

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

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

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

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

Berücksichtigungsfähige Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige (§ 80 NBG)

Beamte (dazu gehören auch Pfarrer, Anwärter und Vikare) sowie deren Hinterbliebene (solange sie Anspruch auf Dienst- oder Anwärterbezüge, Ruhegehalt oder Witwen- und Waisenbezüge haben) haben Anspruch auf Beihilfen für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Bei Beurlaubungen ohne Dienstbezüge werden keine Beihilfen gewährt (Ausnahmen: z. B. Elternzeit, Beurlaubung aus familiären Gründen).

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

Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. Ehegatten von Beihilfeberechtigten, soweit sie nicht selbst beihilfeberechtigt sind,
2. die im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder von Beihilfeberechtigten, soweit sie nicht aus eigenem Recht beihilfeberechtigt sind.

Bei Fragen zum Familienzuschlag wenden Sie sich bitte an Ihre Bezugsstelle (ZGAS).

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

Beihilfefähige Aufwendungen (§ 5 NBhVO)

Beihilfefähig sind die nachstehend genannten Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig (daher ist die Angabe der Diagnose grundsätzlich erforderlich) und in der Höhe angemessen sind und die Behandlung nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Behandlungsmethoden erfolgte. 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 und 2,3-facher Gebührensatz für persönliche ärztliche oder zahnärztliche Leistungen). Überschreitungen bis zum 1,3-, 2,5- bzw. 3,5-fachen Gebührensatz bedürfen einer besonderen Begründung. Aus dieser Begründung müssen die individuellen Besonderheiten des Krankheitsfalls, die für die Erhöhung des Steigerungsfaktors maßgebend sind, enthalten sein. Allgemein abstrakte Hinweise sind nicht ausreichend. Begründungen wie „schwierige Leistungen“, „besonders zeitaufwendig“ oder „besondere Umstände“ sowie in der GOÄ oder GOZ bereits berücksichtigte Bewertungskriterien sind keine Besonderheiten, die eine Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen.

Die Aufwendungen für heilpraktische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die Leistung in Anlage 2 zu § 5 NBhVO aufgeführt oder mit einer solchen vergleichbar ist.

Nicht beihilfefähig sind insbesondere

- Sach- und Dienstleistungen, die aufgrund eines Versicherungsverhältnisses in einer gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (Pflichtversicherung oder freiwillige Versicherung) beansprucht werden können,
- gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel;
- Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit von nahen Angehörigen (Ehegatte oder Lebenspartnern, Kinder oder Eltern des Beihilfeberechtigten),
- Aufwendungen für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und heilpädagogische Maßnahmen,
- Aufwendungen für Behandlungen als Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings,
- Aufwendungen für Verlangensleistungen.

Nicht beihilfefähig sind bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung Aufwendungen für Leistungen, die als Sach- und Dienstleistung zustehen.

Pflichtversicherte sind grundsätzlich auf die ihnen zustehenden Sach- und Dienstleistungen (Behandlung auf Chipkarte oder Überweisung) angewiesen.

Bei Beihilfeberechtigten und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die einen Zuschuss oder Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, sind die Aufwendungen für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel, soweit diese die Festbeträge nach §§ 35 und 36 SGB V überschreiten, nicht beihilfefähig.

Aufwendungen im Ausland (§ 8 NBhVO)

Die Angemessenheit von Aufwendungen für Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union richtet sich nach der im Mitgliedstaat ortsüblichen Vergütung.

Aufwendungen für außerhalb der Europäischen Union erbrachte Leistungen sind angemessen bis zu der Höhe, in der sie für im Inland erbrachte Leistungen angemessen wären. Daher ist in diesen Fällen grundsätzlich eine Vergleichsberechnung durchzuführen. Auf diese Vergleichsberechnung wird u. a. verzichtet, wenn

- die Aufwendungen während einer Dienstreise notwendig wurden und die Inanspruchnahme nicht bis zur Rückkehr aufgeschoben werden konnte oder
- Aufwendungen für eine ambulante oder stationäre Notfallbehandlung, wenn der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige als nächstgelegene Behandlungsmöglichkeit einen Arzt oder ein Krankenhaus im Ausland aufsuchen musste oder
- die Aufwendungen je Krankheitsfall 1.000 € nicht übersteigen.

Soweit ein Beleg über im Ausland entstandene Aufwendungen inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht, kann die Beihilfestsetzungsstelle 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.

Aufwendungen für ambulante implantologische, kieferorthopädische, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und Zahnersatz (§§ 9 bis 11 NBhVO)

Die entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik sind in Höhe von 40 Prozent beihilfefähig.

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur bei bestimmten Indikationen oder Maßnahmen beihilfefähig.

Aufwendungen für Implantate sind bis zu vier Implantate je Kiefer indikationsunabhängig beihilfefähig. Bei implantatgetragem Zahnersatz im atrophischen Oberkiefer sind bis zu sechs Implantate beihilfefähig. Weitere Ausnahmen gibt es beim Vorliegen bestimmter Krankheitsbilder.

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wird oder bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordert. Außerdem muss die Beihilfestsetzungsstelle die Notwendigkeit der Behandlung vor deren Beginn auf Grundlage eines Heil- und Kostenplans anerkennen.

Nicht beihilfefähig sind u. a. Aufwendungen für Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen. (Dies gilt auch für Vikare und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörige) Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist. Dies gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen oder kirchlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

Ambulante psychotherapeutische Behandlung (§§ 12 bis 16a NBhVO)

Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie sind u. a. nur dann beihilfefähig, wenn die Beihilfestsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit aufgrund eines Gutachterverfahrens anerkannt hat.

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

Ohne Genehmigungsverfahren sind Maßnahmen der ambulanten psychotherapeutischen Grundversorgung (verbale Intervention, Hypnose, autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie) innerhalb bestimmter Grenzen beihilfefähig.

Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte (§ 17 NBhVO)

Aufwendungen für von einem Arzt, einem Zahnarzt oder einem Heilpraktiker schriftlich verordnete oder bei einer ambulanten Behandlung verbrauchte apothekenpflichtige Arzneimittel, Verbandmittel und Medizinprodukte sind nach Maßgabe des § 17 Abs. 2 bis 10 NBhVO beihilfefähig.

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

Soweit für Arzneimittel Festbeträge festgesetzt sind, können die Aufwendungen nur bis zur Höhe der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (www.dimdi.de) veröffentlichten Festbeträge berücksichtigt werden.

Arzneimittel müssen auf dem Rezept die achtstellige Pharmazentralnummer (PZN) enthalten, die von der Apotheke eingetragen wird. Bei Medikamenten, die im Ausland bezogen werden, ist die Angabe der PZN nicht erforderlich.

Aufwendungen für empfängnisregelnde Mittel für Personen nach Vollendung des 21. Lebensjahres sind nur zur Behandlung einer Krankheit beihilfefähig.

Aufwendungen für Medizinprodukte sind beihilfefähig soweit dies in Anlage 4 zu § 17 NBhVO geregelt ist.

Heilmittel (§ 18 NBhVO)

Die nach vorheriger ärztlicher oder zahnärztlicher Verordnung entstandenen Aufwendungen für Heilmittel sind im Rahmen geltender Höchstbeträge beihilfefähig. Hierzu gehören insbesondere Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Die beihilfefähigen Heilmittel sind in der Anlage 5 zu § 18 NBhVO abschließend aufgeführt. Die Höchstbeträge der Anlage 5 gelten entsprechend.

Die Heilmittel müssen von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut, Ergotherapeut, Physiotherapeut, Krankengymnast, Logopäde, klinischer Linguist, staatlich anerkannter Sprachtherapeut oder staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen, Masseur, medizinischer Bademeister, Podologe oder Medizinischer Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes, Behandler, der nach § 124 SGB V zur Abgabe von Leistungen der Sprachtherapie zugelassen ist oder zugelassen werden kann, Diätassistent, Ökothrophologe mit dem Abschluss Diplom (ernährungswis-

senschaftliche Ausrichtung), Bachelor of Science oder Master of Science, Ernährungswissenschaftler mit dem Abschluss Diplom, Bachelor of Science oder Master of Science durchgeführt werden.

Komplextherapien (§ 19 NBhVO)

Aufwendungen für Leistungen, die von einem berufsübergreifenden Team erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind bis zur Höhe der Vergütung, die von gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern aufgrund von Vereinbarungen zu tragen sind, beihilfefähig.

Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, Körperersatzstücke (§ 20 NBhVO)

Beihilfefähig sind die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung von Hilfsmitteln und Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücken – ggf. im Rahmen von Höchstbeträgen –, wenn sie ärztlich verordnet und in Anlage 7 zu § 20 NBhVO aufgeführt sind. Für Reparaturen ist keine ärztliche Verordnung notwendig.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. In Anlage 8 zu § 20 NBhVO sind Aufwendungen aufgezählt, die nicht beihilfefähig sind. Hierzu gehören z. B. Bandscheibenmatratzen, Bestrahlungslampen, Blutdruckmessgeräte, Fieberthermometer, Fitnessgeräte, Gesundheitsschuhe, Heizkissen und -decken, Mundduschen, elektrische Zahnbürsten, staubdichte Matratzenbezüge, Bettwäsche für Allergiker, Rheumawäsche, Wärmedecken und -flaschen.

Sehhilfen (Anlage 7 zu § 20 NBhVO)

Aufwendungen für Brillengläser, Kontaktlinsen und vergrößernde Sehhilfen sind im Rahmen der Niedersächsischen Beihilfeverordnung (NBhVO) für privat versicherte Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen beihilfefähig.

Die Aufwendungen für die Beschaffung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe sind im Rahmen der Höchstbeträge nach Anlage 7 zu § 20 NBhVO beihilfefähig, wenn bei der erstmaligen Anschaffung eine vorherige schriftliche Verordnung durch einen Facharzt für Augenheilkunde vorgelegt wird. Für die Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers, wenn nicht aufgrund einer medizinischen Indikation erstmals besondere Gläser oder Kontaktlinsen erforderlich sind. Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13 € je Sehhilfe beihilfefähig.

Krankenhausbehandlungen (§21 NBhVO)

Krankenanstalten bieten allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen an. Beihilfefähig sind die Kosten in Höhe der allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPflV, § 2 Abs. 2 KHEntG).

Aufwendungen für Wahlleistungen (z. B. Ein- oder Zweibett-Zimmer oder Wahlarztbehandlungen) sind nicht beihilfefähig.

Kosten für Leistungen bei Behandlungen in (privaten) Krankenanstalten, die weder die Bundespflegesatzverordnung noch das Krankenhausentgeltgesetz anwenden, sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die sich in einem Krankenhaus ergeben würden, das das Krankenhausentgeltgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung anwendet. Diese Begrenzung der Beihilfefähigkeit kann dazu führen, dass ein nicht unerheblicher Teil der Aufwendungen nicht beihilfefähig ist.

Vorübergehende häusliche Krankenpflege und Behandlungspflege (§ 22 NBhVO)

Aufwendungen für eine nach ärztlicher Bescheinigung über Art, Dauer und Stundenzahl notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege einschließlich notwendiger verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung, ambulante psychiatrische Krankenpflege) sind beihilfefähig bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkasse erstatteten Kosten.

Bei Pflege durch Ehegatten, Lebenspartnern, einen Elternteil oder ein Kind des Gepflegten sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

- notwendige Fahrkosten der pflegenden Person,
- eine im Fall von Verdienstaufschlag an die pflegende Person gezahlte Vergütung bis zur Höhe des Verdienstaufschlags, höchstens jedoch bis zur Höhe der ortsüblichen Vergütung für eine Pflegekraft, die erwerbsmäßig häusliche Krankenpflege erbringt.

Vollstationäre Kurzzeitpflege bei Krankheit (§ 22 a NBhVO)

Reichen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung nach § 22 NBhVO nicht aus, sind Aufwendungen für eine vollstationäre Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 42 Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB XI beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit ist auf höchstens acht Wochen im Kalenderjahr und bis zum Höchstbetrag gem. § 42 Abs. 2 SGB XI (derzeit 1.774 €) im Kalenderjahr begrenzt. Die Kurzzeitpflege muss in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) oder in einer anderen Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 132 h SGB V erbracht werden.

Haushaltshilfe (§ 23 NBhVO)

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

1. der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige verstorben ist oder
2. der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige an der Haushaltsführung gehindert ist, weil er
 - a. sich vollstationär oder teilstationär in einem Krankenhaus oder einer Hospiz- bzw. Palliativeinrichtung aufhält,
 - b. an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnimmt,
 - c. häusliche Krankenpflege benötigt oder - vollstationär gepflegt wird,
 - d. oder ein nach ärztlicher Bescheinigung erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt des den Haushalt führenden Beihilfeberechtigten oder des den Haushalt führenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen vermieden wird

und in dem Haushalt mindestens ein Beihilfeberechtigter oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger verbleibt, der Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann.

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

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

Soziotherapie (§ 25 NBhVO)

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

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

Fahrtkosten, Flugkosten (§ 26 NBhVO)

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

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

- Fahrten im Zusammenhang mit einer stationären Krankenhausbehandlung,
- Fahrten zur Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn die Verlegung medizinisch zwingend erforderlich ist oder die Festsetzungsstelle der Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus vorher zugestimmt hat,
- Fahrten im Zusammenhang mit einer vor- oder nachstationären Behandlung, wenn durch die vor- oder nachstationäre Behandlung eine andernfalls medizinisch gebotene stationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
- Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation in einem Krankenhaus oder in einer Arztpraxis und Fahrten im Zusammenhang mit einer Vor- oder Nachbehandlung im Zusammenhang mit einer solchen Operation,
- Fahrten zum Krankentransport in einem Krankenkraftwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens erforderlich ist,
- Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Dialysebehandlung, einer ambulanten onkologischen Strahlentherapie, einer ambulanten parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie oder einer ambulanten parenteralen onkologischen Chemotherapie,
- Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Krankenbehandlung von Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „H“ oder „Bl“ besitzen oder die mindestens dem Pflegegrad 3 zugeordnet sind,
- in besonderen Ausnahmefällen Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Krankenbehandlung, wenn die Festsetzungsstelle das Vorliegen eines besonderen Ausnahmefalles vorher anerkannt hat, und

- Fahrten der Eltern zum Besuch ihres stationär untergebrachten Kindes, wenn der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Als Fahrtkosten sind die tatsächlichen Aufwendungen bis zur Höhe der niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden öffentlichen Verkehrsmittels beihilfefähig. Wird ein privates Kraftfahrzeug benutzt, so werden als Fahrtkosten 0,20 € je Kilometer zurückgelegter Strecke berücksichtigt. Aufwendungen für Fahrten sind grundsätzlich nur zu und von der nächstgelegenen Behandlungsmöglichkeit beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind u.a.:

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

Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen (§ 27 NBhVO)

Aufwendungen für Unterkunft bei notwendigen ambulanten ärztlichen Leistungen sind bis zu einem Höchstbetrag von 26 € täglich beihilfefähig. Ist eine ärztlich bescheinigte Begleitperson erforderlich, so gilt auch hier dieser Höchstbetrag.

Lebensbedrohende oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten (§ 28 NBhVO)

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

Rehabilitation (§§ 29 bis 30 NBhVO)

Für die Beihilfefähigkeit einer **stationären Rehabilitationsbehandlung** ist vor Beginn der Behandlung die Anerkennung der Beihilfestelle und eine ärztliche Verordnung erforderlich. Die Dauer des Aufenthaltes ist grundsätzlich auf 21 Tage begrenzt. Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen sind bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig. Vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme ist eine erneute entsprechende Maßnahme nicht beihilfefähig.

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

Aufwendungen für eine ärztlich verordnete **Anschlussrehabilitation** sind beihilfefähig, wenn sie im Anschluss an einem Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Strahlen- oder Chemotherapie durchgeführt wird. Die ärztliche Verordnung muss Art, Dauer und Inhalt der Maßnahme bestimmen. Die Aufwendungen für eine Anschlussrehabilitation sind nur beihil-

fähig, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen nach der Krankenhausbehandlung beginnt, es sei denn, dass die Einhaltung dieser Frist aus zwingenden tatsächlichen oder zwingenden medizinischen Gründen nicht möglich ist. Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen sind bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig.

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

Aufwendungen für eine ärztlich verordnete **ambulante Rehabilitationsmaßnahme in einer Rehabilitationseinrichtung** sind bei der Berechnung von pauschalen Tagessätzen bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung für höchstens 21 Tage (ohne Anreise- und Abreisetag) beihilfefähig.

Aufwendungen für einen ärztlich verordneten **Rehabilitationssport** in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung sowie ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung sind bis zu 6,20 € je Trainingseinheit beihilfefähig.

Suchtbehandlung (§ 31 NBhVO)

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

Aufwendungen im Pflegefall (§§ 32 bis 36 NBhVO)

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

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

Palliativversorgung (§ 37 NBhVO)

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

Früherkennung und Vorsorge und (§ 38 NBhVO)

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

Schutzimpfungen im Zusammenhang mit einem privaten Auslandsaufenthalt.

Für die Beihilfefähigkeit einer ambulanten medizinischen Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort, ist vor Beginn die Anerkennung der Beihilfestelle und eine ärztliche Verordnung erforderlich. Die Dauer des Aufenthaltes ist auf 21 Tage begrenzt. Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen sind in Höhe von 16 € je Tag beihilfefähig. Vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung einer entsprechenden medizinischen Vorsorgeleistung ist eine erneute Maßnahme nicht beihilfefähig.

Für die Beihilfefähigkeit einer stationären medizinischen Vorsorgeleistung für im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres ist vor Beginn der Behandlung die Anerkennung der Beihilfestelle und eine ärztliche Verordnung erforderlich. Die Dauer des Aufenthaltes ist auf höchstens 42 Tage begrenzt.

Aufwendungen für die Teilnahme an bis zu zwei Gesundheits- oder Präventionskursen je Kalenderjahr zu den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum sind beihilfefähig, wenn der Kurs von einer gesetzlichen Krankenkasse als förderfähig anerkannt worden ist und die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten eines Kurses nachgewiesen wird. Je Kurs beträgt die Beihilfe höchstens 75 €.

Früherkennung (§ 38a NBhVO)

Die Aufwendungen für Früherkennungsuntersuchungen sind beihilfefähig bei:

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

Schwangerschaft und Geburt (§ 39 NBhVO)

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

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

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

Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel sind im Umfang von 50 Prozent beihilfefähig, wenn die Beihilfestsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung auf der Grundlage eines Behandlungsplans das Vorliegen der Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Anspruch auf Leistungen besteht nur für weibliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 40. Lebensjahr voll-

det haben. Für männliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige besteht ein Anspruch von der Vollendung des 25. Lebensjahres bis zu Vollendung des 50. Lebensjahres. Beide Ehepartner dürfen die jeweilige Altersgrenze nicht überschritten haben.

Aufwendungen für eine Sterilisation sind beihilfefähig, wenn diese wegen einer Krankheit notwendig ist.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie für deren Applikation sind bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig.

Für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen sowie u.a. Arzneimittel und Krankenhausaufwendungen beihilfefähig.

Bemessung der Beihilfe (§ 80 Abs. 5 NBG; § 43 NBhVO)

Die Beihilfe wird nach einem personenbezogenen Prozentsatz berechnet. Maßgebend für die Ermittlung des Prozentsatzes sind die Familienverhältnisse zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

Der Bemessungssatz beträgt für beihilfefähige Aufwendungen, die entstanden sind für

- die Beihilfeberechtigte oder den Beihilfeberechtigten (aktiver Dienst) 50 v.H.,
- Versorgungsempfänger, berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner 70 v.H.,
- berücksichtigungsfähige Kinder sowie eine Waise oder Halbwaise 80 v.H..

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten 70 Prozent, bei mehreren Beihilfeberechtigten gilt der erhöhte Bemessungssatz für die Person, die den Familienzuschlag erhält, es sei denn, dass die Beihilfeberechtigten eine abweichende Vereinbarung treffen. Eine abweichende Vereinbarung kann nicht getroffen werden, wenn der erhöhte Bemessungssatz durch Rechtsvorschrift verbindlich einer Person zugewiesen wird.

Seit 2009 besteht eine generelle Krankenversicherungspflicht, aus der sich die Pflicht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen zum Abschluss einer ergänzenden bzw. beihilfekonformen Krankenversicherung ergibt.

Bei einem individuellen Leistungsausschluss oder bei Leistungseinstellungen durch die Krankenversicherung erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozent auf höchstens 90 Prozent. Er erhöht sich nicht, wenn z.B. der Leistungsausschluss durch den Wechsel der Krankenversicherung eintritt.

Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung (mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte) erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der nach dem Abzug der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen. Der Bemessungssatz wird nicht auf 100 Prozent erhöht, wenn ein monatlicher Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag von mindestens 21 € gewährt wird.

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

Besonderheiten bei der Beihilfegewährung für Kinder (§ 3 Abs. 5 NBhVO)

Für die Aufwendungen eines Kindes, das berücksichtigungsfähiger Angehöriger mehrerer Beihilfeberechtigter ist, hat nur der Beihilfeberechtigte Anspruch auf Beihilfe, der den Familienzuschlag für das Kind erhält.

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

Die Beihilfe darf zusammen mit den aus einer Kranken- oder Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen gewährten Leistungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen (das sind nicht nur die angemessenen, sondern die tatsächlich entstandenen Aufwendungen) nicht übersteigen. Überschreiten Beihilfe und Erstattungen zusammen die dem Grunde nach beihilfefähigen Leistungen, ist die Gesamtbeihilfe um den Überschussbetrag zu kürzen. Die zustehenden Leistungen müssen von dem Beihilfeberechtigten nachgewiesen werden.

Sofern Sie privat versichert sind, legen Sie bitte bei der erstmaligen Antragstellung eine Bescheinigung Ihrer privaten Krankenversicherung vor. Aus dieser Bescheinigung müssen die Leistungen und Prozentsätzen ersichtlich sein. Beihilfeberechtigte, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, müssen zu den einzelnen Rechnungen die Erstattungen ihrer Krankenkasse nachweisen.

Eigenbehalte (§ 45 NBhVO)

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um zehn Prozent der Kosten, mindestens um fünf Euro, höchstens um 10 €, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei

1. Arznei- und Verbandmitteln, sowie Medizinprodukte,
2. Hilfsmitteln, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücken,
3. Fahrten und Flügen
4. einer Haushaltshilfe je Kalendertag und Soziotherapie je Kalendertag,

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln mindern sich die Aufwendungen um einen Eigenbehalt in Höhe von zehn Prozent, jedoch höchstens 10 € für den Monatsbedarf.

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um zehn Euro je Kalendertag bei

1. vollstationären Krankenhausleistungen und Anschlussrehabilitationen höchstens für 28 Tage im Kalenderjahr,
2. stationären Rehabilitationsmaßnahmen ausgenommen Anschlussrehabilitation,
3. Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen,
4. ärztlich verordneten familienorientierten Rehabilitationen bei Krebserkrankung eines Kindes.

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei häuslicher Krankenpflege um zehn Prozent der Kosten für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr und um zehn Euro je Verordnung.

Befreiung vom Abzug von Eigenbehalten (§ 46 NBhVO)

Die genannten Beträge sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten.

Diese beträgt

- a) zwei Prozent der jährlichen Einnahmen,
- b) für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, ein Prozent der jährlichen Einnahmen.

Zu den Einnahmen zählen

1. die Dienstbezüge,
2. die Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften,
3. der Zahlbetrag aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung,
4. die Einkünfte aus selbstständiger Arbeit,
5. die Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit und
6. die Lohnersatzleistungen

des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten oder Lebenspartners.

Dienstbezüge sind

1. die monatlichen Bezüge ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag,
2. der Altersteilzuschlag,
3. der Zuschlag bei begrenzter Dienstfähigkeit.

Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG) genannten Bezüge mit Ausnahme des Unterschiedsbetrags nach § 50 Abs. 1 Satz 2 BeamtVG, des Unfallausgleichs und der Unfallentschädigung.

Die Einnahmen vermindern sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 Prozent und für jedes berücksichtigungsfähige Kind um den Kinderfreibetrag nach dem Einkommensteuergesetz. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des vorangegangenen Jahres.

Der Antrag auf Feststellung der Belastungsgrenze muss vor Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzugs folgt.

Zu den Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wird auf Antrag Beihilfe gewährt, soweit sie einen Grenzbetrag überschreiten. Hierbei sind die Aufwendungen für das Arzneimittel abzüglich eines fiktiven Eigenbehalts entsprechend der Höhe des Bemessungssatzes zu berücksichtigen. Die Höhe des Grenzbetrags entspricht dabei der Belastungsgrenze nach § 45 NBhVO.

Das gilt nicht für

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel, Arzneimittel gegen Reisekrankheit sowie
4. Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität steht (sog. Lifestylepräparate).

Das Vorliegen dieser Voraussetzungen im konkreten Einzelfall ist von dem Beihilfeberechtigten durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen. Der Antrag muss vor Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr des Abzugs folgt.

Antrag und Belege, Antragsfrist (§§ 47 und 48 NBhVO)

Die Beihilfe wird auf schriftlichen Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt. Für die Antragstellung verwenden Sie bitte den dafür vorgesehenen Vordruck.

Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 100 € betragen, es sei denn, es droht eine Versäumung der Ausschlussfrist.

Auf die Ausschlussfrist von einem Jahr weisen wir ausdrücklich hin. Hiernach kann eine Beihilfe nur gewährt werden, wenn die Aufwendungen innerhalb eines Jahres nachdem sie entstanden sind (Ausstellungsdatum der Rechnung, Kaufdatum des Arznei-, Verband- oder Hilfsmittels), geltend gemacht werden. Maßgebend für die Frist ist der Antragseingang bei der Beihilfefestsetzungsstelle (Eingangsstempel der Poststelle).

Legen Sie bitte Duplikate der Rechnungen und Verordnungen vor. Die Belege werden nicht zurückgeschickt. Sie müssen für die Beihilfefestsetzungsstelle nachprüfbar sein und deshalb folgende Angaben enthalten:

- den Rechnungssteller,
- die behandelte Person,
- den Rechnungsbetrag,
- das Rechnungsdatum,
- die gewährten Leistungen (spezifiziert),
- die Diagnose (bei krankheitsbedingten Aufwendungen) und
- den Zeitraum der Behandlung.

Auf Antrag können Abschlagszahlungen, insbesondere bei Krankenhausaufenthalten, gewährt werden. Ist der Beihilfeberechtigte aus Krankheits- oder anderen Gründen zur Unterzeichnung nicht in der Lage, ist der Antrag von einer hierzu bevollmächtigten Person 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 dies durch einen Arzt bescheinigt werden. Falls eine Änderung des Gesundheitszustands nicht absehbar ist, bedarf es der Bestellung eines Betreuers durch das zuständige Amtsgericht.

Für die bis zum **Tod des Beihilfeberechtigten** entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen des Beihilfeberechtigten sowie seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen erhält ausschließlich der Erbe (Erbengemeinschaft) Beihilfe. Ansprüche Dritter (Leistungserbringer) in Bezug auf die im Zusammenhang mit der Behandlung des Verstorbenen entstandenen Aufwendungen können sich nur gegen die Erben, nicht jedoch gegen die Beihilfefestsetzungsstelle richten. Die Erbberechtigung ist der Beihilfefestsetzungsstelle nachzuweisen (z.B. durch Erbschein).

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

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

Mit freundlichen Grüßen
Ihre NKVK