

VKPB | Postfach 10 41 62 | 44041 Dortmund

An alle Beihilfeberechtigten  
 der Ev. Kirche von Rheinland  
 der Ev. Kirche von Westfalen  
 der Lippischen Landeskirche

Beihilfe  
 Ihr Ansprechpartner: s. Seite 15

Tel: 0231 5776 – s. Seite 15  
 Fax: 0231 5776 – 222

Dortmund, im Okt. 2010

### Aktuelle Übersicht über das zurzeit geltende Beihilfenrecht

Sehr geehrte Dame,  
 sehr geehrter Herr,

dieses Merkblatt soll Ihnen die Beantragung von Beihilfen erleichtern und eine Übersicht der wichtigsten beihilfe-rechtlichen Bestimmungen des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) bieten. Rechtsansprüche können Sie hieraus nicht ableiten, da für die Festsetzung Ihrer Beihilfe die Beihilfevorschriften (BVO) des Landes NRW in der jeweils geltenden Fassung maßgebend sind.

Die Zusammenstellung soll nur einen groben Überblick geben und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Insbesondere ist zu beachten, dass stets nur die notwendigen und angemessenen Kosten als beihilfefähig anerkannt werden können. Dies gilt auch dann, wenn keine besondere Begrenzungs- oder Anschlussregelung in der Beihilfenverordnung enthalten ist. In Zweifelsfällen fragen Sie daher bitte Ihre zuständige Bearbeiterin bzw. Ihren zuständigen Bearbeiter in der Beihilfefestsetzungsstelle.

Für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen der Ev. Kirche von Westfalen und der Lippischen Landeskirche, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, wird auf das zusätzliche Merkblatt verwiesen.

Beachten Sie bitte, dass eine Beihilfe nur festgesetzt werden kann, wenn der Antrag alle erforderlichen Angaben enthält, eigenhändig unterschrieben ist und wenn alle für die Bearbeitung notwendigen Unterlagen beigelegt sind.

#### Inhaltsverzeichnis:

0.	Definition	4.4	Brillen und Kontaktlinsen
1.	Antragstellung	4.5	Beförderungskosten
2.	Beihilfeanspruch	4.6	Krankenhaus
2.1	Erziehungsurlaub/Urlaub aus familienpolitischen Gründen	4.7	Rehabilitationsmaßnahmen
2.2	Krankenversicherung in einer GKV	4.8	Familien- und Hauspflegekraft
3.	Selbstbehalte für Aufwendungen	4.9	Geburt
3.1	Kostendämpfungspauschale	5.	Pflegebedürftigkeit, Pflegehilfsmittel
3.2	Selbstbehalte bei stationärer Krankenhausbehandlung	5.1	Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
3.3	Belastungsgrenze	6.	Unfall
4.	Beihilfefähigkeit von Aufwendungen	7.	Auslandskosten
4.0	Psychotherapeutische Behandlung	8.	Beihilfe im Todesfall
4.1	Arzt- und Heilpraktikerbehandlung, Psychotherapie	9.	vorherige Anerkennung
4.2	Zahnbehandlung	9.1	Kooperationspartner der VKPB
4.2.1	Zahnersatz für Anwärter/Referendare	10.	Ihr Ansprechpartner
4.3	Hilfsmittel		

merk01!!!

## 0. Definition

Beihilfen im Sinne der Beihilfenverordnung NRW sind unterstützende Fürsorgeleistungen des Dienstherrn zum teilweisen Ausgleich der im Krankheits-, Geburts- und Todesfällen entstehenden Kosten.

### *Daraus folgt:*

Die Krankheitskosten sind grundsätzlich aus den Bezügen zu bestreiten. Die Beihilfen ergänzen lediglich die aus den Dienstbezügen zu treffende Eigenfürsorge. Dabei darf der Dienstherr davon ausgehen, dass der Beihilfeberechtigte - auch wenn dazu keine Verpflichtung besteht - durch den Abschluss einer Krankenversicherung Vorsorge trifft.

Hierbei handelt es sich um ein eigenständiges öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis zwischen Bediensteten und der jeweiligen Landeskirche.

Rechtsgrundlagen sind die Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen (BVO) und die hierzu ergangenen Verwaltungsvorschriften sowie die Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte in den jeweils geltenden Fassungen.

Daneben existiert ein privatrechtliches Rechtsverhältnis zwischen (Zahn-)Arzt und Patient. Die Grundlagen der Berechnung des (zahn-)ärztlichen Honorars sind ausschließlich die Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte.

Soweit die Rechnung Ihres (Zahn-)Arztes einer vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht und die beihilferechtlichen Bestimmungen eine Erstattung zulassen, werden auch wir einen ungekürzten Erstattungsanspruch bejahen.

Bei strittiger Anwendung oder auf Grund unterschiedlicher Auslegung der Gebührenordnung kann die Beihilfefähigkeit in Einzelfällen durch beihilferechtliche Bestimmungen eingeschränkt sein. Darüber hinaus schließen die beihilferechtlichen Bestimmungen Erstattungen zu bestimmten vom (Zahn-)Arzt durchaus berechenbaren Gebühren ganz oder teilweise aus.

## 1. Antragstellung

Beantragen Sie Beihilfen ausschließlich mit dem amtlichen Formblatt. Der Vordruck ist sorgfältig auszufüllen und von der beihilfeberechtigten Person selbst zu unterzeichnen. Soll eine andere Person zur Stellung der Beihilfeanträge berechtigt sein, so ist hierüber eine Vollmacht (Vollmachtsvordruck der Kasse oder formlos) vorzulegen. Eine Einsendung des Vordruckes per FAX kann nur zur Fristwahrung erfolgen. Auf die Vorlage des Antragsformblattes mit der im Original geleisteten Unterschrift (keine Kopie) kann nicht verzichtet werden. Alle gebräuchlichen Formulare und Merkblätter können Sie auf unserer Internetseite [herunterladen.](http://www.vkpb-dortmund.de) [www.vkpb-dortmund.de](http://www.vkpb-dortmund.de)

Dem Antrag sind die notwendigen Unterlagen (Rechnungen, Rezepte, Verordnungen etc.) beizufügen, sortiert nach Aufwendungen für Personen, (RP, AB, SO, ZB, KH usw.)! Die eindeutige Beantwortung aller

Fragen in jedem Antrag ist für die Bearbeitung unerlässlich und spart zeitraubende Rückfragen.

Bitte beachten Sie,

- dass eine Beihilfe grundsätzlich nur gewährt wird, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200,00 € betragen. Sofern Ihre Kosten aus einem Jahr diesen Betrag nicht erreichen, jedoch mehr als 15,00 € betragen, kann nach Ablauf von zehn Monaten dennoch eine Beihilfe beantragt werden.
- dass Ihre Beihilfeansprüche erlöschen können. Beantragen Sie Ihre Beihilfe daher innerhalb von einem Jahr nach Entstehen der Aufwendungen, spätestens jedoch ein Jahr nach Ausstellung der ersten Rechnung.

**ACHTUNG!** Zu jedem Rechnungsbeleg ist die Kosten-erstattung Ihrer Krankenversicherung bzw. gesetzlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse nachzuweisen. Sofern Sie privat krankenversichert sind und einen geeigneten Nachweis über eine bestehende Quotenversicherung vorlegen, kann auf Einzelnachweise verzichtet werden. Zum Nachweis Ihrer Aufwendungen fügen Sie dem Beihilfeantrag und der Zusammenstellung bitte die Rechnungsbelege bei. In Sterbefällen ist die Vorlage von Originalbelegen zwingend notwendig.

Quittungen, Mahnungen, Belege über Vorauszahlungen, Heil- und Kostenpläne und dgl. können nicht als Nachweis akzeptiert werden. Fotokopien müssen vollständig und lesbar sein. Quittungsbelege/Überweisungsträger über die Begleichung der Rechnungen brauchen nicht vorgelegt zu werden.

Sind ärztliche Verordnungen oder Notwendigkeitsbescheinigungen erforderlich, die im Übrigen immer vor dem Entstehen der Aufwendungen ausgestellt sein müssen (z. B. bei Hilfsmitteln, Heilbehandlungen), fügen Sie diese den jeweiligen Kostenbelegen bei. Bitte beachten Sie, dass Arzt- und Zahnarztrechnungen neben der Diagnose auch Stempel und Unterschrift des Ausstellers enthalten, sofern der Beleg nicht eindeutig dem Rechnungsaussteller zugeordnet werden kann (z. B. bei Rechnungslegung durch privatärztliche Verrechnungsstellen oder bei Verwendung von vorgedruckten Kopfbögen).

Bitte prüfen Sie nach Erhalt des Beihilfebescheides, ob Ihre Kosten zutreffend abgerechnet wurden. Offensichtliche Fehler lassen sich im Regelfall bereits durch einen Anruf bei der Kasse unbürokratisch beseitigen. Auch Fragen des Beihilferechts können oftmals durch ein Telefonat geklärt werden. Durch den so vermiedenen Schriftverkehr tragen Sie zu einer zügigen Bearbeitung der Beihilfeanträge bei.

Bitte sammeln Sie Ihre Belege nicht so lange und reichen Sie einen Antrag bereits bei 10 - 15 Belegen zur Beihilfengewährung ein.

Sie erleichtern uns die Arbeit, vermeiden Bearbeitungsrückstände und verfügen schneller über das von Ihnen verauslagte Geld.

## 2. Beihilfeanspruch

Der Bemessungssatz (§ 2 Abs. 1 BVO) ist personenbezogen und beträgt im Regelfall für

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

### Kinder

Die Aufwendungen für Kinder können vom Beihilfeberechtigten geltend gemacht werden, solange für die Kinder eine grundsätzliche Kindergeldberechtigung besteht. Diese besteht auch dann, wenn das Kind über 18 ist und sich in einem Ausbildungsverhältnis befindet, unabhängig davon, ob das Kindergeld ausgezahlt wird.

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

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

In Zweifelsfällen wenden Sie sich bitte an Ihre Beihilfestelle.

Die Beihilfe darf zusammen mit den Versicherungsleistungen und den sonstigen zugeflossenen Erstattungen die tatsächlichen Aufwendungen (dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen) nicht übersteigen. (Höchstbetragsberechnung nach § 12 Abs. 7 BVO.) Nicht berücksichtigt werden dabei Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld- und sonstige Summenversicherungen bis 80,00 € pro Tag.

Beteiligt sich ein Rentenversicherungsträger an den Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung, so ermäßigt sich der Bemessungssatz bei Personen, denen dem Grunde nach eine Beitragsentlastung von mindestens 80,00 € monatlich zusteht, um 10 % (§ 12 Abs. 3 BVO). Diese Regelung sagt aus, dass es auf die Höhe des tatsächlich gezahlten Beitragszuschusses nicht ankommt. Somit kann ein - auch teilweiser - Verzicht auf den zustehenden Beitragszuschuss die Absenkung des Bemessungssatzes nicht verhindern.

Sofern der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner oder die Kinder berücksichtigungsfähige Personen im Sinne von § 2 BVO sind, entfällt die Beihilfegewährung für diesen Personenkreis in folgenden Fällen:

- Der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner erzielt im Kalenderjahr vor der Antragstellung einkommenssteuerrechtliche Gesamteinkünfte (§ 2 Abs. 3 EstG) von über 18.000,00 €.

- Der getrennt lebende Ehegatte/eingetragene Lebenspartner hat keinen Unterhaltsanspruch gegen den Beihilfeberechtigten durchsetzen können.

- Ein Kind ist im Familienzuschlag nach dem Besoldungsgesetz nicht mehr berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig (Ausnahme: Wegfall wegen Überschreitens der Einkommensgrenze).

Beihilfeberechtigte erhalten nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b BVO für ihren Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner nur dann eine Beihilfe zu dessen Krankheitskosten, wenn dessen steuerlicher Gesamtbetrag der Einkünfte im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000,00 € im Jahr nicht überstiegen hat. Renten werden dabei bei Rentenbeginn bis zum 31.12.2003 nur mit dem Ertragsanteil berücksichtigt. Beginnt die erstmalige Rentenzahlung am bzw. nach dem 01.01.2004, wird nicht nur der Ertragsanteil, sondern der Zahlbetrag der Rente bei der Ermittlung der Einkommensgrenze berücksichtigt. Liegt die Rente darunter, können ggf. weitere Einkünfte (z. B. aus Kapitalvermögen oder aus Vermietung) zum Überschreiten der Jahreseinkommensgrenze von 18.000,00 € führen.

Bitte beachten Sie: Geschiedene Ehepartner gehören nicht mehr zu den berücksichtigungsfähigen Personen. Die Aufwendungen müssen daher bei der Beihilfe unberücksichtigt bleiben.

### **2.1 Erziehungurlaub nach § 86 und Urlaub aus familienpolitischen Gründen nach § 85 a LBG**

Während des Erziehungurlaubs und während der Beurlaubung aus familienpolitischen Gründen besteht nur dann ein eigener Beihilfeanspruch, wenn die/der Beihilfeberechtigte nicht berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten wird oder wenn kein Anspruch auf Familienhilfe nach § 10 SGB V besteht.

Sie sollten sich im Zweifel vorher bei der Beihilfestelle bzw. bei der Krankenversicherung Ihres Ehegatten informieren.

### **2.2 Krankenversicherung in einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV)**

Leistungen von gesetzlichen Kranken- oder Ersatzkassen (Sachleistungen, Geldleistungen anstelle von

Sachleistungen, Sachleistungssurrogate) sind stets nachzuweisen. Bei KH Aufwendungen ist zunächst immer die Pflegekostenrechnung mit dem Erstattungsnachweis der GKV vorzulegen. Bei Erhalt von Sach- oder Dienstleistungen (ärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung, Heilmittel etc.) ist eine Beihilfengewährung ausgeschlossen. Eigenanteile für Krankenhausaufenthalte, Fahrtkosten, Kuraufenthalte sowie Rezeptgebühren o. ä. Gebühren sind nicht beihilfefähig. Sofern Pflichtversicherte anstatt der Sach- oder Dienstleistungen die Kostenerstattung wählen, sind die Kosten nicht beihilfefähig.

### 3. Selbstbehalte für Aufwendungen ab 01.01.1999/01.01.2000

#### 3.1 Kostendämpfungspauschale

Die Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem Aufwendungen entstanden sind, um eine Kostendämpfungspauschale auf der Basis der nachfolgenden

Stufe	Besoldungsgruppen	Betrag	Höchstbetrag 70 v. H. (Ruhestand)	Höchstbetrag 40 v. H. (Hinterbliebene)
1	A 7-A 11	150,00 €	105,00 €	60,00 €
2	A 12-A 15, B 1, C 1, C 2, H 1-H 3, R 1, W 1, W 2	300,00 €	210,00 €	120,00 €
3	A 16, B 2, B 3, C 3, H 4, H 5, R 2, R 3, W 3	450,00 €	315,00 €	180,00 €
4	B 4-B 7, C 4, R 4-R 7	600,00 €	420,00 €	240,00 €
5	Höhere Besoldungsgruppen	750,00 €	525,00 €	300,00 €

Die vorgenannten Beträge werden bei Teilzeitbeschäftigten im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit vermindert.

Der ermittelte Betrag wird auf volle 5,00 € abgerundet. Für jedes berücksichtigungsfähige Kind oder jedes Kind, das nur deshalb nicht berücksichtigt ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist, vermindert sich die Kostendämpfungspauschale um 60,00 €. Die Höhe der Kostendämpfungspauschale richtet sich nach den bei der erstmaligen Antragstellung im Kalenderjahr maßgebenden persönlichen Verhältnissen.

#### 3.2 Selbstbehalte bei stationärer Krankenhausbehandlung

Die beihilfefähigen Aufwendungen bei stationärer, teilstationärer sowie vor- und nachstationärer Behandlung werden für ggf. gewählte Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung, Ein- oder Zweibettzimmer) um folgende Eigenanteile (Selbstbehalte) gekürzt:

In Krankenhäusern, die nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gilt jeweils täglich ein Eigenanteil für das Zweibettzimmer von 15,00 € und für die privatärztliche Behandlung von 10,00 €. In Krankenhäusern, die nicht die Bundespflegesatzverordnung anwenden, gilt bei Inanspruchnahme des Pflegesatzes der zweiten Pflegeklasse ein Eigenanteil von 25,00 € täglich. Der Eigenanteil ist maximal für 30 Tage bzw. 750,00 € je beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Person im Kalenderjahr anzusetzen.

Der Eigenanteil mindert den Zahlungsbetrag der Beihilfe in Höhe des zustehenden Bemessungssatzes. (Bei 25,00 € Eigenanteil und 70 % Bemessungssatz ergibt sich eine Beihilfeminderung von 17,50 € täglich.)

#### 3.3 Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze begrenzt die finanziellen Belastungen der Beihilfeberechtigten. Für Aufwendungen, die nach dem 31.12.2009 entstehen, dürfen

Tabelle einmalig gekürzt (§ 12 a BVO). Die Pauschale entfällt bei Waisen, Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst, gesetzlich versicherten Beihilfeberechtigten, bei Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 und 3 BVO sowie bei Beihilfen zu dauernder Pflegebedürftigkeit. Sie entfällt im Jahr des Todes des Beihilfeberechtigten bei Witwen und Witwern, Hinterbliebenen, eingetragenen Lebenspartnern sowie bei Beihilfen an Hinterbliebene und sonstige Personen in Todesfällen. Für die Zuteilung zu den Stufen in der Tabelle ist die Besoldungsgruppe maßgebend, nach der die Bezüge berechnet sind.

Die Kostendämpfungspauschale bemisst sich bei Ruhestandsbeamten, Pfarrerinnen, Pfarrern i. R. nach dem Ruhegehaltssatz, der der Berechnung des Ruhegehaltes tatsächlich zu Grunde liegt, höchstens jedoch 70 v. H. bei Hinterbliebenen nach 60 v. H. des Ruhegehaltssatzes höchstens jedoch 40 v. H. des Tabellenbetrages.

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

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

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

#### 4. Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

Die nachfolgenden Ausführungen sind nicht abschließend und sollen nur einen Überblick über beihilfefähige Kosten geben. Sollten Sie in Einzelfragen unsicher sein, wenden Sie sich bitte an die Kasse, die Ihnen nach Möglichkeit auch telefonisch Auskunft erteilt. Beihilfefähig sind nur die notwendigen Auf-

wendungen in angemessenem Umfang, die der Wiedererlangung der Gesundheit, der Besserung oder Linderung von Leiden bzw. dem Ausgleich oder der Beseitigung von angeborenen oder erworbenen Körperschäden dienen. Aufwendungen um Zwecke vorbeugender Maßnahmen, die somit nicht im Krankheitsfall entstehen, werden nicht berücksichtigt. Ob diese Voraussetzungen vorliegen, entscheidet die Kasse. Bitte haben Sie Verständnis, dass in Zweifelsfällen Stellungnahmen der zuständigen Amtsärzte eingeholt werden. Aufwendungen für wissenschaftlich nicht anerkannte Heilbehandlungen sind nicht beihilfefähig.

Hierzu zählen z.B.: Ozontherapie, Ayurvedische Medizin, Orthokintherapie, Biodynamische Therapien, Colon-Hydro-Therapie, Frischzellentherapien, Fußreflexzonenmassagen, Galvanotherapie, Heileurythmie, Hochtontherapie, Orthomolekulartherapie, Behandlungen im Rahmen der Spagyrischen Medizin.

Aufwendungen für wissenschaftlich noch nicht anerkannte Heilbehandlungen können vom Landeskirchenamt auf Grund des Gutachtens eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) für beihilfefähig erklärt werden. Ärztlich verordnete, wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen sind im Rahmen der vom Finanzministerium vorgegebenen Höchstbeträge beihilfefähig, sofern sie von Angehörigen der Heil- und Hilfsberufe (Krankengymnasten, Masseur etc., nicht jedoch Fußpfleger, Gymnastiklehrer oder Kosmetikerinnen) durchgeführt werden.

Aufwendungen für die Leistungen von Heilpraktikern sind maximal bis zur Höhe der entsprechenden ärztlichen Leistung beihilfefähig.

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

- Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen
- Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen
- Stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-Vater-Kind-Kuren
- Ambulante psychotherapeutische Behandlung (Ausnahme: bis zu fünf probatorische Sitzungen)
- Ärztlich verordnete Hilfsmittel über 1.000,00 €, die nicht in der Auflistung unter Nr. 4.3 aufgeführt sind
- Medizinisch notwendige Behandlung im Ausland
- Implantate im Zahnbereich

#### Empfängnisverhütung

Kosten für empfängnisregelnde Mittel sind nur für Personen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr **und bei Personen ab dem 48. Lebensjahr** beihilfefähig (§ 8 Abs. 3 BVO).

#### Impfung

Beihilfefähig sind Schutzimpfungen nach den Impfeempfehlungen des Bundesgesundheitsamtes, wie z. B. Gripeschutzimpfung, Tetanus, Polio, Mumps-Masern-Röteln, Hepatitis-B, Diphtherie. Ob eine Impfung empfohlen wird, kann über das Internetangebot

der Ständigen Impfkommision: (<http://www.rki.de/GESUND/PRAEV/IMPFEN/STIKO/STIKO.HTM>) geklärt werden.

#### Sterilisation

Kosten für Sterilisationen sind nur noch in Krankheitsfällen beihilfefähig (§ 8 Abs. 2BVO). Als Nachweis ist ein amtsärztliches Gutachten erforderlich.

#### Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln

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

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

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

#### Verschreibungspflichtige Arzneimittel:

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

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

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

#### Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel:

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

mittel. Homöopathische und Anthroposophische Arzneimittel sind im Regelfall nicht beihilfefähig.

#### Andere Mittel:

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

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

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

#### **4.0 Psychotherapeutische Behandlungen**

Für ambulante psychotherapeutische Behandlungen und für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung können Beihilfen gewährt werden. Allerdings ist die Beihilfefähigkeit Beschränkungen unterworfen.

Vor Beginn einer ambulanten Psychotherapie ist die vorherige schriftliche beihilferechtliche Anerkennung durch die Festsetzungsstelle erforderlich. Wegen weiterer Einzelheiten zu dieser Thematik und zum Verfahren empfiehlt es sich, sich im Bedarfsfall rechtzeitig vorher mit der Beihilfestelle abzustimmen.

Auch bei Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung (Hypnose, autogenes Training u. a.) empfiehlt sich eine vorherige Rückfrage mit dem zuständigen Beihilfesachbearbeiter.

*Vorsorglicher Hinweis:* Fehlt es an der notwendigen vorherigen schriftlichen Genehmigung der Beihilfestelle zu Art und Umfang ambulanter Psychotherapie, entfällt mit Ausnahme von Leistungen für eingeschränkte probatorische Sitzungen die Beihilfefähigkeit der gesamten Behandlung.

Stationäre psychotherapeutische Behandlungen im Krankenhaus bedürfen keiner vorherigen beihilferechtlichen Genehmigung.

#### **4.1 Arzt- oder Heilpraktikerbehandlung, Psychotherapie**

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

nigungen sind nur beihilfefähig, wenn sie für die Anerkennung der Beihilfefähigkeit erforderlich sind oder von der Beihilfestelle besonders angefordert werden. Kosten für die Behandlung durch Heilpraktikerinnen oder Heilpraktiker, die sich aus dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) ergeben, sind grundsätzlich nur bis zur Höhe vergleichbarer ärztlicher Gebühren nach der GOÄ beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind z. B. die Bachblütentherapie, Antlitz- oder Pulsdiagnose.

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

#### **4.2 Zahnbehandlung**

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

Zahntechnische Leistungen (§ 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie bei Einlagefüllungen (Inlays) in Höhe von sechzig vom Hundert beihilfefähig.

Auf diesen beihilfefähigen Betrag wird der personenbezogene Bemessungssatz angewendet. Bei einer Versorgung mit Zahnersatz wird also im Regelfall von 60 % der beihilfefähigen Laborkosten eine Beihilfe von 50 oder 70 % ausbezahlt.

#### Mehraufwendungen für Verblendungen

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

In der Zahnarztpraxis verwendete konfektionierte Materialien, auch Abform- und Abdruckmaterial sowie Materialien aus Metall und Keramik für ein Implantat sind beihilfefähig, nicht jedoch Anästhetika und diverses Praxismaterial oder Dicor-Glaskeramikronen.

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

Aufwendungen für die Versorgung mit **Implantaten** im Zahnbereich - sowie alle damit verbundenen weiteren Aufwendungen - sind nur unter sehr engen

Voraussetzungen (z. B. zahnloser Unterkiefer) **und** nach **vorheriger Anerkennung** durch die Festsetzungsstelle, in der Regel aufgrund eines amtsärztlichen Gutachtens, beihilfefähig. Ist die Versorgung mit Implantaten beabsichtigt, ist es - insbesondere im Hinblick auf die Kostenhöhe - ratsam, über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen und die Höhe der Beihilfe vorab bei der Beihilfestelle anzufragen. Wird eine Implantatversorgung gewählt, deren Kosten nicht als beihilfefähig anerkannt werden können, so werden neben den Aufwendungen für die Suprakonstruktion (Brücken, Kronen, Prothesen usw.) für insgesamt maximal 8 Implantate (je 2 für jede Kieferhälfte) je Implantat € 450,00 als beihilfefähige Aufwendungen anerkannt. Bereits durch vorhandene Implantatversorgungen ersetzte Zähne, für die keine beihilfefähige Indikation vorliegt, sind hierauf anzurechnen. Eine Beihilfegewährung darüber hinaus ist nicht möglich. Mit den Pauschalbeträgen sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen einschließlich notwendiger Anästhesie und der Kosten u.a. für die Implantate selbst, die Implantataufbauten, die implantatbedingten Verbindungselemente, Implantatprovisorien, notwendige Instrumente (z. B. Bohrer, Fräsen), Membranen und Membrannägel, Knochen- und Knochenersatzmaterial, Nahtmaterial, Röntgenleistungen, Computertomographie und Anästhetika abgegolten.

Bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion einheitlich 250,00 € je Implantat - höchstens jedoch in Höhe der tatsächlichen Kosten - beihilfefähig.

WICHTIG! Nicht alles, was der Zahnarzt nach der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnen kann/darf, ist gleichzeitig auch beihilfefähig.

#### 4.2.1 Zahnersatz für Referendare und Vikare

Anwendungen für Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen sind für Beamte auf Widerruf um Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. Dies gilt u. a. dann nicht, wenn diese Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes geschehen ist.

#### 4.3 Hilfsmittel

Beihilfefähig sind vom Arzt schriftlich verordnete Hilfsmittel (§ 4 Abs. 1 Nr. 10 BVO), zu denen auch Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung rechnen, sowie die Aufwendungen für Anschaffung und Reparatur. Für den **Betrieb von Hilfsmitteln** kann nur der Betrag, der 100,00 € im Kalenderjahr übersteigt, als beihilfefähig anerkannt werden. Die Mietgebühren für Hilfsmittel sind beihilfefähig, sofern sie insgesamt nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind.

Nicht beihilfefähig sind Hörgerätebatterien für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Hilfsmittel, die auch von anderen als der erkrankten Person oder auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung benutzt werden können (z. B. Bandscheibenmatratzen, Liegestühle, Gesundheitsschuhe, Fieberthermometer, Heizkissen, Bestrahlungslampen, Standfahrrad/Fahrradergometer etc.) sind nicht beihilfefähig.

Wir bitten Sie daher, vor der Anschaffung von „Hilfsmitteln“ wie z. B.:

- Badelifter
- Dekubitusprophylaxe und -therapie
- Infusionspumpen
- Kranken- und Pflegebetten
- Lesegeräte/Bildschirmlesegeräte
- CPAP Geräte
- Rehabilitationshilfen - Delta Gehrad
  - Rollator
  - Toilettensitzerhöhung (höhenverstellbar mit Armlehnen)
- Rollstühle
- Sauerstoffgeräte

vorher mit uns Kontakt aufzunehmen, damit wir für Ihre optimale Versorgung mit diesen Hilfsmitteln sorgen können - siehe auch Pkt. 9.1 -.

Diese Aufzählung kann nicht abschließend sein. Sollten Sie die Beschaffung von Hilfsmitteln beabsichtigen, die hier nicht aufgeführt sind, bitten wir um vorherige Information, damit wir prüfen können, ob eine Versorgung durch uns möglich ist.

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

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

Andere Hilfsmittel, deren Kosten 1.000,00 € übersteigen, sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

\* Beihilfefähigkeit durch Höchstbeträge begrenzt (Hörgeräte je Ohr 1.400,00 € sowie Perücken 800,00 €, Blutdruckmessgerät 80,00 €, Blutzuckerteststreifen 0,70 €).

#### 4.4 Brillen und Kontaktlinsen

Zu ärztlich verordneten Brillen wird eine Beihilfe gewährt. Aufwendungen für die Ersatz- oder Folgebeschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen sind grundsätzlich auch dann beihilfefähig, wenn die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker vorgenommen wurde. Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13,00 € beihilfefähig. Von dieser Regelung erfasst ist jede Beschaffung von Brillen oder Kontaktlinsen, die nicht Erstbeschaffung ist. Auf eine ärztliche Verordnung kann nur für die Refraktionsbestimmung verzichtet werden. Besonderheiten - wie z. B. Tönung oder Entspiegelung der Gläser bzw. Kunststoff - bedürfen immer einer ärztlichen Verordnung mit entsprechender medizinischer Begründung. Mehraufwendungen für entspiegelte Brillengläser sind nur bei höherbrechenden Gläsern ab 6 Dioptrien beihilfefähig. Aus der Rechnung Ihres Optikers müssen der Grundpreis mineralischer Gläser und die Kosten der jeweiligen Sonderleistung hervorgehen. Die Kosten der Fassung sind nicht beihilfefähig. Einschleifkosten beihilfefähiger Brillengläser werden bis zu einem Betrag von 11,00 € je Glas anerkannt.

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

oder bei Kurzsichtigkeit sich die Sehschärfe (Visus) um mindestens 20 Prozentpunkte verbessert.

Ohne eine solche Sehschärfeänderung sind die Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung von Sehhilfen dann beihilfefähig, wenn seit der letzten beihilfefähigen Beschaffung einer Sehhilfe eine Frist von 4 Jahren verstrichen ist. Bei weichen Kontaktlinsen verkürzt sich diese Frist auf 2 Jahre. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind in diesem Fall auf max. 100,00 € je weicher Kontaktlinse und 150,00 € je Brillenglas beschränkt, wobei auch hierbei die o.g. Einschränkungen hinsichtlich der Kosten der Brille bzw. der Gläser gelten.

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

#### 4.5 Beförderungskosten

Nicht beihilfefähig sind z. B. Aufwendungen für:

- die Mitnahme weiterer Personen bei Benutzung privater Personenkraftwagen,

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

Zu den Beförderungskosten, die im Ausland entstehen, siehe unter 7. (Auslandskosten).

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

Soll eine Behandlung außerhalb des Wohn- oder Aufenthaltsortes oder einer Nachbargemeinde in einer Klinik oder bei einem Facharzt erfolgen, sind Fahrtkosten nur dann beihilfefähig, wenn die entsprechende Behandlung am Wohn- oder Aufenthaltsort oder einem nähergelegenen Ort nach objektiven Gesichtspunkten mit gleicher Erfolgsaussicht nicht möglich ist. Eine entsprechende ärztliche Bescheinigung fügen Sie Ihrem Antrag bitte bei. In diesem Fall sind grundsätzlich nur die Kosten der niedrigsten Beförderungsklasse der regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen beihilfefähig. Aufwendungen für die Benutzung einer Taxe, eines Krankenwagens oder Kraftwagens der beihilfeberechtigten Person oder eines Familienangehörigen am Wohnort sowie zu einer auswärtigen Behandlung sind beihilfefähig, wenn ärztlicherseits bescheinigt wird, dass wegen des Gesundheitszustandes der erkrankten Person ein anderes Beförderungsmittel nicht benutzt werden konnte. Achten Sie immer auf die Vorlage der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung.

Wird bei medizinischer Notwendigkeit anstelle einer Taxe oder eines Krankenwagens der Kraftwagen der beihilfeberechtigten Person oder eines Familienangehörigen (nicht eines Bekannten oder Nachbarn) für Fahrten der erkrankten Person benutzt, sind die entstandenen Aufwendungen unabhängig von der Zahl der beförderten Personen und dem Umfang des mitgeführten Gepäcks bis 0,30 € je gefahrenen Kilometer zu berücksichtigen.

#### 4.6 Krankenhaus/Privatkliniken

Bei einer stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung sind in Krankenhäusern, die nach der Bundespflegegesetzverordnung abrechnen, neben den Arztkosten, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung für Ärzte -GOÄ- abgerechnet werden, Fallpauschalen und Sonderent-

gelte sowie als Wahlleistungen die Kosten für ein Zweibettzimmer beihilfefähig.

Wird ein Krankenhausaufenthalt in einem Krankenhaus durchgeführt, das nicht nach § 108 SGB V zugelassen ist, z. B. bestimmte Privatkliniken, so sind nur die vergleichbaren Aufwendungen, die bei einer entsprechenden Behandlung in der dem Behandlungsort nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik) entstanden wären, beihilfefähig. Pro Tag wird ein darüber hinausgehender Selbstbehalt in Höhe von 25,00 € in Abzug gebracht.

Als Wahlleistungen (Selbstbehalte bei Wahlleistungen siehe unter Nr. 3.2) sind Arztkosten, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung der Ärzte - GOÄ - abgerechnet werden, sowie die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft bis zu der zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung und der deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbarten Höhe beihilfefähig. Mehraufwendungen für die Inanspruchnahme eines Einbettzimmers sind nicht beihilfefähig. Ersatzweise werden dann aber die Kosten eines Zweibettzimmers als beihilfefähig anerkannt.

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

#### *Selbstbehalt bei Krankenhausaufenthalt:*

Dem/Der Beihilfeberechtigten sowie jeder berücksichtigungsfähigen Person ist freigestellt, ob privatärztliche Behandlung und/oder Zweibettzimmer in Anspruch genommen wird. Ist dies der Fall, werden von den Rechnungsbeträgen folgende Selbstbehalte pro Behandlungs- und Aufenthaltstag abgezogen:

- Wahlarzt	10,00 €
- Zweibettzimmer	15,00 €

Der Selbstbehalt ist für max. 30 Tage pro Person und Kalenderjahr zu leisten.

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

#### 4.7 Rehabilitationsmaßnahmen

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

#### Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Die Abgrenzung einer Rehabilitationsmaßnahme (§§ 6, 6a und 7 BVO) von einem stationären Krankenhausaufenthalt (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) besteht darin, dass im Rahmen von Rehamaßnahmen Spezialbehandlungen, vorwiegend nachgehende Behand-

lungen chronischer Leiden oder Nachbehandlungen von Genesenden durchgeführt werden, insbesondere mit Mitteln der physikalischen Therapie (Anwendungen z.B. Massagen), durch Bewegungstherapie oder durch besondere Formen der Ernährung. Auf derartige Behandlungen sind Akutkrankenhäuser in der Regel nicht eingerichtet. Suchen Sie eine sogenannte gemischte Anstalt auf, in der sowohl stationäre Krankenhausbehandlungen als auch Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden können, ist für die Beihilfefestsetzung entscheidend, welche Art der Behandlung überwogen hat und in welchem organisatorischen Bereich die Unterbringung (Krankenhaus oder Rehaabteilung) stattgefunden hat.

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

Voraussetzung für die grundsätzliche Anerkennung ist, dass ambulante Rehamaßnahmen, Heilkuren oder andere ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind.

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

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

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

Wird die Maßnahme anerkannt, so sind neben den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung die Kosten für das amtsärztliche Gutachten, Beförderungskosten, ärztliche Behandlung, medizinische

Heilanwendungen, ärztlichen Schlussbericht und Kurtaxe beihilfefähig.

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

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

Sofern die von Ihnen gewählte Einrichtung nicht über eine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger verfügt, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens aber 104,00 € täglich, beihilfefähig.

Für die Beförderungskosten gelten nachfolgende Regeln:

Bei Personen mit Wohnsitz in NRW:

- für eine Behandlung innerhalb von NRW wird ein Zuschuss von einmal pauschal 50,00 € gewährt,
- für eine Behandlung außerhalb NRW ebenfalls 50,00 €; bestätigt der Amtsarzt im Voranerkennungsverfahren, dass der Heilerfolg nur durch eine Maßnahme außerhalb von NRW erreicht werden kann, so wird in diesem Fall ein Zuschuss von 100,00 € gewährt.

Bei Personen mit Wohnsitz außerhalb von NRW:

- pauschal einmal 100,00 €, höchstens aber die tatsächlichen Kosten.

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

Die Kosten einer Begleitperson können wie folgt berücksichtigt werden: Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, sowie bei Kindern, die aus medizinischen Gründen einer Begleitperson bedürfen und bei denen der Amtsarzt die Notwendigkeit der Begleitung bestätigt hat, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Kurtaxe der Begleitperson bis zu 55,00 € täglich beihilfefähig. Bezüglich der Fahrkosten gelten vorstehende Regelungen entsprechend.

### Stationäre Anschlussheilbehandlung

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

### Stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-Vater-Kind-Kuren

Voraussetzung für die grundsätzliche Anerkennung ist, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen nicht ausreichend sind.

Reichen Sie zunächst einen formlosen Antrag und eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ein.

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

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

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

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

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

### Ambulante Heilkuren

Voraussetzung für die grundsätzliche Anerkennung ist, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb der Kurmaßnahme wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht

ausreichend sind.

Reichen Sie zunächst einen formlosen Antrag und eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ein. Die Beihilfestelle wird die Notwendigkeit der Maßnahme durch den zuständigen Amtsarzt prüfen lassen, der ggf. einen Untersuchungstermin festsetzt.

Eine ambulante Heilkur (§ 7 BVO) muss vor Beginn durch die Beihilfestelle anerkannt werden. Eine nachträgliche Anerkennung ist nicht möglich, auch nicht ausnahmsweise! Liegt diese Voraussetzungen nicht vor, kann keine Beihilfe zu Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und Beförderungskosten gezahlt werden.

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

Wird die Maßnahme anerkannt, so wird zu den Fahrtkosten, den Aufwendungen für Kurtaxe sowie Unterkunft und Verpflegung ein Zuschuss von 30,00 € täglich gewährt. Daneben sind die Kosten des amtsärztlichen Gutachtens sowie für ärztliche Behandlung und ärztliche verordnete Arzneimittel und Heilanwendungen beihilfefähig.

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

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

Die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Begleitperson entsprechen denen der stationären Rehabilitationsmaßnahme. Zu den Kosten einer Begleitperson (Unterkunft und Verpflegung und Kurtaxe sowie Fahrtkosten) wird unter diesen Voraussetzungen ein Zuschuss von 20,00 € täglich gewährt.

### Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen

Voraussetzung für die grundsätzliche Anerkennung ist, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind.

Reichen Sie zunächst einen formlosen Antrag und eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ein. Die Beihilfestelle wird die Notwendigkeit der ambulanten Rehamaßnahme durch den zuständigen

Amtsarzt prüfen lassen, der ggf. einen Untersuchungstermin festsetzt.

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

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

Wird die Maßnahme anerkannt, so sind die Aufwendungen für Arzneimittel, ärztliche Behandlung und Heilanwendungen beihilfefähig. Werden die Kosten pauschal in Rechnung gestellt, so sind diese in Höhe der mit einem Sozialversicherungsträger geschlossenen Vereinbarung beihilfefähig. Nebenkosten [z.B. Verpflegungs- und Unterbringungskosten (Ruheraum), Kurtaxe, Fahrtkosten] sind - soweit sie in der Preisvereinbarung nicht enthalten sind - bis zu einem Betrag von insgesamt 20,00 € täglich beihilfefähig.

Die Anerkennung wird für eine Behandlungsdauer von 20 Behandlungstagen (bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen) ausgesprochen. Eine Verlängerung ist nur möglich, wenn aus dringenden medizinischen Gründen in Zusammenhang mit neuropsychologischen Behandlungen (z. B. Schlaganfallpatient) eine Verlängerung der Behandlung geboten erscheint. In diesem Fall kann die Beihilfestelle einer Verlängerung bis zu weiteren 15 Behandlungstagen zustimmen.

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

Ist eine Begleitperson aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig und hat der Amtsarzt die Notwendigkeit bestätigt, so sind die Nebenkosten der Begleitperson [z.B. Verpflegungs- und Unterbringungskosten (Ruheraum), Kurtaxe, Fahrtkosten] - soweit diese in der Pauschale nicht enthalten sind - bis zu einem Betrag von insgesamt 20,00 € täglich beihilfefähig.

#### Ambulante Anschlussheilbehandlung

Im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation (§ 7 Abs. 4 BVO,) nach einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) kann eine ambulante Rehamaßnahme - ggf. auch nachträglich - anerkannt werden, wenn der Krankenhaus-

arzt deren Notwendigkeit bescheinigt und die Maßnahme spätestens einen Monat nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Bezüglich aller weiteren Faktoren gelten die vorgenannten Hinweise zu einer ambulanten Rehamaßnahme.

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

#### **4.8 Häusliche Pflege**

##### **- Familien-Hauspflegekraft -**

Nach § 4 Abs. 1 Nr. 6 BVO sind die Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft bis zu 8,00 € je Stunde, max. jedoch 64,00 € pro Tag beihilfefähig, wenn im Haushalt ein Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiger berücksichtigungsfähiger Angehöriger lebt, die bzw. der Beihilfeberechtigte allein erziehend ist oder die den Haushalt führende Person nicht oder nur geringfügig berufstätig ist und aus folgenden Gründen den Haushalt nicht führen kann:

- Stationäre Behandlung,
- auf Grund begründeter ärztlicher Bescheinigung, für die ersten 7 Tage nach der stationären Unterbringung, für die ersten 7 Tage nach einer ambulanten Operation und zur Vermeidung eines stationären Aufenthaltes (z. B. bei Liegeschwangerschaft), wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts notwendig ist.

Die Familien- und Hauspflegekraft darf mit der Familie weder verwandt noch verschwägert sein und nicht gewöhnlich als Haushilfe o. ä. schon beschäftigt sein. Eine entsprechende Erklärung ist neben einer Quitting über die tatsächliche Entschädigungshöhe dem Beihilfeantrag beizufügen.

#### **4.9 Geburt**

Zu den beihilfefähigen Aufwendungen in Geburtsfällen werden gewährt:

- ein Zuschuss von 170,00 € je Kind für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung (Nr. 6 d des Beihilfevordrucks),
- eine Beihilfe zu den durch die Geburt veranlassten Aufwendungen für die Hebamme, für die Schwangerschaftsüberwachung, den Arzt, die Arzneien und Fahrtkosten. (Bei der Beantragung dieses Zuschusses fügen Sie dem Antrag bitte eine Kopie der Geburtsurkunde bei.)

Zu den beihilfefähigen Aufwendungen für die Betreuung durch eine Hebamme verweisen wir auf das Hebammengesetz und das dazugehörige Gebührenverzeichnis.

Kosten für „Wickelkurse“ sind nicht beihilfefähig. Die Rückbildungsgymnastik kann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn sie innerhalb von 4 Monaten nach der Geburt begonnen und spätestens nach 9 Monaten nach der Geburt beendet wurde.

Geburtsvorbereitungskurse für Männer sind nicht beihilfefähig.

### 5. Pflegebedürftigkeit, Pflegehilfsmittel

Sofern Sie pflegebedürftig sind oder werden, erhalten Sie grundsätzlich eine Beihilfe (§ 5 BVO) zu einer häuslichen Pflege, zu Pflegehilfsmitteln oder aber zu den Kosten einer stationären Pflege. Die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe trifft die private Pflegeversicherung oder die gesetzliche Pflegekasse. Die Kasse übernimmt diese Entscheidung. Legen Sie daher immer den Grundbescheid über die Pflegestufe vor. Sind Sie nicht pflegeversichert, richten Sie einen formlosen Antrag auf Feststellung der Pflegestufe unter Beifügung einer ärztlichen Bescheinigung direkt an die Beihilfestelle. Der Amtsarzt wird dann die Einstufung der Pflegebedürftigkeit vornehmen.

Entstehen Kosten für eine ärztlich verordnete medizinische Behandlungspflege (nicht Grundpflege), so sind diese Kosten grundsätzlich beihilfefähig. Falls Sie hierzu Fragen haben, wenden Sie sich bitte telefonisch an die Kasse, um ggf. ein entsprechendes Informationsblatt anzufordern.

#### 5.1 Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Siehe hierzu unsere „Informationen zum Beihilferecht bei dauernder Pflegebedürftigkeit - Stand Febr. 2010“.

### 6. Unfall

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

Sollten Sie jedoch einen Schadensersatzanspruch (§ 3 Abs. 4 BVO) gegen eine dritte Person haben, fordern Sie bitte bei der Beihilfestelle das Formblatt „Unfallbericht“ an. Leben Sie diesen ausgefüllten Bericht mit einem Beihilfeantrag und allen unfallbedingten Kostenbelegen vor. Fügen Sie Beihilfeanträge mit nicht unfallbedingten Kosten keine Unfallbelege bei, sondern stellen Sie hierfür bitte immer einen gesonderten Antrag.

Aufwendungen bei Unfällen von Kindern im Kindergarten oder Schule sind nicht über die Beihilfe, sondern beim jeweiligen Träger der Einrichtung geltend zu machen. Hier kann ggf. zu verbleibenden Restkosten eine anteilige Beihilfe gewährt werden.

Kosten im Zusammenhang mit Dienstunfällen sind ebenfalls nicht über die Beihilfe abzurechnen; hier ist bei der personalführenden Dienststelle eine Dienstunfallanzeige vorzulegen.

### 7. Auslandskosten

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

Dieser Kostenvergleich entfällt

- bei einer Behandlung im Ausland innerhalb oder außerhalb der EU oder des EWR, wenn die Kosten je Krankheitsfall (gesamte Krankenbehandlung) den Betrag von 1.000,00 € nicht übersteigen,
- bei einer Behandlung – die je Krankheitsfall (gesamte Krankenbehandlung) den Betrag von 1.000,00 € übersteigt – **innerhalb der EU oder des EWR**, wenn der Nachweis vom Behandler oder der behandelnden Einrichtung beigebracht wird, dass gebietsfremden Personen nicht regelmäßig höhere Gebühren berechnet werden.

Krankheitsbedingte Beförderungskosten zum Behandlungsort sind im Ausland abweichend nicht beihilfefähig.

Da beispielsweise Rücktransportkosten nicht beihilfefähig sind, ist es nicht ausgeschlossen, dass eine beihilfeberechtigte Person anlässlich eines Unfalles oder einer Erkrankung im Ausland noch mit erheblichen Kosten belastet bleibt. Aus diesem Grunde wird dringend angeraten, für einen Auslandsaufenthalt eine entsprechende Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Beachten Sie bitte, dass allen Auslandsbelegen, die nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, eine ausreichende Übersetzung (Kosten nicht beihilfefähig) beigefügt ist. Beispielsweise ist die Art der Behandlung (z. B. Beratung, Untersuchung, Injektion u. a.) anzugeben, damit eine Vergleichsberechnung zu den GOÄ-/GOZ-Gebühren vorgenommen werden kann.

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

Sonderregelung:

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

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

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

### 8. Beihilfe im Todesfall

Da beim Tode des/der Beihilfeberechtigten der Anspruch auf Beihilfe in der bisherigen Form erlischt, kann unter den nachstehend genannten Voraussetzungen für Ehegatten, **eingetragene Lebenspartner**, Kinder, Erben oder andere Personen ein eigener Beihilfeanspruch entstehen.

Eine Beihilfe zu Krankheitskosten der verstorbenen beihilfeberechtigten Person erhält auf Antrag derjenige, der die Originale der Kostenbelege zuerst einreicht.

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

### 9. Vorherige Anerkennung

Die BVO sieht eine vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen durch die Beihilfestelle in folgenden Fällen vor:

- ambulante Psychotherapie
- Hilfsmittel, die nicht in § 4 Abs. 1 Nr. 10 BVO genannt sind und einen Anschaffungswert von über 1.000,00 € haben
  - siehe 4.3 -
- Sanatoriumsaufenthalte
- Heilkuren

- Implantatbehandlungen
- notwendige Auslandsbehandlungen, wenn die beihilfefähigen Aufwendungen nicht auf die Kosten beschränkt werden sollen, die im Inland entstanden wären

### 9.1 Kooperationspartner der VKPB

In Zeiten knapper Haushalts- und Kirchensteuermittel müssen wir alle bemüht sein, die wenigen zur Verfügung stehenden Gelder so sparsam und sinnvoll wie möglich einzusetzen.

Wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, dass es uns gelungen ist, in den Bereichen

- Medizintechnik,
- Rehabilitationsrechnung und
- Schwerstbehindertenversorgung

mit einem bundesweit offerierenden Unternehmen in Kooperation zu treten.

Mit ihm als Lieferant von technischen Hilfsmitteln sind wir in der Lage, Sie im Bedarfsfall kurzfristig (meist innerhalb von 24 Stunden) und kostengünstig mit den von Ihnen benötigten beihilfefähigen „Hilfsmitteln“ zu versorgen.

Wir bitten Sie daher, vor der Anschaffung von „Hilfsmitteln“, wie z. B.:

- Badelifter
- Dekubitusprophylaxe und -therapie
- Infusionspumpen
- Kranken- und Pflegebetten
- Lesegeräte/Bildschirmlesegeräte
- CPAP Geräte
- Rehabilitationshilfen - Delta Gehrad
  - Rollator
  - Toilettensitzerhöhung (höhenverstellbar mit Armlehnen)
- Rollstühle
- Sauerstoffgeräte

vorher mit uns Kontakt aufzunehmen, damit wir für Ihre optimale Versorgung mit diesen Hilfsmitteln sorgen können.

Diese Aufzählung kann nicht abschließend sein. Sollten Sie die Beschaffung von Hilfsmitteln beabsichtigen, die hier nicht aufgeführt sind, bitten wir um vorherige Information, damit wir prüfen können, ob eine Versorgung durch uns möglich ist.

**10. Ihr Ansprechpartner**

Name	Funktion	Tel. 0231 5776-	Sprechzeiten :
Jürgen Mösch	Abteilungsleiter	-175	Mo – Mi 13.00–15.00
Frank Rudzynski	Stellv. Abteilungsleiter	-176	Do 13.00 – 17.00
Christel Winterkemper	Prüferin/aktive Lipper	-170	Fr 9.00 – 12.00
Sven Anders	Gruppenleiter	-177	
Stefan Audehm	Bearbeiter	-468	
Achim Besken	EDV-Koordinator	-179	
Janine Biermann	Bearbeiterin	-169	
Marc Brandt	Bearbeiter	-163	
Hans-Joachim Brecht	Sachbearbeiter	-278	
Ralf-Reimar Flügge	Bearbeiter	-165	
Tanja Fricke	Sachbearbeiterin	-174	
Sandra Hanke	Sachbearbeiterin	-162	
Ulrike Hemrich	Bearbeiterin	-171	
Stephanie Hentschel	Sachbearbeiterin	-162	
Britta Holtze	Sachbearbeiterin	-174	
Gabriele Jäger	Bearbeiterin	-160	
Carolin Jülich	Bearbeiterin	-173	
Sylvia Roy	Bearbeiterin	-161	
Dirk Schenk	Bearbeiter	-178	
Sabine Straub	Sachbearbeiterin	-168	

Mit freundlichen Grüßen

**VERSORGUNGSKASSE**  
für Pfarrer und Kirchenbeamte