

Informationsblatt über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, und Geburtsfällen an Beamtinnen, Beamte, Ruhestandsbeamtinnen, Ruhestandsbeamte, Hinterbliebene, Angestellte, Arbeiterinnen und Arbeiter

Die Beihilfegewährung richtet sich in Niedersachsen nach § 80 Niedersächsisches Beamten-gesetz (NBG) und § 87c NBG (in der am 31.03.2009 geltenden Fassung) i. V. m. den Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) in der Fassung vom 01.11.2001, zuletzt geändert durch Rundschreiben vom 30.01.2004.

Dieses Informationsblatt soll Ihnen einen Überblick über wesentliche Inhalte des Beihilferechts geben. Ansprüche irgendwelcher Art können Sie aus diesen Hinweisen nicht herleiten. Auf Einzelfälle kann dieses Informationsblatt naturgemäß nicht eingehen. Im Zweifel setzen Sie sich bitte mit Ihrer Beihilfefestsetzungsstelle in Verbindung.

Beihilfberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 80 Abs. 1 u. 2 NBG, §§ 2 u. 3 BhV)

Beamtinnen, Beamte, Ruhestandsbeamtinnen und – beamte sowie deren Witwen, Witwer, Waisen und hinterbliebene Lebenspartnerinnen und 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, Beurlaubung unter einem 1 Monat, in den ersten sechs Monaten eines Urlaubs zur Pflege naher Angehöriger).

Nicht beihilfberechtigt sind Beamtinnen und 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.

Beschäftigte, deren Beschäftigungsverhältnisse vor dem 01.01.99 begründet worden sind und ununterbrochen bestehen, haben grundsätzlich einen Anspruch auf Beihilfen aufgrund der geltenden tariflichen Bestimmungen (Protokollnotiz zu § 13 TVÜ-L sowie in sinngem. Anwendung des Tarifvertrages vom 26.05.1964, § 40 BAT bzw. § 46 MTA) in entsprechender Anwendung der Vorschriften für Beamtinnen und Beamte. Pflichtversicherte sind grundsätzlich auf die ihnen zustehenden Sach- und Dienstleistungen (Behandlungen auf Chipkarte) angewiesen. Beihilfen sind bei diesem Personenkreis nur für Aufwendungen bei Zahnersatzmaßnahmen und Heilpraktikerbehandlungen möglich. Bei freiwilligen Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenversicherung ist der Beihilfeanspruch u.a. abhängig von der Ausgestaltung des Versicherungsverhältnisses. In diesen Fällen ist eine Abklärung der Erstattungsansprüche im Einzelfall erforderlich. Nicht vollbeschäftigte Beschäftigte erhalten eine zustehende Beihilfe nur anteilig im Verhältnis ihrer Stundenzahl zu einer Vollbeschäftigung. Es besteht in keinem Fall ein Anspruch auf Beihilfe bei dauernder Pflegebedürftigkeit.

Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

- die Ehegattin, der Ehegatte, die eingetragene Lebenspartnerin oder der eingetragene Lebenspartner, ausgenommen solche von Waisen, soweit sie nicht selbst beihilferechtigt sind,
- die im Familienzuschlag berücksichtigungsfähigen Kinder, soweit sie nicht aus eigenem Recht beihilfberechtigt sind,
- Kinder, die nach dem 31.12.2006 nicht mehr im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig sind, wenn sie seit dem 31.12.2006 ununterbrochen an einer Hochschule eingeschrieben sind, solange das Studium andauert, längstens jedoch bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie nach den bis zum 31.12.2006 geltenden Vorschriften im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig gewesen wären (sh. auch Informationsblatt zur Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern nach Vollendung des 25. Lebensjahres).

Für Aufwendungen von Ehegatten/eingetragenen Lebenspartnern ist besonders zu beachten:

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen von Ehegatten/Lebenspartnern, wenn ihr Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im vorletzten Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 EUR überstiegen hat oder im Kalenderjahr der Antragstellung 18.000 EUR übersteigt.

Beihilfefähige Aufwendungen (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 5 BhV)

Beihilfefähig sind die nachstehend genannten Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig (daher ist grundsätzlich die Diagnose erforderlich), der Höhe nach angemessen sind und die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist. Über die Notwendigkeit und Angemessenheit entscheidet die Beihilfefestsetzungsstelle, sie kann hierzu ein amts- oder vertrauensärztliches (-zahnärztliches) Gutachten einholen.

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ). Angemessen sind grundsätzlich die Schwellenwerte (1,15-facher Gebührensatz für Laborleistungen, 1,8-facher Gebührensatz für medizinisch-technische Leistungen bzw. 2,3-facher Gebührensatz für persönliche ärztliche Leistungen). Überschreitungen bis zum 1,3-, 2,5- bzw. 3,5-fachen Satz bedürfen einer besonderen Begründung. Aus der Begründung müssen die individuellen Besonderheiten des Krankheitsfalles, die für die Erhöhung des Steigerungsfaktors maßgebend sind, enthalten sein. Allgemeine, abstrakte Hinweise sind nicht ausreichend. Begründungen, wie z. B. „schwierige Leistungen“, „besonders zeitaufwendig“, „besondere Umstände“ sowie in der GOÄ und GOZ bereits berücksichtigte Bewertungskriterien sind keine Besonderheiten, die eine Überschreitung der Höchstgrenze rechtfertigen. Die Angemessenheit der Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH), wobei Aufwendungen bis zur Höhe des Mindestsatzes der GebüH, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen angemessen sind.

Nicht beihilfefähig sind insbesondere

- Sach- und Dienstleistungen, die in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder einer Ersatzkasse Versicherte (Pflicht- oder auch freiwillige Mitglieder) auf Grund ihres Versicherungsverhältnisses beanspruchen können und die so ausgestaltet sind, dass ihnen bei Inanspruchnahme grundsätzlich keine Aufwendungen entstehen.
- gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel.
- Aufwendungen für Beamtinnen oder Beamte, denen Heilfürsorge zusteht (z. B. Polizeidienst).
- Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit von nahen Angehörigen (Ehegatte, Kinder und Eltern des Behandelten). Entstandene Sachkosten sind beihilfefähig.

Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 6 BhV)

Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen sowie Leistungen eines Heilpraktikers. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV.

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Die entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik - außer Glaskeramik - sind in Höhe von 40 v. H. beihilfefähig.

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur bei bestimmten Krankheitsbefunden beihilfefähig. Außerdem ist die Vorlage des erhobenen Befundberichts mit dem nach Nr. 800 GOZ vorgeschriebenen Formblatt erforderlich. Aufwendungen für vier Implantate pro Kiefer einschl. bereits vorhandener Implantate sind beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind u. a. Aufwendungen für

- große Brücken zum Ersatz von mehr als vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder mehr als drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet,
- Leistungen, die auf Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ erbracht werden,
- Glaskeramik einschließlich Nebenkosten,
- Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen für Beamtinnen und Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist. Dies gilt ferner nicht, wenn die oder der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

Psychotherapeutische Behandlung (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

Aufwendungen für tiefenpsychologische fundierte und analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie sind u. a. nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle **vor Beginn** der Behandlung die Beihilfefähigkeit auf Grund eines Gutachterverfahrens anerkannt hat.

Bei Ihrer Beihilfestsetzungsstelle erhalten Sie im Bedarfsfall ein entsprechendes Informationsblatt sowie einen Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

Arznei- und Verbandmittel (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 6 Abs. 1 Nr. 2 BhV)

Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel sind, sofern sie von einer/einem Ärztin/Arzt, Zahnärztin/Zahnarzt oder Heilpraktikerin/Heilpraktiker vorher schriftlich verordnet oder von diesen bei der Behandlung selbst verbraucht werden, grundsätzlich beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind in der Regel Aufwendungen für **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel** sowie sonstige, in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr verordnungsfähige Arzneimittel (z. B. Husten- und Schnupfenmittel oder Abmagerungsmittel). Diese Einschränkung gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Kinder mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Als entwicklungsgestört gelten Kinder, die körperlich, geistig oder seelisch erheblich von der Altersnorm abweichen. Dies muss der behandelnde Arzt unter Angabe der Diagnose bescheinigen und begründen. Arzneimittel müssen auf dem Rezept eine siebenstellige Pharmazentralnummer (PZN) enthalten, die von den Apotheken eingetragen wird. Nur bei Medikamenten, die im Ausland bezogen werden, ist die Angabe der PZN nicht erforderlich.

Aufwendungen für empfangnisregelnde Mittel für Personen nach Vollendung des 20. Lebensjahres sind nur zur Behandlung einer Krankheit beihilfefähig.

Zu Eigenbehalten siehe Abzugsbeträge und Belastungsgrenzen - § 80 Abs. 6 NBG u. § 12 BhV.

Heilbehandlung (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 6 Abs. 1 Nr. 3 BhV)

Die nach vorheriger ärztlicher Verordnung entstandenen Aufwendungen für Heilbehandlungen sind im Rahmen geltender Höchstbeträge beihilfefähig.

Hierzu gehören insbesondere Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie.

Die Heilbehandlungen müssen von einem staatlich anerkannten Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur oder Masseurin und medizinischen Bademeister oder Podologen durchgeführt werden.

Hilfsmittel (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 6 Abs. 1 Nr. 4 BhV)

Hilfsmittel sind Gegenstände, die möglichst weitgehend die Aufgaben eines nicht oder nicht voll funktionsfähigen Körperorgans übernehmen oder ausgefallene oder verminderte Körperfunktionen ergänzen oder erleichtern. Hilfsmittel müssen **vor** der Beschaffung ärztlich verordnet werden und geeignet sein, die Folgen eines regelwidrigen Körperzustandes zu lindern, zu bessern, zu beheben oder zu beseitigen. Beihilfefähig sind die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle - ggf. im Rahmen von Höchstbeträgen -, wenn sie ärztlich verordnet und in einem besonderen Katalog (Anlage 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 BhV) aufgeführt sind.

Kosten für Betrieb und Unterhaltung von Hilfsmitteln und Geräten sind nur beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 100 EUR hinausgehen. Für Reparaturen ist keine ärztliche Verordnung erforderlich. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben. Gegenstände, die der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind (z. B. Bandscheibenmatratzen, Bestrahlungslampen, Blutdruckmessgeräte, Fieberthermometer, Fitnessgeräte, Gesundheitsschuhe, Heizkissen und -decken, Mundduschen, elektrische Zahnbürsten, staubdichte Matratzenbezüge, Bettwäsche für Allergiker, Rheumawäsche, Wärmedecken und -flaschen) sind keine Hilfsmittel im Sinne der BhV.

Zu Eigenbehalten siehe Abzugsbeträge und Belastungsgrenzen - § 80 Abs. 6 NBG u. § 12 BhV.

Sehhilfen (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 6 Abs. 1 Nr. 4 BhV)

Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen sind beihilfefähig für

- **Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres** und
- **Erwachsene, deren Sehschärfe auf jedem Auge bei bestmöglicher Korrektur trotz Verwendung von Sehhilfen maximal 30 % beträgt** oder die unter erheblichen Gesichtsfeldausfällen leiden.

Für diesen Personenkreis sind die Aufwendungen für die Beschaffung von Brillen und unter besonderen Voraussetzungen für Kontaktlinsen im Rahmen von Höchstbeträgen beihilfefähig, wenn bei der erstmaligen Beschaffung eine vorherige schriftliche Verordnung durch den Augenarzt erfolgt ist. Bei Erwachsenen muss auch bei weiteren Beschaffungen stets eine vorherige augenärztliche Verordnung vorgelegt werden. Für die erneute Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen genügt bei Kindern die Refraktionsbestimmung durch einen Augenoptiker, wenn nicht aufgrund einer medizinischen Indikation erstmals besondere Gläser oder Kontaktlinsen erforderlich sind. Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13 EUR je Sehhilfe beihilfefähig.

Die Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung sind nur bei dem o. g. Personenkreis und nur dann beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Brille drei Jahre vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraumes die Ersatzbeschaffung ggf. nur der Gläser - notwendig geworden ist, weil

- sich die Sehschärfe geändert hat,
- die bisherige Brille verlorengegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- sich bei Kindern die Kopfform geändert hat.

Aufwendungen für Brillenfassungen sind nicht beihilfefähig.

Zur Feststellung der beihilfefähigen Aufwendungen ist in jedem Fall eine Aufteilung der Brillenkosten erforderlich in

- Kosten für die Fassung (nicht beihilfefähig),
- Kosten für entspiegelte Gläser in weiß (in der gekauften Qualität),
- Mehrkosten für Tönung,
- Mehrkosten für Leicht- oder Kunststoffgläser.

Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für Bildschirmbrillen, Brillenetuis und Brillenversicherungen.

Mehraufwendungen für Kontaktlinsen können nur in medizinisch zwingenden Ausnahmefällen bei bestimmten Indikationen im Rahmen von Höchstbeträgen als beihilfefähig anerkannt werden. Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen sind nicht beihilfefähig.

Krankenhausbehandlung (§ 80 Abs. 3 NGB u. § 6 Abs. 1 Nr. 6 BhV)

Krankenanstalten bieten Regel- und Wahlleistungen an. Beihilfefähig sind die Kosten in Höhe der Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen, Fallpauschalen, Sonderentgelte.

Aufwendungen für Wahlleistungen (z. B. Zweibettzimmer oder Wahlarztbehandlung) sind nicht beihilfefähig (§ 120 NGB i. V. m. § 87 c NGB).

Die Kosten für Leistungen bei Behandlungen in (Privat-)Krankenanstalten, die weder die Bundespflegeverordnung noch das Krankenhausentgeltgesetz anwenden, sind bis zur Höhe der Aufwendungen für vergleichbare Behandlungen in Krankenhäusern der Maximalversorgung beihilfefähig. In Niedersachsen sind als Krankenhäuser der Maximalversorgung die Universitätskliniken (Medizinische Hochschule Hannover und Universitätsklinik Göttingen) anzusehen.

Vorübergehende häusliche Krankenpflege und Behandlungspflege (§ 80 Abs. 3 NGB u. § 6 Abs. 1 Nr. 7 BhV)

Die nach ärztlicher Bescheinigung über Art, Dauer und Stundenzahl notwendigen Pflegekosten für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sowie für Behandlungspflege sind bis zur Höhe der Kosten für eine vollbeschäftigte Berufspflegekraft beihilfefähig bei

- Pflege durch Berufs- oder geeignete Ersatzpflegekräfte,

- Pflege durch Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegeröhne, Schwiegertöchter, Schwiegereltern und Geschwister des/der Pflegebedürftigen, wenn wegen der Pflege eine mindestens halbtägige Berufstätigkeit aufgegeben wird und dadurch ein Ausfall an Arbeitseinkommen eintritt. Beihilfefähig sind dann die Kosten in Höhe des pflegebedingten Verdienstaufschlags, wobei Obergrenze die durchschnittlichen Kosten einer Berufspflegekraft – zuzüglich notwendiger Fahrtkosten – sind.

Grundpflege umfasst z. B. Waschen, Betten, Körperpflege, Bewegungsübungen. Hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet z. B. Kochen, Einkaufen, Reinigen der Wohnung. Die Grundpflege muss überwiegen.

Zu Abzugsbeträgen siehe Eigenbehalte und Belastungsgrenzen - § 80 Abs. 6 NGB u. § 12 BhV.

Familien- und Haushaltshilfe (§80 Abs. 3 NGB u. § 6 Abs. 1 Nr. 8 BhV)

Die Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe sind bis zum Betrag von 6 EUR stündlich, höchstens 36 EUR täglich beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die den Haushalt führende nicht oder nur geringfügig erwerbstätige Person (Ausnahme: Alleinerziehende) wegen stationärer Unterbringung oder Todes den Haushalt nicht weiterführen kann und die beihilfeberechtigte Person pflegebedürftig ist oder im Haushalt mindestens ein Kind unter 12 Jahre oder eine/ein pflegebedürftige/r Angehörige/r verbleibt und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Beförderungskosten (§ 80 Abs. 3 NGB u. § 6 Abs. 1 Nr. 9 BhV)

Die Beförderungskosten sind beihilfefähig bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel für Fahrten

- im Zusammenhang mit stationären Leistungen (z. B. Krankenhausaufenthalte); Aufwendungen für Verlegungen zwischen Krankenhäusern sind nur aus zwingenden medizinischen Gründen oder mit vorheriger Genehmigung der Beihilfestelle berücksichtigungsfähig,
- die als Rettungsfahrten zum Krankenhaus erfolgen, auch wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während der Fahrt eine besondere Betreuung benötigen oder bei denen dies zu erwarten ist (Krankentransport)
- zu ambulanten Behandlungen in Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung durch die Beihilfestetzungsstelle. Ausnahmefälle sind insbesondere Dialysebehandlungen sowie onkologische Strahlen- und Chemotherapien,
- zu ambulanten Krankenhausbehandlungen sowie vor- und nachstationären Behandlungen, und ambulanten Operationen, wenn dadurch eine voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, bis zu einer Höhe von 200 EUR je einfache Fahrt.

Bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Verkehrsmitteln sind mögliche Fahrpreisermäßigungen in Anspruch zu nehmen. Höhere Beförderungskosten - insbesondere für andere Verkehrsmittel - dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater PKW benutzt, ist höchstens der Betrag der Wegstreckenentschädigung nach dem Bundesreisekostengesetz beihilfefähig.

Zu Eigenbehalten siehe Abzugsbeträge und Belastungsgrenzen - § 80 Abs. 6 NGB u. 12 BhV.

Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 6 Abs. 1 Nr. 10 BhV)

Die Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen ist bis zum Höchstbetrag von 26 EUR täglich beihilfefähig. Ist eine Begleitperson erforderlich, so gelten auch für diese die Höchstbeträge. Die Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, ist bis zur Höhe von 5,50 EUR täglich beihilfefähig.

Künstliche Befruchtung (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 6 Abs. 1 Nr. 13)

Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel sind in bestimmtem Umfang beihilfefähig. Die Regelungen des § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Krankenkasse die Beihilfefestsetzungsstelle tritt. Der Behandlungsplan muss vor Beginn der Behandlung von der Beihilfefestsetzungsstelle genehmigt werden.

Wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden (§ 80 Abs. 6 NBG u. § 6 Abs. 2 BhV)

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode kann begrenzt oder ausgeschlossen werden.

Sanatoriumsbehandlungen (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 7 BhV)

Aufwendungen für Sanatoriumsbehandlungen sind höchstens für drei Wochen - unter Beachtung der Voranerkennungspflicht - in Abständen von vier Jahren beihilfefähig. In kürzeren Zeitabständen können Sanatoriumsbehandlungen nur unter bestimmten medizinischen Voraussetzungen als beihilfefähig anerkannt werden. Ein vorheriger Abbruch des Sanatoriumsaufenthaltes aus nicht medizinischen Gründen führt zum Verlust der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen.

Beihilfefähig sind die Arztkosten, Aufwendungen für Arzneimittel (ggf. abzüglich der Eigenanteile), Heilbehandlungen, Kosten für die Unterkunft, Verpflegung und Pflege bis zum niedrigsten Satz des Sanatoriums, Beförderungskosten in begrenzter Höhe, Kurtaxe und die Kosten für den ärztlichen Schlussbericht sowie ggf. die Kosten für eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts. Für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 v. H. des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig. Bei Kindern genügt die amts- oder vertrauensärztliche Feststellung, dass wegen des Alters des Kindes und seiner Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung zur stationären Nachsorge eine Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Zu Eigenbehalten siehe Abzugsbeträge und Belastungsgrenzen - §80 Abs. 6 NBG u. § 12 BhV.

Heilkuren (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 8 Abs. 1 bis 6 BhV)

Aufwendungen für Heilkuren können **nur für den Bediensteten selbst** anerkannt werden. Bei Versorgungsempfängerinnen oder Versorgungsempfängern und deren Angehörigen sind Heilkuren grundsätzlich nicht beihilfefähig. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung für höchstens 3 Wochen bis zu 16 EUR täglich. Für Begleitpersonen von Schwerbehinderten sind unter bestimmten Voraussetzungen die Aufwendungen bis zu 13 EUR täglich bei-

hilfefähig. Sofern Aufwendungen pauschal in Rechnung gestellt werden und eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, sind die pauschalberechneten Aufwendungen beihilfefähig. Die weitere Erstattung erfolgt wie bei einer Sanatoriumsbehandlung.

Zu Eigenbehalten siehe Abzugsbeträge und Belastungsgrenzen - § 80 Abs. 6 NBG u. § 12 BhV.

Mutter-Kind-Kuren (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 8 Abs. 7 BhV)

Aufwendungen für Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichwertigen Einrichtung, sind wie bei Heilkuren für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige beihilfefähig. Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen.

Dauernde Pflegebedürftigkeit (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 9 BhV)

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. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege beihilfefähig. Die Pflegeversicherungen bzw. Pflegekassen sind für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit zuständig.

Hospizaufenthalte (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 9 a BhV)

Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. Die Aufwendungen sind auf Grund einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. Darüber hinaus können Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. Die Beihilfe ist zu mindern, wenn unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 10 BhV)

Beihilfefähig sind

- 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,
- bei 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,
- bei 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,
- bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig.

Aufwendungen für amtlich empfohlene Schutzimpfungen sind grundsätzlich beihilfefähig; ausgenommen jedoch solche aus Anlass privater in Gebiete außerhalb der Europäischen Union.

Geburtsfälle (§ 80 Abs. 3 NBG u. § 11 BhV)

Die Aufwendungen sind beihilfefähig für die Schwangerschaftsüberwachung, die notwendigen Arztkosten sowie die verordneten Arzneimittel und Heilbehandlungen, die Krankenhausleistungen bzw. die Kosten einer Hausentbindung einschließlich der Hebammengebühren, im Bedarfsfall die Kosten für eine Familien- und Haushaltshilfe und die Beförderungskosten.

Abzugsbeträge und Belastungsgrenzen (§ 80 Abs. 6 NBG u. § 12 BhV)

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um zehn vom Hundert der Kosten, mindestens um 5 EUR, höchstens um 10 EUR, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei

- Arznei- und Verbandmitteln. Maßgebend für den Abzugsbetrag ist der Apothekenabgabepreis bzw. der Festbetrag der jeweiligen Packung (Einheit) des verordneten Arznei- und Verbandmittels. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen (rep.) bzw. bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. Die Abzugsbetragsregelung gilt unabhängig vom Bezugsweg des Arznei- und Verbandmittels,
- Hilfsmitteln im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 4 BhV. Dieser Abzug ist nicht vorzunehmen, wenn Höchstbeträge für Hilfsmittel festgesetzt sind (z. B. Sehhilfen für Kinder, Hörgeräte),
- zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln höchstens um 10 EUR je Monatsbedarf und Indikation. Der Mindestabzug von 5 EUR gilt hier nicht,
- Fahrtkosten im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 9 BhV sowie

um 10 EUR je Kalendertag bei

- vollstationären Krankenhausleistungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 Buchstabe a und Satz 2 BhV und Anschlussheilbehandlungen höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr,
- Sanatoriumsaufenthalten (Aufwendungen nach § 7 Abs. 1 Nr. 2 BhV),
- Heilkuren, bei denen die Aufwendungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 BhV und Unterkunft und Verpflegung pauschal in Rechnung gestellt werden und eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht (Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Satz 3 BhV).
- um zehn vom Hundert der Kosten und 10 EUR je Verordnung für die ersten 28 Tage je Kalenderjahr der Inanspruchnahme bei häuslicher Krankenpflege nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 BhV.

Je Kalendervierteljahr (Quartal) ist bei jeder jeweils ersten Inanspruchnahme von ärztlichen oder psychotherapeutischen und zahnärztlichen Leistungen durch den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen jeweils ein Betrag in Höhe von 10 Euro von der Beihilfe abzuziehen. Dieser Betrag, der der Praxisgebühr nachgebildet ist, ist nicht in der Arztpraxis zu entrichten, sondern wird im Rahmen der Beihilfegewährung vom NLBV abgezogen.

Eigenbehalte sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen Fahrtkosten,
- Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden und der Entbindung,
- ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten,

- Leistungen, soweit für Heilbehandlungen und Hilfsmittel vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind.

Eigenbehalte sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen, soweit die/der Beihilfeberechtigte und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten (§ 12 Abs. 2 BhV).

In die Härtefallberechnung werden auf Antrag auch ärztlich verordnete, medizinisch notwendige und angemessene nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel einbezogen, zu denen es keine oder nur eine für die Patientin/den Patienten unverträgliche Alternativmedikation gibt.

Auslandsbehandlung (§ 80 Abs. 6 NBG u. § 13 BhV)

Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach § 6 und §§ 9 bis 11 handelt und wie sie in Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Satzes 1 nach billigem Ermessen die Angemessenheit der Aufwendungen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt. Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt.

Aufwendungen für außerhalb der Bundesrepublik Deutschland durchgeführte Sanatoriumsaufenthalte und Heilkuren sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn bei Antritt der Reise

1. bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurortverzeichnis Ausland aufgeführt ist, die Voraussetzungen des § 8 vorliegen und
2. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Union durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist.

Beihilfemessungssatz (§ 80 Abs. 5 NBG u. § 14 BhV)

Die Beihilfe wird nach einem personenbezogenen v.H.-Satz berechnet. Maßgebend für die Ermittlung des v.H.-Satzes sind die Familienverhältnisse zum Zeitpunkt des Entstehens der beihilfefähigen Aufwendungen. Von Beihilfeberechtigten wird erwartet, dass sie sich und ihre Familie mit einem angemessenen Beitrag krankensichern, damit sie nicht durch Krankheits-, Pflege-, oder Geburtsfälle in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten.

Der Bemessungssatz beträgt für beihilfefähige Aufwendungen, die entstanden sind für

1. die beihilfeberechtigte Person **50 v. H**
2. die beihilfeberechtigte Person bei mindestens zwei berücksichtigungsfähigen Kindern **70 v. H.**
Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen **70 v. H.**
3. den berücksichtigungsfähigen nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten/Lebenspartners **70 v. H.**
4. ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine selbst beihilfeberechtigte Waise **80 v. H.**
5. die Empfängerin oder den Empfänger von Versorgungsbezügen (hierzu gehören z. B. Witwen, Witwer, hinterbliebene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner) **70 v. H.**

Bei individuellem Leistungsausschluss oder bei Leistungseinstellungen durch die Krankenkasse erhöht sich der Bemessungssatz um 20 v. H. auf höchstens 90 v. H. Er erhöht sich nicht, wenn z. B. der Leistungsausschluss durch den Wechsel der Krankenversicherung eintritt.

Für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte) erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 v. H. der nach Abzug der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen. Der Bemessungssatz wird nicht auf 100 v. H. erhöht, wenn ein monatlicher Zuschuss zum Krankenkassenbeitrag von mindestens 21 EUR gewährt wird. Wird zu den Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Zuschuss von mindestens 41 EUR monatlich gewährt, ermäßigt sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte. Es besteht jedoch die Möglichkeit, auf den Beitragszuschuss ganz oder teilweise zu verzichten. Wenden Sie sich in diesem Fall bitte an den Leistungsträger (z. B. Rentenversicherungsanstalt).

Hinweis für Beamte und Versorgungsempfänger, die nicht ergänzend zur Beihilfe krankenversichert sind

Beihilfeberechtigte, die bisher keinen privaten Krankenversicherungsschutz hatten und auch nicht freiwillig Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung waren, haben seit dem 01.07.2007 die Möglichkeit, sich in dem beihilfekonformen Standardtarif der privaten Krankenversicherungen zu versichern. Nähere Auskünfte erteilen die Krankenversicherungsunternehmen. Ab dem 01.01.2009 besteht für diesen Personenkreis Versicherungspflicht.

Begrenzung der Beihilfe (§ 80 Abs. 4 NBG u. § 15 BhV)

Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Kranken- und Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Vereinbarung die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen (das sind nicht nur die angemessenen, sondern auch die tatsächlich entstandenen Aufwendungen) nicht übersteigen. Überschreiten Beihilfe und Erstattungen zusammen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Gesamtbeihilfe um den Überschussbetrag zu kürzen.

Die zustehenden Leistungen müssen von der beihilfeberechtigten Person nachgewiesen werden.

Sofern Sie privat versichert sind, legen Sie bitte bei der erstmaligen Antragstellung Ihren Versicherungsschein vor. Aus diesen Unterlagen müssen die Leistungen in v. H.-Sätzen ersichtlich sein. Von in gesetzlichen Krankenkassen versicherten Personen müssen die Erstattungen der Krankenkasse zu den einzelnen Kostenrechnungen usw. vorgelegt werden.

Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten (§ 80 Abs. 6 NBG u. § 16 BhV)

Bis zum Zeitpunkt bzw. in Unkenntnis des Todes des Beihilfeberechtigten von der Beihilfestelle abgesandte Beihilfebescheide werden aus Anlass des Todes nicht zurückgenommen.

Die daraufhin zu zahlenden Beihilfen stehen den Erben uneingeschränkt zu. Wird der Beihilfebescheid erst abgesandt, nachdem die Todesanzeige bei der Beihilfestelle eingegangen ist (Eingangsstempel der Poststelle), steht die Beihilfe nicht mehr zu; auch dann nicht, wenn das Bescheiddatum vor dem Todestag liegt.

Nach dem Tod eines Beihilfeberechtigten haben der hinterbliebene Ehegatte oder die Kinder des Verstorbenen einen Anspruch auf Gewährung einer Beihilfe zu den Aufwendun-

gen, die dem Verstorbenen vor seinem Tode noch entstanden waren, (§ 16 Abs. 1 BhV). Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt.

Andere als die in § 16 Abs. 1 BhV bezeichneten Personen erhalten nach § 16 Abs. 2 BhV eine Beihilfe nur, soweit sie die von dritter Seite berechneten Aufwendungen bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen. Rechnungen, die zu Lebzeiten des Verstorbenen bezahlt wurden, sind nur beihilfefähig, wenn die Aufwendungen von Erben - Nachweis durch den Erbschein - geltend gemacht werden. Gläubiger gehören nicht zu den anderen Personen im Sinne des § 16 Abs. 2 BhV.

Verfahren (§ 80 Abs. 6 NBG u. § 17 BhV)

Die Beihilfe wird auf schriftlichen Antrag der beihilfeberechtigten Person gewährt; für die Antragstellung verwenden Sie bitte den dafür vorgesehenen Beihilfeantrag.

Antragsformulare erhalten Sie bei den Zentralen Informations- und Beratungsstellen (ZIB) in den Standorten des NLBV. Sie finden den Beihilfeantrag und weitere Informationsblätter auch auf der Internetseite www.nlbv.niedersachsen.de.

Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 100 EUR betragen. Erreichen die Aufwendungen aus 10 Monaten diese Summe nicht, kann nach Ablauf von 10 Monaten (ausgehend von den Rechnungsdaten bzw. der Kaufdaten bei Heilmitteln) eine Beihilfe gewährt werden, wenn die Aufwendungen 15 EUR übersteigen.

Auf die Ausschlussfrist von einem Jahr wird ausdrücklich hingewiesen. Hiernach kann eine Beihilfe nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen **innerhalb eines Jahres** (in Todesfällen für 1 Jahr ab Todestag), nachdem sie entstanden sind (Ausstellungsdatum der Rechnung, Kaufdatum des Medikaments oder Hilfsmittels), geltend gemacht werden. Maßgebend ist der Antragseingang bei der Beihilfefestsetzungsstelle (Eingangsstempel der Poststelle).

Legen Sie bitte Originalrechnungen/Originalverordnungen, Durchschriften oder beglaubigte Abschriften vor. Die Belege müssen für die Beihilfefestsetzungsstelle nachprüfbar sein. Sie müssen deshalb folgende Angaben enthalten: der/die Rechnungsaussteller/in, die behandelte Person, den Rechnungsbetrag, das Rechnungsdatum, die gewährten Leistungen (spezifiziert), bei Krankheitsaufwendungen die Diagnose und den Zeitraum der Behandlung.

Beihilfen zu Aufwendungen für Kinder werden bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt.

Auf Antrag können Abschlagszahlungen gewährt werden.

Ist die/der Beihilfeberechtigte aus Krankheits- oder anderen Gründen zur Unterzeichnung des Antrags nicht imstande, ist der Antrag von einer hierzu bevollmächtigten Person (Betreuer) zu unterschreiben. Die schriftliche Vertretungsvollmacht ist beizufügen. Solange die Willensbildung des Beihilfeberechtigten zur Erteilung einer Vertretungsvollmacht derart eingeschränkt ist, dass er selbst einen Vertreter nicht mehr bestimmen kann, muss das durch einen Arzt bescheinigt werden. Falls eine Änderung des Gesundheitszustandes nicht absehbar ist, bedarf es der Bestellung eines Betreuers durch das zuständige Amtsgericht.

Informationsblätter und weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Beihilfestelle oder unter www.nlbv.niedersachsen.de im Internet.

Die Beihilfavorschriften sind in der jeweils neuesten Fassung erhältlich im Fachbuchhandel.

Für weitere Erläuterungen steht Ihnen Ihre Beihilfestelle - auch telefonisch - gern zur Verfügung