



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

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

Die Beihilfegewährung richtet sich in Niedersachsen nach § 80 Niedersächsisches Beamtengesetz (NBG) und der Niedersächsischen Beihilfeverordnung (NBhVO) in der seit dem 01.08.2013 gültigen Fassung.

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

Beamte, Ruhestandsbeamte sowie deren Witwen, Waisen und hinterbliebene Lebenspartner erhalten, solange sie Anspruch auf Dienstbezüge/Anwärterbezüge, Ruhegehalt oder Hinterbliebenenversorgung haben, Beihilfen für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Bei Beurlaubungen ohne Dienstbezüge werden keine Beihilfen gewährt (Ausnahmen u. a.: Beurlaubung wegen Elternzeit, Sonderurlaub bis zu einem Monat, in den ersten sechs Monaten eines Urlaubs zur Pflege naher Angehöriger). **Nicht beihilfeberechtigt sind Beamte**, wenn ihr Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist. Es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt sind.

Tarifbeschäftigte, deren Beschäftigungsverhältnisse vor dem 01.01.99 begründet worden sind und ununterbrochen bestehen, haben grundsätzlich einen Anspruch auf Beihilfen aufgrund der geltenden tariflichen Bestimmungen (sh. hierzu Allgemeines Informationsblatt Tarifbeschäftigte, Vordruck 2780).

Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

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

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 18.000 EUR nicht überstiegen hat oder im Kalenderjahr der Antragstellung 18.000 EUR nicht übersteigt (§ 80 Abs. 3 NBG).

Beihilfefähige Aufwendungen (§ 80 Abs. 3 NBG)

Die nachfolgenden Ausführungen sind nicht abschließend und sollen nur einen Überblick über die beihilfefähigen Aufwendungen geben. Beihilfefähig sind die nachstehend genannten Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach medizinisch notwendig und der Höhe nach angemessen sind. Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode sind nur in Ausnahmefällen beihilfefähig. Über die Notwendigkeit und Angemessenheit entscheidet die Beihilfestelle, sie kann hierzu ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten einholen.

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

Nicht beihilfefähig sind unter anderem:

- Aufwendungen für Beamte, denen Heilfürsorge zusteht (z. B. Polizeidienst),
- Aufwendungen für die Behandlung durch nahe Angehörigen (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner Kinder und Eltern). Entstandene Sachkosten sind beihilfefähig,
- Aufwendungen für berufsfördernde, berufsvorbereitende, berufsbildende und heilpädagogische Maßnahmen,
- Aufwendungen für Behandlungen als Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings,
- Aufwendungen für Leistungen, die Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung als Sach- und Dienstleistungen zustehen (auch im Rahmen einer Kostenerstattung),
- Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel und
- Aufwendungen für Verlangensleistungen.

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

Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich für ärztliche Leistungen nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), für zahnärztliche Leistungen nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sowie für psychotherapeutische Leistungen nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Aufwendungen für heilpraktische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die Leistung in Anlage 2 zu § 5 Abs. 2 NBhVO genannt oder mit einer solchen vergleichbar ist. Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich nach Maßgabe der Anlage 2 nach der Gebührenordnung für Ärzte und nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte. Aufwendungen, die auf einer Überschreitung des **Schwellenwertes** des Gebührenrahmens beruhen, sind nur angemessen, wenn patientenbezogene Besonderheiten, die eine Ausnahme darstellen, vorliegen.

Auslandsbehandlung (§ 8 NBhVO)

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

Zahnärztliche Leistungen (§§ 9 bis 11 NBhVO)

Aufwendungen für ambulante zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen sind nach Maßgabe des § 5 grds. beihilfefähig. Aufwendungen für Material und für **zahntechnische**

Leistungen, sind zu **40 vom Hundert** beihilfefähig. Die Beihilfe errechnet sich aus den 40 % der Materialkosten multipliziert mit dem maßgeblichen Bemessungssatz.

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

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

- der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
- bei schweren Kieferanomalien eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt.

Beihilfe für KFO-Leistungen wird nur gewährt, wenn die Beihilfestelle die Notwendigkeit der Behandlung **vor Beginn** auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplanes **anerkannt** hat.

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur bei bestimmten Krankheitsbefunden beihilfefähig.

Aufwendungen für

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

Psychotherapeutische Leistungen (§§ 12 bis 16 NBhVO)

Aufwendungen für 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.

Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte (§ 17 NBhVO)

Die beihilferechtliche Berücksichtigung dieser Aufwendungen setzt voraus, dass der Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker das Mittel vorher schriftlich verordnet oder bei einer ambulanten Behandlung verbraucht hat.

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

- verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten
- verschreibungspfl. Mund- und Rachentherapeutika,
- verschreibungspflichtige Abführmittel,
- verschreibungspflichtige Arzneimittel gegen Reisekrankheit,

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

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

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

dem Arzt verordnet werden (entspr. Antragsformulare hält Ihre Beihilfestelle bereit).

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

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

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

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

Heilmittel (§ 18 NBhVO)

Die nach vorheriger ärztlicher Verordnung entstandenen Aufwendungen für Heilbehandlungen (z.B. Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie) sind beihilfefähig, wenn das Heilmittel in Anlage 5 zu § 18 NBhVO aufgeführt ist, die dort genannten Voraussetzungen für die Beihilfegewährung vorliegen und das Heilmittel von einer Person angewandt wird, die die Anforderungen nach Anlage 6 zu § 18 Abs. 1 und § 19 NBhVO erfüllt und die Anwendung des Heilmittels der Berufsausbildung oder dem Berufsbild entspricht.

Hilfsmittel (§ 20 NBhVO)

Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke sind unter den in Anlage 7 zu § 20 Abs. 1 NBhVO genannten Voraussetzungen und bis zu den dort genannten Höchstbeträgen beihilfefähig, wenn die Anschaffung ärztlich verordnet und erforderlich ist, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Beihilfefähig sind auch die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Reparatur, den Betrieb, die Unterweisung in den Gebrauch und die Unterhaltung der in Anlage 7 genannten Gegenstände. Aufwendungen für die Anschaffung, die Reparatur, den Betrieb, die Unterweisung in den Gebrauch und die Unterhaltung für von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene Hilfsmittel (Anlage 8 zu § 20 Abs. 1 NBhVO) sind nicht beihilfefähig. Nach Vollendung des 18. Lebensjahres sind Sehhilfen nur in besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig (Punkt 3 der Anlage 8).

Krankenhausleistungen (§ 21 NBhVO)

Beihilfefähig sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung. **Wahlleistungen** (z. B. Ein-/Zweibettzimmer, Wahlarztbehandlung) sind keine allgemeinen Krankenhausleistungen und daher vollständig und ausnahmslos von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

Aufwendungen in Privatkliniken (Krankenhäuser, die weder das Krankenhausentgeltgesetz noch die Bundespflegegesetzverordnung anwenden), sind nur bis zur Höhe der allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung beihilfefähig. Diese Begrenzung der Beihilfefähigkeit kann dazu führen,

dass ein nicht unerheblicher Teil der Aufwendungen nicht beihilfefähig ist.

Häusliche Krankenpflege (§ 22 NBhVO)

Aufwendungen für eine nach ärztlicher Verordnung vorübergehend erforderliche häusliche Krankenpflege (Grundpflege, einschließlich notwendiger verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung und ambulante psychiatrische Krankenpflege) sind beihilfefähig bis zur Höhe der von den gesetzlichen Krankenkassen erstatteten Kosten. Die Aufwendungen sind auch beihilfefähig, wenn die häusliche Krankenpflege außerhalb des eigenen Haushalts erbracht wird.

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

Haushaltshilfe (§ 23 NBhVO)

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

- der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Angehörige verstorben ist,
- der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte oder der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Angehörige an der Haushaltsführung gehindert ist, weil er
 - sich vollstationär oder teilstationär in einem Krankenhaus oder einer Hospiz- bzw. Palliativeinrichtung aufhält,
 - an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnimmt,
 - häusliche Krankenpflege benötigt oder
 - vollstationär gepflegt wird;
- oder ein nach ärztlicher Bescheinigung erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt des den Haushalt 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.

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 Soziotherapie sind nach **vorheriger Anerkennung** bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund von Vereinbarungen zu tragen sind, beihilfefähig, 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 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,
- 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 Euro je Kilometer zurückgelegter Strecke berücksichtigt. Bei Rettungsfahrt und Krankentransport in einem Krankenkraftwagen sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Entgelte, die aufgrund von Vereinbarungen oder sonstiger Regelungen für die Inanspruchnahme der Leistungen des Rettungsdienstes bestimmt sind, 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.

Unterkunftskosten (§ 27 NBhVO)

Aufwendungen für Unterkunft anlässlich einer notwendig auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung sind bis zur Höhe von 26 Euro je Tag beihilfefähig. Ist nach ärztlicher Bescheinigung eine Begleitperson erforderlich, sind die Aufwendungen in gleicher Höhe beihilfefähig. Werden ärztlich verordnete Heilmittel in einer Einrichtung verabreicht, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch Pauschalen beihilfefähig.

Lebensbedrohende oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten (§ 28 NBhVO)

Aufwendungen für medizinische Leistungen anlässlich einer lebensbedrohenden oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung, für die eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht zur Verfügung steht, sind beihilfefähig, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung 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 Maßnahme (außer Anschlussrehabilitation) 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** die **Anerkennung** durch die 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 der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt, beihilfefähig. Vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme ist eine erneute Maßnahme (außer Anschlussrehabilitation) nicht beihilfefähig.

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

Ferner sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

- familienorientierte Rehabilitationen bei Erkrankung eines Kindes,
- ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen
- Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung sowie Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung bis zu 6,20 Euro je Trainingseinheit.

Suchtbehandlung (§ 31 NBhVO)

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

Aufwendungen im Pflegefall (§§ 32 bis 33 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 körperl., geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens für mindestens 6 Monate in erhebl. oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Wichtig ist, dass Pflegeleistungen und die Feststellung der Pflegebedürftigkeit **immer zuerst bei der privaten Pflegeversicherung bzw. gesetzlichen Pflegekasse beantragt werden** müssen. In Pflegefällen legt die Beihilfestelle die

Gutachten zugrunde, die für die Pflegeversicherung zum Vorliegen der Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege erstellt wurden. Der Leistungsbescheid der privaten Pflegeversicherung bzw. gesetzlichen Pflegekasse ist der Beihilfestelle möglichst umgehend zuzuleiten.

Palliativversorgung (§ 37 NBhVO)

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

Vorsorge und Prävention (§ 38 NBhVO)

Impfungen werden grundsätzlich in Anlehnung an die Empfehlung der ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut als beihilfefähig anerkannt. 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 Euro 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,
 - in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung,
 - einer Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei einer Hausentbindung oder einer ambulanten Entbindung
- beihilfefähig.

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

Die berücksichtigungsfähigen Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschl. der in diesem Zusammenhang erforderlichen Arzneimittel sind **zur Hälfte** beihilfefähig. Die Beihilfe errechnet sich aus der Hälfte der berücksichtigungsfähigen Aufwendungen multipliziert mit dem maßgeblichen Bemessungssatz. Anspruch auf Leistungen besteht nur für weibliche Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige, die das 25. Lebensjahr, jedoch noch nicht das 40. Lebensjahr vollendet 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.** Beihilfe wird nur gewährt, wenn die Beihilfestelle **vor Beginn** der Behandlung auf der Grundlage eines Behandlungsplans das Vorliegen der Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Behandlung **anerkannt** hat.

Ferner sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

- Sterilisation, wenn diese wegen Krankheit notwendig ist,
- ärztliche Beratung und Untersuchung zur Empfängnisregelung einschl. ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung vor Vollendung des 21. Lebensjahres und
- Leistungen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs.

Erste Hilfe, Entseuchung und Organspende und Gewebespende (§ 41 NBhVO)

Beihilfefähig sind Aufwendungen für

- Erste Hilfe,
- eine behördlich angeordnete Entseuchung und
- Leistungen für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige für eine Organ- oder Gewebetransplantation.

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

Die Beihilfe wird nach einem personenbezogenen v.H.-Satz berechnet. Maßgebend für die Ermittlung des v.H.-Satzes sind die Familienverhältnisse zum Zeitpunkt der Leistungserbringung. Von Beihilfeberechtigten wird erwartet, dass sie sich und ihre Familie mit einem angem. Beitrag krankenversichern, damit sie nicht durch Krankheits-, Pflege-, oder Geburtsfälle in wirtschaftl. Schwierigkeiten geraten. Seit 2009 besteht eine generelle **Krankenversicherungspflicht**, aus der sich die Pflicht für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen zum Abschluss einer ergänzenden bzw. beihilfekonformen Krankenversicherung ergibt.

Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Der Bemessungssatz (BMS) beträgt für

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Beamte (Bedienstete im aktiven Dienst) | 50 v.H., |
| 2. Versorgungsempfänger, berücksichtigungsfähige Ehegatten und Lebenspartner | 70 v.H., |
| 3. berücksichtigungsfähige Kinder und Waisen | 80 v.H.. |

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, so beträgt der Bemessungssatz des Beihilfeberechtigten nach Nr. 1 70 v.H.; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen 70 v.H.. Der erhöhte Bemessungssatz von 70 % gilt für den Beihilfeberechtigten, der den Familienzuschlag für die zwei oder mehr Kinder erhält. Die Beihilfeberechtigten können eine abweichende Bestimmung treffen, die nur aus wichtigem Grund geändert werden kann. Die nach § 14 der bisherigen Beihilfevorschriften (BhV) vor dem 01.01.2012 getroffenen Vereinbarungen sind weiterhin gültig.

Wird zu den Beiträgen für eine private **Krankenversicherung** aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen ein monatlicher **Zuschuss in Höhe von mindestens 41 Euro gewährt, so verringert sich der jeweilige Bemessungssatz um 20 v.H..** Es besteht die Möglichkeit, auf den Beitragszuschuss ganz oder teilweise zu verzichten. Wenden Sie sich in diesem Fall bitte an den Leistungsträger (z. B. Rentenversicherungsanstalt).

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

Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses Versicherungsleistungen nicht gewährt werden oder auf Dauer eingestellt worden sind, erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozentpunkte, jedoch höchstens auf 90 vom Hundert.

Die Festsetzungsstelle kann befristet den Bemessungssatz von Versorgungsempfängerinnen / Versorgungsempfängern und berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen / Ehegatten eingetr. Lebenspartnerinnen / Lebenspartner um bis zu 20 % erhöhen, wenn die Beiträge für die private Krankenversicherung 12 % der Summe der Einkünfte beider Personen übersteigt und die Summe der Einkünfte beider Personen 170 % der Mindestversorgung nicht übersteigt.

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

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

Die zustehenden Leistungen müssen von der beihilfeberechtigten Person nachgewiesen werden. Legen Sie bitte bei der erstmaligen Antragstellung sowie bei Änderungen Ihren Versicherungsschein vor. Aus diesen Unterlagen müssen die Leistungen in v.H.-Sätzen ersichtlich sein. Gesetzlich versicherte Personen müssen die Erstattungen der Krankenkasse zu den einzelnen Kostenrechnungen nachweisen.

Bei der Begrenzung der Beihilfe bleiben Zahlungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pfl egerenten- und Pfl egerentenzusatzversicherungen unberücksichtigt, soweit diese Versicherungen nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 SGB XI dienen.

Eigenbehalte (§ 45 NBhVO)

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

- Arznei- und Verbandmitteln sowie Medizinprodukten,
- Hilfsmitteln, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücken,
- Fahrten und Flüge, ausgenommen Fahrten und Flüge bei bestimmten Rehabilitationsmaßnahmen,
- einer Haushaltshilfe je Kalendertag und
- Soziotherapie je Kalendertag.

Der Eigenbehalt ist von Aufwendungen für ein Arzneimittel nicht abzuziehen, wenn das Arzneimittel in der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Internet unter www.gkv-spitzenverband.de veröffentlichten Liste der **Arzneimittel, die von der Zuzahlung befreit** sind, enthalten ist. Maßgeblich ist

die Liste, die zu Beginn des Quartals eines Kalenderjahres veröffentlicht ist, in dem die Aufwendungen entstanden sind.

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

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

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

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich bei

- häusl. Krankenpflege um einen Eigenbehalt in Höhe von zehn vom Hundert für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme im Kalenderjahr und um zehn Euro je Verordnung,
- Heilmitteln und Komplextherapien um einen Eigenbehalt in Höhe von 10 vom Hundert und um zehn Euro je Verordnung und
- zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln um einen Eigenbehalt in Höhe von zehn Prozent, jedoch höchstens zehn Euro für den Monatsbedarf.

Die Minderungen gelten nicht bei Aufwendungen

- von Kindern und Waisen vor Vollendung des 18. Lebensjahres, außer für Fahrten und Flüge,
- von Schwangeren im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- für eine Haushaltshilfe, die wegen Schwangerschaft oder Entbindung der den Haushalt führenden Person erforderlich ist,
- für ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten einschließlich der dabei verwandten Arzneimittel,
- für Arznei- und Verbandmittel sowie Medizinprodukte, die bei einer ambulanten Behandlung verbraucht und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet werden,
- für Heilmittel, für Hilfsmittel und für die Unterweisung in den Gebrauch von Blindenhilfsmitteln und für Training in Orientierung und Mobilität, für die Höchstbeträge festgesetzt sind,
- für Harn- und Blutteststreifen sowie
- für eine künstliche Befruchtung einschließlich der dazu verordneten Arzneimittel.

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

Eigenbehalte sind für ein Kalenderjahr **auf Antrag** nicht mehr abzuziehen, soweit sie innerhalb des Kalenderjahres den Grenzbetrag überschreiten. Der Grenzbetrag beträgt 2 v.H. und wenn der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger chronisch krank ist, 1 v.H. der Summe der jährlichen Einkünfte.

Auf Antrag wird für Aufwendungen für ärztlich oder von einer Heilpraktikerin oder einem Heilpraktiker verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die innerhalb eines Kalenderjahres entstanden sind, eine Beihilfe gewährt, soweit sie den Grenzbetrag überschreiten. Hierbei sind die Aufwendungen für das Arzneimittel abzüglich eines fiktiven Eigenbehalts

entsprechend der Höhe des Bemessungssatzes zu berücksichtigen. Diese Regelung gilt nicht bei Aufwendungen für

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten,
- Mund- u. Rachentherapeutika, ausgen. bei Pilzinfektionen,
- Abführmittel,
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit sowie
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

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

Verfahren (§§ 47 bis 52 NBhVO)

Die Beihilfe wird auf schriftlichen Antrag gewährt. Für die Antragstellung verwenden Sie bitte den dafür vorgesehenen Beihilfeantrag. Beim Erstantrag und bei allen beihilferechtlich relevanten Änderungen ist das Ergänzungsblatt zum Beihilfeantrag beizufügen. Antragsformulare erhalten Sie bei den Zentralen Informations- und Beratungsstellen (ZIB) in den Standorten der LbV. Sie finden den Beihilfeantrag und weitere Informationsblätter auch auf der Internetseite www.ofd.niedersachsen.de.

Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. **Die vom Rechnungsaussteller gefertigten Zweitschriften der Belege sind ausreichend.** Selbst gefertigte Kopien der Belege werden nicht akzeptiert. Aus den Belegen müssen Grund und Höhe der Aufwendungen im Einzelnen ersichtlich und für die Beihilfestelle nachprüfbar sein.

Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 100 EUR betragen. Bei geringeren Aufwendungen ist die Beantragung einer Beihilfe zulässig, wenn eine Versäumung der Antragsfrist droht oder eine unbillige Härte entstände.

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

Die Beihilfestelle kann auf Antrag Abschlagszahlungen leisten. Sie zahlt diese auf Verlangen des Antragstellers an Dritte aus.

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

Stirbt die beihilfeberechtigte Person, erhält die Beihilfen zu den bis zum Tod entstandenen Aufwendungen die Erbin, der Erbe oder die Erbengemeinschaft. Die Erbberechtigung ist der Beihilfefestsetzungsstelle durch Erbschein nachzuweisen. Bei einer Erbengemeinschaft kann die Zahlung der Beihilfe nur auf ein gemeinsames Konto der Erbengemeinschaft erfolgen. Ausnahmsweise kann die Beihilfe auch auf das Konto eines Mitgliedes der Erbengemeinschaft überwiesen werden, wenn dieses schriftlich nachweist, dass die übrigen Mitglieder der Erbengemeinschaft mit der Zahlung der Beihilfe auf das Konto des beantragenden Mitgliedes einverstanden sind.

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