantatversorgung gewählt, deren Kosten nicht als beihilfefähig anerkannt werden können, so werden neben den Aufwendungen für die Suprakonstruktion (Brücken, Kronen, Prothesen usw.) für insgesamt maximal 8 Implantate (je 2 für jede Kieferhälfte) je Implantat 450 EURO als beihilfefähige Aufwendungen anerkannt. Bereits durch vorhandene Implantatversorgungen ersetzte Zähne, für die kei-

ne beihilfefähige Indikation vorlag, sind hierauf anzurechnen. Eine Beihilfegewährung darüber hinaus ist nicht möglich. Mit den Pauschalbeträgen sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen einschließlich notwendiger Anästhesie und der Kosten u. a. für die Implantate selbst, die Implantataufbauten, die implantatbedingten Verbindungselemente, Implantatprovisorien, notwendige Instrumente (z.B. Bohrer, Fräsen), Membranen und Membrannägel, Knochen- und Knochenersatzmaterial, Nahtmaterial, Röntgenleistungen, Computertomographie und Anästhetika abgegolten.

Bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion einheitlich 250 EUR je Implantat - höchstens jedoch in Höhe der tatsächlichen Kosten - beihilfefähig.

4.3 Hilfsmittel

Beihilfefähig sind vom Arzt schriftlich verordnete Hilfsmittel (§ 4 Abs. 1 Nr. 10 BVO), zu denen auch Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung rechnen, sowie die Aufwendungen für Anschaffung und Reparatur. Für den **Betrieb von Hilfsmitteln** kann nur der Betrag, der 100 EUR im Kalenderjahr übersteigt, als beihilfefähig anerkannt werden. Die **Mietgebühren** für Hilfsmittel sind beihilfefähig, sofern sie insgesamt nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind.

Nicht beihilfefähig sind **Hörgerätebatterien** für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Hilfsmittel, die auch von anderen als der erkrankten Person oder auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung benutzt werden können (z.B. Bandscheibenmatratzen, Liegestühle, Gesundheitsschuhe, Fieberthermometer, Heizkissen, Bestrahlungslampen, Standfahrrad/Fahrradergometer etc.) sind nicht beihilfefähig.

Eine Liste von Hilfsmitteln, die – ärztlich verordnet – ohne vorherige Anerkennung beihilfefähig sind, ist nachfolgend aufgeführt.

Hilfsmittel, die dort nicht aufgelistet sind, und deren Kosten 1000 EUR übersteigen, sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. Übersteigen diese Kosten 2.500 EUR ist die Zustimmung des Finanzministeriums erforderlich.

Folgende ärztlich verordnete Hilfsmittel sind ohne vorherige Anerkennung dem Grunde nach beihilfefähig:

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

* = Beihilfefähigkeit durch Höchstbeträge begrenzt: Hörgeräte je Ohr 1400 EUR, Perücken 800 EUR (Neu- und Ersatzbeschaffungen von Perücken sind nur unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig. Bitte erfragen Sie diese bei Ihrer Beihilfestelle), Blutdruckmessgerät 80 EUR, Blutzuckerteststreifen (Glucoseteststreifen) 0,70 EUR je Stück.

4.4 Brillen und Kontaktlinsen

Zu ärztlich verordneten Brillen wird eine Beihilfe gewährt. Aufwendungen für die **Ersatz- oder Folgebeschaffung** einer Brille oder von Kontaktlinsen sind grundsätzlich auch dann beihilfefähig, wenn die **Refraktionsbestimmung** durch einen Optiker vorgenommen wurde. Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13,- EUR beihilfefähig. Von dieser Regelung erfasst ist jede Beschaffung von Brillen oder Kontaktlinsen, die nicht Erstbeschaffung ist.

Auf eine **ärztliche Verordnung** kann nur für die Refraktionsbestimmung verzichtet werden. Besonderheiten - wie z.B. **Tönung oder Entspiegelung** der Gläser bzw. **Kunststoff** - bedürfen immer einer ärztlichen Verordnung mit entsprechender medizinischer Begründung. Mehraufwendungen für entspiegelte Brillengläser sind nur bei höherbrechenden Gläsern ab 6 Dioptrien beihilfefähig.

Aus der Rechnung Ihres Optikers müssen der Grundpreis mineralischer Gläser und die Kosten der jeweiligen Sonderleistung hervorgehen. Sofern dies nicht aus der Rechnung hervorgeht, ist die Vorlage eines ausgefüllten Optikerformblattes notwendig. Dieses können Sie vorab bei Ihrer Beihilfestelle anfordern oder im Internet unter www.lbv.nrw.de -> Merkblätter/Vordrucke herunterladen.

Die Kosten der **Fassung** sind nicht beihilfefähig. **Einschleifkosten** beihilfefähiger Brillengläser werden bis zu einem Betrag von 11 EUR je Glas anerkannt. Die Aufwendungen für die Dickenreduzierung und Härtung von Brillengläsern sind nicht beihilfefähig.

Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung einer Sehhilfe (auch Ersatz beider Gläser z.B. wegen Beschädigung) für Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, sind allerdings nur beihilfefähig, wenn eine **Änderung der Sehschärfe** um mindestens 0,5 Dioptrien (nur **sphärischer Wert**) vorliegt. Eine Änderung liegt auch dann vor, wenn z.B. die Werte für ein Auge um 0,25 Dioptrien zugenommen und für das andere Auge um 0,25 Dioptrien abgenommen haben oder bei **Kurzsichtigkeit** sich die Sehschärfe (Visus) um mindestens 20 Prozentpunkte verbessert.

Ohne eine solche Sehschärfeänderung sind die Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung von Sehhilfen dann beihilfefähig, wenn seit der letzten beihilfefähigen Beschaffung einer Sehhilfe eine Frist von 4 Jahren verstrichen ist. Bei weichen Kontaktlinsen verkürzt sich diese Frist auf 2 Jahre. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind in diesem Fall auf max. 100 EUR je weicher Kontaktlinse und 150 EUR je Brillenglas beschränkt, wobei auch hierbei die o.g. Einschränkungen hinsichtlich der Kosten der Brille bzw. der Gläser gelten.

Kontaktlinsen (Haftschalen) können nur anerkannt werden, wenn eine Korrektur des Sehfehlers durch eine Brille nicht oder nicht ausreichend erreicht werden kann. Diese Voraussetzung ist nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen erfüllt. Sind Kontaktlinsen angeschafft worden, obwohl eine Brille als ausreichende Sehhilfe anzusehen ist, sind nur Kosten in Höhe der Aufwendungen für entsprechende Brillengläser beihilfefähig. Eine Ersatzbeschaffung bei gleichbleibender Sehschärfe ist nur bei weichen Kontaktlinsen nach Ablauf von zwei Jahren beihilfefähig. Aufwendungen für Kurzzeitlinsen (z.B. Einmülllinsen) sowie für Pflege- und Reinigungsmittel sind grundsätzlich nicht beihilfefähig.

4.5 Beförderungskosten

Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für die Beförderung des Erkrankten und, falls erforderlich, einer Begleitperson bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen (z.B. Fahrten mit der deutschen Bahn mit Sparpreis 25 entsprechend 25 % Rabatt). Gepäckbeförderungskosten sind daneben nicht gesondert beihilfefähig.

Unter Beachtung der folgenden Ausschlussgründe sind Aufwendungen für die Benutzung einer Taxe, eines Krankenwagens, Rettungshubschraubers oder Kraftwagens der beihilfeberechtigten Person oder eines Familienangehörigen beihilfefähig, wenn ärztlicherseits bescheinigt wird, dass wegen des Gesundheitszustandes der erkrankten Person ein anderes Beförderungsmittel nicht benutzt werden konnte. Achten Sie immer auf die Vorlage der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung.

Wird bei medizinischer Notwendigkeit einer Taxe oder eines Krankenwagens der Kraftwagen der beihilfeberechtigten Person oder eines Familienangehörigen (nicht eines Bekannten oder Nachbarn) für Fahrten der erkrankten Person benutzt, sind die entstandenen Aufwendungen unabhängig von der Zahl der beför-

dernten Personen und dem Umfang des mitgeführten Gepäcks, bis 0,30 EUR je gefahrenen Kilometer beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind z.B. Aufwendungen für:

- die Mitnahme weiterer Personen bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
- die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bei einfachen Entfernungen bis zu 30 Kilometern,
- die Mehrkosten für Hin- und Rückfahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung nach objektiven Gesichtspunkten mit gleicher Erfolgsaussicht möglich wäre.

Zu den Beförderungskosten, die ins oder im Ausland entstehen sowie der Rücktransport aus dem Ausland, siehe unter 7 (Auslandskosten).

4.6 Krankenhaus

Bei einer stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung sind die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen (DRG-Pauschalen) in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, beihilfefähig,

Wird ein Krankenhausaufenthalt in einem Krankenhaus durchgeführt, das nicht nach § 108 SGB V zugelassen ist, z.B. bestimmte Privatkliniken, so sind nur die vergleichbaren Aufwendungen, die bei einer medizinisch gleichwertigen Behandlung in der dem Behandlungsort nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik) entstanden wären, beihilfefähig. Pro Tag wird ein darüber hinaus gehender Selbstbehalt in Höhe von 25 EUR täglich in Abzug gebracht.

Als **Wahlleistungen** (Selbstbehalte bei Wahlleistungen siehe unter Nr. 3.1) sind **Arztkosten**, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung der Ärzte - GOÄ - abgerechnet werden, sowie die Kosten für gesondert berechnete **Unterkunft** bis zu der zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung und der deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbarten Höhe beihilfefähig. Mehraufwendungen für die Inanspruchnahme eines **Einbettzimmers** sind nicht beihilfefähig. Ersatzweise werden dann aber die Kosten eines Zweibettzimmers als beihilfefähig anerkannt.

Wurde ein Einbettzimmer in Anspruch genommen, so fügen Sie der Pflegesatzrechnung eine entsprechende Preisliste des Krankenhauses (meist Tarifauszug, der bei Einweisung ausgehändigt wird) über die Kosten eines Zwei- oder Mehrbettzimmers bei.

Eine stationäre Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) ist zu unterscheiden von einer Behandlung in einer Anstalt, die nach der Beihilfeverordnung als Rehabilitationseinrichtung bezeichnet wird. In Krankenhäusern werden üblicherweise keine kurähnlichen Behandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt.

4.7 Rehabilitationsmaßnahmen

Die Beihilfebestimmungen unterscheiden zwischen stationären Rehabilitationsmaßnahmen, ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren sowie Müttergenesungs- bzw. Mutter/Vater-Kind Kuren.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Die Abgrenzung einer Rehabilitationsmaßnahme (§§ 6, 6a und 7 BVO) von einem stationären Krankenhausaufenthalt (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) besteht darin, dass im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen Spezialbehandlungen, vorwiegend nachgehende Behandlungen chronischer Leiden oder Nachbehandlungen von Genesenden durchgeführt werden, insbesondere mit Mitteln der physikalischen Therapie (Anwendungen z.B. Massagen), durch Bewegungstherapie oder durch besondere Formen der Ernährung. Auf derartige Behandlungen sind Akutkrankenhäuser in der Regel nicht eingerichtet.

Suchen Sie eine sogenannte gemischte Anstalt auf, in der sowohl stationäre Krankenhausbehandlungen als auch Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden können, ist für die Beihilfefestsetzung entscheidend, welche Art der Behandlung überwogen hat und in welchem organisatorischen Bereich die Unterbringung (Krankenhaus- oder Rehabilitationsabteilung) stattgefunden hat.

Handelt es sich tatsächlich um einen Krankenhausaufenthalt, so sind die Ausführungen unter Punkt 4.6 (Krankenhaus) zu beachten. In solchen Zweifelsfällen empfiehlt es sich, vor Antritt der Maßnahme eine vorherige Anerkennung bzw. Klärung bei der Beihilfestelle zu erwirken.

Voraussetzung für die grundsätzliche Anerkennung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist, dass ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, Kuren oder andere ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind.

Reichen Sie zunächst einen formlosen Antrag und eine ärztliche Bescheinigung (aus der hervorgehen muss, warum ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, Kuren oder andere ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind) ein. Die Beihilfestelle wird die Notwendigkeit der stationären Rehabilitationsmaßnahme durch den zuständigen **Amtsarzt** prüfen lassen, der ggf. einen Untersuchungstermin festsetzt.

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (§ 6 BVO) muss vor Beginn durch die Beihilfestelle anerkannt werden. Eine nachträgliche Anerkennung ist nicht möglich, auch nicht ausnahmsweise! Weitere Voraussetzung ist, dass die Maßnahme in einer Einrichtung durchgeführt wird, die die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfüllt. Zu dieser Frage wird dem Antragsteller im Voranerkennungsverfahren eine Erklärung übersandt, die die behandelnde Einrichtung ausfüllt. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, kann keine Beihilfe zu Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und Beförderungskosten gezahlt werden.

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme wird nicht anerkannt, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine beihilferechtlich anerkannte stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme, eine Kur oder eine Müttergenesungs- oder Mutter-/Vater-Kind Kur durchgeführt wurde. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt oder ein Vertrauensarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwerer Fall von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet.

Wird die Maßnahme anerkannt, so sind neben den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung die Kosten für das amtsärztliche Gutachten, Beförderungskosten (Pauschalen), ärztliche Behandlung, medizinische Heilanwendungen, ärztlichen Schlussbericht und Kurtaxe beihilfefähig.

Die Anerkennung wird für eine Behandlungsdauer von 23 Kalendertagen einschließlich der Reisetage ausgesprochen, und kann während des Aufenthaltes – sofern zwingende medizinische Gründe vorliegen – aufgrund eines Notwendigkeitsattestes des behandelnden Arztes der Einrichtung verlängert werden. Die Maßnahme muss spätestens sechs Monate nach Zugang des Bescheides angetreten werden.

Die Kosten für **Unterkunft und Verpflegung** und Behandlung sind in Höhe der Preisvereinbarung (Pauschale), die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat, beihilfefähig. Werden neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung Leistungen für ärztliche Behandlungen, Heilbehandlungen oder Arzneimittel in Rechnung gestellt, ist die Pauschale um 30 vom Hundert zu kürzen; der Restbetrag ist beihilfefähig.

Sofern die von Ihnen gewählte Einrichtung nicht über eine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger verfügt, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens aber 104 EUR täglich, beihilfefähig.

Für die **Beförderungskosten** gelten nachfolgende Regeln:

Bei Personen mit Wohnsitz in NRW:

- für eine Behandlung innerhalb von NRW wird ein **Zuschuss** von einmal pauschal 50 EUR gewährt,
- für eine Behandlung außerhalb NRW ebenfalls 50 EUR; bestätigt der Amtsarzt im Voranerkennungsverfahren, dass der Heilerfolg nur durch eine Maßnahme außerhalb von NRW erreicht werden kann, so wird in diesem Fall ein **Zuschuss** von 100 EUR gewährt.

Bei Personen mit Wohnsitz außerhalb von NRW:

- pauschal einmal 100 EUR, höchstens aber die tatsächlichen Kosten.

Treten mehrere Personen die Rehabilitationsmaßnahme gleichzeitig mit einem privaten Personenkraftwagen an, wird der Zuschuss für die erste Person zu 100% und für den Mitfahrer zu 50% gewährt.

Die Kosten einer **Begleitperson** können wie folgt berücksichtigt werden: Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, sowie bei Kin-

dern, die aus medizinischen Gründen einer Begleitperson bedürfen und bei denen der Amtsarzt die Notwendigkeit der Begleitung bestätigt hat, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Kurtaxe der **Begleitperson** bis zu 55 EUR täglich beihilfefähig. Bezüglich der Fahrkosten gelten vorstehende Regelungen entsprechend.

Stationäre Anschlussheilbehandlung

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (§ 6 BVO), nach einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme - ggf. auch nachträglich - anerkannt werden, wenn der Krankenhausarzt deren Notwendigkeit bescheinigt und die Maßnahme spätestens einen Monat nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Bezüglich aller weiteren Faktoren gelten die vorgenannten Hinweise zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme.

Stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-/Vater-Kind Kuren

Voraussetzung für die grundsätzliche Anerkennung ist, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen nicht ausreichend sind. Reichen Sie zunächst einen formlosen Antrag und eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ein. Die Beihilfestelle wird die Notwendigkeit der Maßnahme durch den zuständigen **Amtsarzt** prüfen lassen, der ggf. einen Untersuchungstermin festsetzt.

Stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-/Vater-Kind Kuren (§ 6a BVO) müssen vor Beginn durch die Beihilfestelle anerkannt werden. Eine nachträgliche Anerkennung ist nicht möglich, auch nicht ausnahmsweise! Weitere Voraussetzung ist, dass die Maßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder in einer Einrichtung, die die Voraussetzungen nach §111a SGB V erfüllt, durchgeführt wird. Zu dieser Frage wird dem Antragsteller im Voranerkennungsverfahren eine Erklärung übersandt, die die behandelnde Einrichtung ausfüllt. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, kann keine Beihilfe zu Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und Beförderungskosten gezahlt werden.

Eine stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind Kur wird nicht anerkannt, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine beihilferechtlich anerkannte stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme oder eine Kur durchgeführt wurde.

Wird die Maßnahme anerkannt, so sind neben den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung die Kosten für das amtsärztliche Gutachten, Beförderungskosten (Pauschalen), ärztliche Behandlung, medizinische Heilanwendungen, ärztlichen Schlussbericht und Kurtaxe beihilfefähig.

Die Anerkennung wird für eine Behandlungsdauer von 23 Kalendertagen (bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen) einschließlich der Reisetage ausgesprochen. Eine Verlängerung ist nicht möglich. Die Maßnahme muss spätestens sechs Monate nach Zugang des Bescheides angetreten werden.

Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen entspricht im Weiteren dem der v. g. stationären Rehabilitationsmaßnahme.

Ambulante Kuren

Voraussetzung für die grundsätzliche Anerkennung ist, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb der Kurmaßnahme wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind. Reichen Sie zunächst einen formlosen Antrag und eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ein.

Die Beihilfestelle wird die Notwendigkeit der Maßnahme durch den zuständigen **Amtsarzt** prüfen lassen, der ggf. einen Untersuchungstermin festsetzt.

Eine ambulante Kur (§7 BVO) muss vor Beginn durch die Beihilfestelle anerkannt werden. Eine nachträgliche Anerkennung ist nicht möglich, auch nicht ausnahmsweise! Liegt diese Voraussetzungen nicht vor, kann keine Beihilfe zu Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und Beförderungskosten gezahlt werden. Eine Kur wird nicht anerkannt, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine beihilferechtlich anerkannte stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme oder eine Kur durchgeführt wurde. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt oder ein Vertrauensarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwerer Fall von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet.

Wird die Maßnahme anerkannt, so wird zu den Fahrtkosten, den Aufwendungen für Kurtaxe sowie Unterkunft und Verpflegung ein Zuschuss von 30 EUR täglich gewährt. Daneben sind die Kosten des amtsärztlichen Gutachtens sowie für ärztliche Behandlung und ärztliche verordnete Arzneimittel und Heilanwendungen beihilfefähig.

Die Anerkennung wird für eine Behandlungsdauer von 23 Kalendertagen einschließlich der Reisetage ausgesprochen. Eine Verlängerung ist nicht möglich. Die Maßnahme muss spätestens sechs Monate nach Zugang des Bescheides angetreten werden.

Um die Aufwendungen anerkennen zu können, muss die Maßnahme unter ärztlicher Leitung in einem Ort des vom Finanzministerium aufgestellten Kurortverzeichnis durchgeföhrt werden. Nach Abschluss der Maßnahme muss die ordnungsgemäße Durchföhrtung der Maßnahme durch Vorlage eines Schlussberichtes oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen werden.

Die Voraussetzungen für die Anerkennung einer **Begleitperson** entsprechen denen der stationären Rehabilitationsmaßnahme. Zu den Kosten einer Begleitperson (Unterkunft und Verpflegung und Kurtaxe sowie Fahrtkosten) wird unter diesen Voraussetzungen ein Zuschuss von 20 EUR täglich gewährt.

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen

Voraussetzung für die grundsätzliche Anerkennung ist, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind. Reichen Sie zunächst einen formlosen Antrag und eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ein.

Die Beihilfestelle wird die Notwendigkeit der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme durch den zuständigen **Amtsarzt** prüfen lassen, der ggf. einen Untersuchungstermin festsetzt.

Eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme (§ 7 BVO) muss vor Beginn durch die Beihilfestelle anerkannt werden. **Eine nachträgliche Anerkennung ist nicht möglich, auch nicht ausnahmsweise!** Weitere Voraussetzung ist, dass die Maßnahme in einer Einrichtung durchgeföhrt wird, die mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag geschlossen hat. Zu dieser Frage wird dem Antragsteller im Voranerkennungsverfahren eine Erklärung übersandt, die die behandelnde Einrichtung ausfüllt. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, kann keine Beihilfe zu den Aufwendungen der Rehabilitationsmaßnahme gewährt werden.

Eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme wird nicht anerkannt, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine beihilferechtlich anerkannte stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme oder eine Kur durchgeföhrt wurde. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt oder ein Vertrauensarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwerer Fall von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet.

Wird die Maßnahme anerkannt, so sind die Aufwendungen für Arzneimittel, ärztliche Behandlung und Heilanwendungen beihilfefähig. Werden die Kosten pauschal in Rechnung gestellt, so sind diese in Höhe der mit einem Sozialversicherungsträger geschlossenen Vereinbarung beihilfefähig. Nebenkosten [z.B. Verpflegungs- und Unterbringungskosten (Ruheraum), Kurtaxe] sind – soweit sie in der Preisvereinbarung nicht enthalten sind – bis zu einem Betrag von insgesamt 20 EUR täglich beihilfefähig. Notwendige Fahrtkosten sind bis zu einem Betrag von 40 EUR täglich beihilfefähig, sofern die Einrichtung nicht über einen kostenlosen Fahrdienst verfügt.

Die Anerkennung wird für eine Behandlungsdauer von 20 Behandlungstagen (bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen) ausgesprochen. Eine Verlängerung ist nur möglich, wenn aus dringenden medizinischen Gründen in Zusammenhang mit neuropsychologischen Behandlungen (z.B. Schlaganfallpatient) eine Verlängerung der Behandlung geboten erscheint. In diesem Fall kann die Beihilfestelle einer Verlängerung bis zu weiteren 20 Behandlungstagen zustimmen.

Die Maßnahme muss spätestens sechs Monate nach Zugang des Bescheides angetreten werden.

Ist eine **Begleitperson** aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig und hat der Amtsarzt die Notwendigkeit bestätigt, so sind die Nebenkosten der Begleitperson[(z.B. Verpflegungs- und Unterbringungskosten (Ruheraum), Kurtaxe, Fahrtkosten) – soweit diese in der Pauschale nicht enthalten sind – bis zu einem Betrag von insgesamt 20 EUR täglich beihilfefähig.

Ambulante Anschlussheilbehandlung

Im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation (§ 7 Abs. 4 BVO) nach einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) kann eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme - ggf. auch nachträglich - anerkannt werden, wenn der Krankenhausarzt deren Notwendigkeit bescheinigt und die Maßnahme spätestens einen Monat nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung beginnt.

Bezüglich aller weiteren Faktoren gelten die vorgenannten Hinweise zu einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme.

Wird eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme, eine Kur oder eine stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind Kur anerkannt, so bedeutet dies nicht, dass sämtliche während der Maßnahme anfallenden Kosten beihilfefähig sind. Nicht berücksichtigt werden z.B. Aufwendungen für wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden. Liegt der Schwerpunkt der Maßnahme auf solchen Methoden -z.B. Frischzellen- oder Ozonbehandlung-, kann ggf. der gesamte Aufenthalt nicht als notwendig und somit nicht als beihilfefähig angesehen werden.

5 Pflegebedürftigkeit, Pflegehilfsmittel

Sofern Sie pflegebedürftig sind oder werden, erhalten Sie grundsätzlich eine Beihilfe (§ 5 BVO) zu einer häuslichen Pflege, zu Pflegehilfsmitteln oder aber zu den Kosten einer stationären Pflege.

Die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe trifft die private Pflegeversicherung oder die gesetzliche Pflegekasse. Die Beihilfestelle übernimmt diese Entscheidung. Legen Sie daher immer den Grundbescheid über die Pflegestufe vor. Sind Sie nicht pflegeversichert, richten Sie einen formlosen Antrag auf Feststellung der Pflegestufe unter Beifügung einer ärztlichen Bescheinigung direkt an die Beihilfestelle. Der Amtsarzt wird dann die Einstufung der Pflegebedürftigkeit vornehmen. Entstehen Kosten für eine ärztlich verordnete medizinische Behandlungspflege (nicht Grundpflege), so sind diese Kosten grundsätzlich beihilfefähig.

Auf Wunsch erhalten Sie ein Informationsblatt.

6 Unfall

Sofern Aufwendungen entstehen, die unfallbedingt sind (hierzu zählen auch häusliche Unfälle), teilen Sie dies bitte im Beihilfeantrag unter dem Punkt 6e mit, da durch die Beihilfestelle zu prüfen ist, ob und inwieweit Schadenersatzansprüche bestehen. Beruht der Unfall ausschließlich auf **Selbstverschulden**, reicht in der Regel die kurze Darstellung auf dem Beihilfeantrag.

Sollten Sie jedoch einen **Schadenersatzanspruch** (§ 3 Abs. 4 BVO) gegen eine dritte Person haben, fordern Sie bitte bei der Beihilfestelle das **Formblatt „Unfallbericht“** an. Diesen erhalten Sie auch unter www.lbv.nrw.de -> Merkblätter/Vordrucke. Legen Sie diesen ausgefüllten Bericht mit einem Beihilfeantrag und allen unfallbedingten Kostenbelegen vor. Fügen Sie Beihilfeanträgen mit nicht unfallbedingten Kosten keine Unfallbelege bei, sondern stellen Sie hierfür bitte immer einen gesonderten Antrag.

7 Auslandskosten

Aufwendungen für eine Krankenbehandlung oder Entbindung im Ausland (§ 10 BVO), z.B. während eines Urlaubs oder bei Personen mit Wohnsitz im Ausland, sind nur bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung oder Entbindung am inländischen Wohnort oder letzten früheren Dienstort des Beihilfeberechtigten beihilfefähig wären.

Dieser Kostenvergleich entfällt bei in

- einem Mitgliedstaat der europäischen Union -EU-,
- einem Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum -EWR- oder
- der Schweiz

entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in **öffentlichen** Krankenhäusern.

Ein Kostenvergleich entfällt ebenfalls bei einer Behandlung im Ausland innerhalb oder außerhalb der EU oder des EWR, wenn die Kosten je Krankheitsfall (gesamte Krankenbehandlung) den Betrag von 1000 EUR nicht übersteigen.

Beförderungskosten, die bei einer Behandlung im Ausland entstehen, sind, wie unter Nr. 4.5 (Beförderungskosten) dieses Merkblattes beschrieben, beihilfefähig.

Beachten Sie jedoch bitte, dass Beförderungskosten in Gebiete außerhalb

- der europäischen Union -EU-,
- eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder
- der Schweiz oder
- Rücktransportkosten aus diesen Gebieten

nicht beihilfefähig sind.

Dies gilt beispielsweise auch dann, wenn der Rücktransport medizinisch notwendig ist. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person anlässlich eines Unfalles oder einer Erkrankung im Ausland noch mit erheblichen Kosten belastet bleibt, wird aus diesem Grunde dringend angeraten, für einen Auslandsaufenthalt eine entsprechende private **Auslandsreisekrankenversicherung** abzuschließen. Wird eine Auslandskrankenversicherung abgeschlossen, sind die jährlichen Versicherungsbeiträge bis zu einem Betrag von 10 EUR für den Beihilfeberechtigten und für jede berücksichtigungsfähige Person beihilfefähig.

Sonderregelung:

Ist eine Behandlung im Ausland dringend notwendig und im Inland kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten, sind die Aufwendungen - nach vorheriger Anerkennung aufgrund eines amtsärztlichen Gutachtens - ohne besondere Beschränkung beihilfefähig. Auch zu den notwendigen Beförderungskosten werden in diesem Fall Beihilfen gewährt.

Beachten Sie bitte, dass allen Auslandsbelegen, die nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, eine ausreichende Übersetzung (Kosten nicht beihilfefähig) beigelegt ist. Beispielsweise ist die Art der Behandlung (z.B. Beratung, Untersuchung, Injektion u. a.) anzugeben, damit ggf. eine Vergleichsberechnung zu den GOÄ-/GOZ-Gebühren vorgenommen werden kann.

Rechnungsbeträge in ausländischer Währung werden am Tag der Beihilfefestsetzung mit dem amtlichen Devisen-Wechselkurs in EUR umgerechnet, sofern der tatsächliche Umrechnungskurs nicht z.B. durch Umtauschbestätigung der Bank nachgewiesen wird.

8 Beihilfe im Todesfall

Da beim Tode der beihilfeberechtigten Person der Anspruch auf Beihilfe in der bisherigen Form erlischt, kann unter den nachstehend genannten Voraussetzungen für Ehegatten, eingetragene Lebenspartner(innen), Kinder und Erben ein eigener Beihilfeanspruch entstehen.

Eine Beihilfe zu Krankheitskosten sowie den Überführungskosten der verstorbenen beihilfeberechtigten Person erhält auf Antrag derjenige, der die Rechnungen der Kostenbelege zuerst einreicht.

Zu den Kosten aus Anlass des Todes (§ 11 Abs. 1 BVO) wird keine Beihilfe gewährt. Nur die Kosten für die Überführung der Leiche oder Urne (§ 11 Abs. 2 BVO) können beihilfefähig sein. Darüber hinaus wird zu den beihilfefähigen Aufwendungen, die der verstorbenen Person entstanden waren (§ 14 BVO), eine Beihilfe gewährt. Dies sind zu Lebzeiten entstandene Aufwendungen, die der verstorbenen Person noch nicht mit einem Beihilfebescheid erstattet wurden. Hierzu gehören auch Pflegeaufwendungen.

9 Informationen für gesetzlich Krankenversicherte Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige

In diesem Abschnitt werden - in Verbindung mit den sonstigen Ausführungen unter Punkt 1 bis 8 - die Besonderheiten bei der Gewährung von Beihilfen ausschließlich für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in der gesetzlichen Krankenkasse erläutert, jedoch können nicht alle Möglichkeiten ausreichend dargestellt werden, daher werden nur die gängigen Varianten erklärt. In Zweifelsfällen wenden Sie sich bitte - auch telefonisch während der Sprechzeiten - an die Beihilfestelle.

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.

Beihilfefähige Aufwendungen

Erhält eine Beihilfeberechtigte oder eine berücksichtigungsfähige Person eine **Sachleistung** oder eine **Dienstleistung**, werden **keine** Beihilfen gezahlt.

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

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 Geldleistungen bei

- künstlicher Befruchtung (§ 27 a SGB V),
- kieferorthopädischer Behandlung (§ 29 SGB V),
- Arznei und Verbandmitteln (§ 31 Abs. 1 u. 2 SGB V),
- Heilmitteln (§ 32 SGB V),
- Hilfsmitteln (§ 33 SGB V),
- häuslicher Krankenpflege (§ 37 Abs. 4 SGB V),
- Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 SGB V) sowie
- die Leistungen aufgrund der Bestimmungen über die vollständige oder teilweise Kostenbefreiung (§§ 61, 62 SGB V).

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, sowie Aufwendungen, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des **Festbetrags** nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übernimmt.

Praxisgebühren und **Zuzahlungen** beispielsweise zu Arznei- und Verbandmitteln, Beförderungskosten, Heilmitteln (z.B. Massagen, Krankengymnastik und medizinischen Bädern), bei vollstationärer Krankenhausbehandlung, sowie bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind ebenfalls nicht beihilfefähig.

Dies bedeutet, dass für **freiwillig** und **pflichtversicherte** 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 Zahnersatz- oder Heilpraktikerkosten, bei dauernder Pflege oder wenn Sie sich in privatärztliche ambulante Behandlung begeben.

Berechnung der Beihilfen

Hinsichtlich der Berechnung der Beihilfen ist folgendes zu beachten:

Bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen,

- die auf Grund einer Beschäftigung pflichtversichert
- oder nach dem 31.12.1993 erstmals in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert oder freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und dem Grunde nach einen Anspruch auf einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag haben,

ist die **zustehende** Leistung der Krankenkasse (nicht Pflegeversicherung) von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen.

Auch bei **privat Versicherten**, denen tatsächlich **ein Arbeitgeberzuschuss nach § 257 SGB V** gewährt wird, wird die Beihilfe nach Abzug der zustehenden Leistung der Versicherung berechnet.

Wird die Leistung der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen, ist die Beihilfe so zu berechnen, als wenn die Krankenkasse Leistungen erbracht hätte. Dieser fiktive Leistungsbetrag der Krankenkasse muss vom Beihilfeberechtigten durch eine Bescheinigung der Krankenkasse nachgewiesen werden. Wird der Nachweis nicht erbracht, sind fiktiv 50 v.H. des Rechnungsbetrages als Kassenleistung abzusetzen.

Auf den nach Abzug der Kassenleistung verbleibenden Restbetrag wird der personenbezogene Bemessungssatz angewandt (Restkostenbeihilfe).

Beispiel:

Beihilfefähige Aufwendungen:	100,00 EUR
abzüglich Leistung der Krankenkasse:	<u>/ . 50,00 EUR</u>
verbleiben als beihilfefähig:	50,00 EUR
bei einem personenbezogenen Bemessungssatz von 70 v.H. ergibt sich als Beihilfebetrag:	35,00 EUR

Zum personenbezogenen Bemessungssatz wird auf Nr. 2 des Merkblattes Beihilfe verwiesen. Hier ist zu beachten, dass eine **Absenkung** des Bemessungssatzes um 10 v. H. für Personen, die nach dem 31.12.1993 erstmals in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert sind, nicht in Betracht kommt.

Bei Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen, die **vor dem 01.01.1994** erstmalig in der Krankenversicherung der Rentner **pflichtversichert** waren, sowie bei **freiwillig** in gesetzlichen Krankenkassen **versicherten** (ohne Arbeitgeberzuschuss) werden zu den gesamten Aufwendungen Beihilfen gewährt, falls die Kasse keine Sachleistungen oder den Sachleistungen gleichgestellte Leistungen erbringt (vgl. Ziff. 1). Auf die beihilfefähigen Aufwendungen wird der personenbezogene Bemessungssatz angewandt (siehe Nr. 2 des Merkblattes). Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind nur im Rahmen der Höchstbetragsberechnung zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Landesamt für Besoldung und Versorgung