



Allgemeines Informationsblatt über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Gesundheitsvorsorge-, Pflege- und Geburtsfällen Stand 01.02.2024

Grundlage

Die von der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover zu gewährenden Beihilfen sind geregelt in § 80 des Niedersächsischen Beamtengesetzes (NBG) i.V.m. der Niedersächsischen Beihilfeverordnung (NBhVO) in der jeweils geltenden Fassung.

An Stelle einer individuellen Beihilfe nach § 80 Niedersächsisches Beamtengesetz (NBG) kann ein Anspruch auf pauschale Beihilfe nach § 80 a NBG bestehen. Mit der pauschalen Beihilfe wird vom Dienstherrn ein monatlicher Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag einer freiwilligen gesetzlichen oder privaten Krankheitskostenvollversicherung, nicht jedoch zum Pflegeversicherungsbeitrag gezahlt. Ein Antrag auf pauschale Beihilfe, der unwiderruflich ist, kann unter Verzicht auf die individuelle Beihilfe bei der Festsetzungsstelle gestellt werden. Informationen hierzu finden Sie im Intranet oder im Internet.

Beihilfeberechtigte Personen und berücksichtigungsfähige Angehörige

Beihilfeberechtigte sind Beamte, Ruhestandsbeamte sowie deren Witwen, Witwer, hinterbliebene Lebenspartner/innen und Waisen. Sie erhalten Beihilfen für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen solange sie Anspruch auf Besoldung oder Versorgung haben. Bei Beurlaubungen ohne Dienstbezüge werden keine Beihilfen gewährt außer bei Beurlaubung wegen Elternzeit, Sonderurlaub aus besonderen Gründen bis zur Dauer eines Monats, Sonderurlaub zur Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen für höchstens sechs Monate oder Sonderurlaub zur Begleitung eines schwerstkranken nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase für höchstens drei Monate.

Grundsätzlich haben Beschäftigte, deren Arbeitsverhältnis vor dem 01.10.2001 begründet worden ist und auf das der BAT, der MTArb, der MTArb-TgDRV oder der BMT-G angewandt wurde, Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfall. Dieser Anspruch besteht nach den bisher geltenden Regelungen grundsätzlich fort (Protokollnotiz zu § 13 TVÜ-TgDRV). Pflichtversicherte einer gesetzlichen Krankenversicherung sind aber grundsätzlich auf die zustehenden Sach- und Dienstleistungen (Chipkarte) angewiesen. Beihilfen beschränken sich daher lediglich auf Aufwendungen für Zuschussleistungen, insbesondere für Zahnersatz. Daneben sind Aufwendungen für die Inanspruchnahme eines Heilpraktikers beihilfefähig, jedoch nur bis zur Hälfte der beihilfefähigen Leistungen. Bei freiwilligen Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenversicherung ist der Beihilfeanspruch auch abhängig von der Art des Versicherungsverhältnisses und der jeweiligen Erstattungsansprüche. Teilzeitbeschäftigte erhalten eine zustehende Beihilfe nur anteilig im Verhältnis ihrer Stundenzahl zu einer Vollbeschäftigung.

Berücksichtigungsfähige Angehörige sind die Ehepartner, die eingetragenen Lebenspartner (ausgenommen solche von Waisen) sowie die im Familienzuschlag berücksichtigten Kinder, soweit sie nicht selbst beihilfeberechtigt sind.

Aufwendungen für die oben Genannten sind jedoch nicht beihilfefähig, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) im zweiten Kalenderjahr vor oder im Kalenderjahr der Antragstellung den Betrag von 20.000 Euro überstieg bzw. übersteigt.

Beihilfefähige Aufwendungen

Grundsätzlich sind Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische und heilpraktische Leistungen beihilfefähig, wenn sie nachgewiesen, medizinisch notwendig sowie der Höhe nach angemessen sind und nach wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden erbracht wurden. Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode sind begrenzt oder gänzlich von der Beihilfefähigkeit

ausgeschlossen. Über die Notwendigkeit und Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu ein amts- oder vertrauensärztliches (-zahnärztliches) Gutachten einholen.

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und für Zahnärzte (GOZ), für psychotherapeutische Leistungen nach dem Gebührenrahmen für Psychologische Psychotherapeuten (GOP). Angemessen sind grundsätzlich Beträge bis zur Höhe der Schwellenwerte (1,15-facher Gebührensatz für Laborleistungen, 1,8-facher Gebührensatz für medizinisch-technische Leistungen bzw. 2,3-facher Gebührensatz für persönliche ärztliche Leistungen). Überschreitungen bis zum 1,3-, 2,5- bzw. 3,5-fachen Satz bedürfen einer besonderen Begründung. Aus der Begründung müssen individuelle patientenbezogene Besonderheiten des Krankheitsfalles hervorgehen. Allgemeine, abstrakte Hinweise sind nicht ausreichend. Aufwendungen für heilpraktische Leistungen sind beihilfefähig, wenn sie in der Anlage für heilpraktische Leistungen zur Beihilfeverordnung aufgeführt sind. Die Angemessenheit bei Heilpraktikern richtet sich nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) bis zur Höhe des Schwellenwertes der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen.

Auslandsbehandlung

Die in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) entstandenen Aufwendungen sind bis zur Höhe der im EU-Mitgliedstaat ortsüblichen Vergütungen als angemessen anzusehen. Weiterhin sind die außerhalb der EU entstandenen Aufwendungen nur bis zu der Höhe angemessen, in der sie für im Inland erbrachte Leistungen angemessen wären. Davon abweichend sind Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen angemessen, soweit sie 1000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen. Rückbeförderungskosten, die wegen einer Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise entstanden sind, sind nicht beihilfefähig.

Aufwendungen für zahnärztliche oder kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für ambulante implantologische Leistungen sind grundsätzlich für bis zu vier Implantate (einschl. bereits vorhandener) je Kiefer beihilfefähig.

Aufwendungen für ambulante kieferorthopädische Leistungen sind nur beihilfefähig, wenn die betreffende Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder bei schweren Kieferanomalien, wenn eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfolgt. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die Festsetzungsstelle die Notwendigkeit der Behandlung vor deren Beginn auf Grundlage eines Heil- und Kostenplans anerkannt hat.

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur bei bestimmten Krankheitsbefunden beihilfefähig. Diese Krankheitsbilder sind mit dem vorgeschriebenen Formblatt nachzuweisen.

Aufwendungen für beihilfefähige zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik (nicht Glaskeramik) sind neben den ärztlichen Leistungen nur in Höhe von 60 Prozent beihilfefähig.

Psychotherapeutische Behandlungen

Aufwendungen für eine tiefenpsychologisch fundierte, eine analytische Psychotherapie, eine Verhaltenstherapie sowie eine systemische Therapie sind nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit aufgrund eines Gutachterverfahrens bzw. bei Kurztherapien aufgrund einer Bescheinigung des Therapeuten anerkannt hat.

Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit anerkannt hat.

Weiterhin sind Aufwendungen für Kurzzeittherapien oder Akutbehandlungen bis zu 24 Sitzungen beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Notwendigkeit der Behandlung anerkannt hat. Ein Gutachterverfahren ist in diesen Fällen nicht erforderlich.

Der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Psychotherapie sowie das entsprechende Informationsblatt stehen im Intranet/Internet oder auf Anforderung zur Verfügung.

Arznei- und Verbandmittel

Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel sind grundsätzlich nur beihilfefähig, wenn sie vor dem Kauf schriftlich verordnet oder bei der Behandlung verbraucht worden sind. Aufwendungen für Arzneimittel, für die ein Festbetrag festgesetzt ist, sind nur bis zur Höhe des Festbetrages (siehe im Internet beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte unter „<http://www.bfarm.de/>“) beihilfefähig.

Medizinprodukte sind nur beihilfefähig, wenn sie in der Anlage 4 zu § 17 NBhVO aufgeführt sind.

Nicht beihilfefähig sind in der Regel Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel oder für verschreibungspflichtige Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten, grippalen Infekten, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel und Reisekrankheit.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind jedoch für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Kinder mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Arzneimittel, bei denen eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht (z.B. zur Behandlung einer sexuellen Dysfunktion, Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, Abmagerung, Verbesserung des Haarwuchses o.ä.).

Aufwendungen für empfängnisregelnde Mittel sind grundsätzlich nur für Personen bis Vollendung des 23. Lebensjahres beihilfefähig.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei einer ambulanten Behandlung verbraucht wurden oder bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten und vom Arzt verordnet wurden, können als beihilfefähig anerkannt werden.

Auf den Verordnungen muss die von den Apotheken eingetragene Pharmazentralnummer (PZN) des Medikamentes sowie das Institutskennzeichen der abgebenden Apotheke angegeben sein (Ausnahme: Medikamente, die im Ausland bezogen werden).

Heilmittel

Heilmittel, die in der Anlage 5 zu § 18 NBhVO zur Beihilfeverordnung aufgeführt sind, wie z.B. Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie, sind im Rahmen geltender Höchstbeträge beihilfefähig. Sie müssen vor der Behandlung ärztlich verordnet sein und von einem in der Anlage 6 zu § 18 NBhVO zur Beihilfeverordnung befähigten staatlich anerkannten Beschäftigungs-, Arbeits-, Ergo- oder Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur oder Masseur und medizinischen Bademeister oder Podologen durchgeführt werden. Informationen über die Höhe der beihilfefähigen Heilmittel finden Sie im Intranet/Internet.

Hilfsmittel

Hilfsmittel, die ausgefallene oder verminderte Körperfunktionen übernehmen, ergänzen oder erleichtern, sind beihilfefähig (ggf. im Rahmen von Höchstbeträgen), wenn sie vor ihrer Beschaffung ärztlich verordnet und in der Anlage 7 zur Beihilfeverordnung aufgeführt sind. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben. Für notwendige und angemessene Reparaturen beihilfefähiger Hilfsmittel ist grundsätzlich keine ärztliche Verordnung erforderlich.

Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen sind bei medizinischer Notwendigkeit im Rahmen von Höchstbeträgen beihilfefähig.

Sofern ein Gutachten für die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit vorliegt, welches die Empfehlung zur Versorgung enthält, so bedarf es keiner weiteren ärztlichen Verordnung.

Krankenhausbehandlung

Beihilfefähig sind die Aufwendungen in Höhe der Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen, Fallpauschalen und Sonderentgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung. Für die allgemeinen Krankenhausleistungen eines psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhauses gilt das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Aufwendungen für Wahlleistungen (z. B. Zweibettzimmer oder Wahlarztbehandlung) sind nicht beihilfefähig.

Aufwendungen in Krankenhäusern, die weder die Bundespflegesatzverordnung noch das Krankenhausentgeltgesetz anwenden (Privatkliniken), sind nur bis zur Höhe der allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung beihilfefähig. Vor der Aufnahme in eine Privatklinik kann eine spezifizierte Aufstellung über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zu Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden. Die Begrenzung der Beihilfefähigkeit der hierbei entstandenen Kosten auf die Höhe der Vergleichsberechnung kann im Einzelfall dazu führen, dass ein erheblicher Teil der Kosten nach den Beihilfevorschriften nicht erstattet werden kann.

Häusliche Krankenpflege und vollstationäre Kurzzeitpflege bei Krankheit

Die nach ärztlicher Bescheinigung über Art, Dauer und Stundenzahl notwendigen Pflegekosten für eine häusliche Krankenpflege (Grundpflege, einschließlich notwendiger verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen, Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung, ambulante psychiatrische Krankenpflege und Maßnahmen der ambulanten Palliativversorgung) 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.

Sofern Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Krankheitsfall nicht ausreichen, so sind Aufwendungen für eine vollstationäre Kurzzeitpflege nach Maßgabe des SGB XI beihilfefähig.

Haushaltshilfe

Aufwendungen für eine Haushaltshilfe sind beihilfefähig bis zur Höhe der Kosten, die von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden. Voraussetzung ist, dass die den Haushalt führende beihilfeberechtigte Person oder der berücksichtigungsfähige Angehörige verstorben ist oder an der Haushaltsführung gehindert ist, weil sie sich in einem Krankenhaus oder einer Hospiz- bzw. Palliativeinrichtung stationär aufhält, an einer Rehabilitationsmaßnahme teilnimmt, häusliche Krankenpflege benötigt oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht ist. Daneben ist die Haushaltshilfe auch beihilfefähig, wenn ein nach ärztlicher Bescheinigung erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt der genannten Personen vermieden wird. Außerdem muss in dem Haushalt mindestens ein Beihilfeberechtigter oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger, der Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält, oder ein Kind unter 12 Jahren verbleiben und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Soziotherapie

Aufwendungen einer Soziotherapie sind nach vorheriger Anerkennung durch die Beihilfefestsetzungsstelle 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 nicht durchgeführt werden kann.

Fahrt- und Flugkosten

Beförderungskosten sind beihilfefähig für Rettungsfahrten zum Krankenhaus sowie für ärztlich verordnete Fahrten im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden, für Fahrten zur Verlegung in ein anderes Krankenhaus, wenn dies aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder in ein wohnortnahes Krankenhaus mit vorheriger Genehmigung der Beihilfestelle, für Fahrten im Zusammenhang mit einer vor- und nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, für Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation bzw. mit deren Vor- oder Nachbehandlung, für Fahrten zum Krankentransport in einem Krankenkraftwagen, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtung eines Krankenkraftwagens erforderlich ist, für Fahrten im Zusammenhang mit ambulanten Dialysebehandlungen und onkologischen Strahlen- bzw. Chemotherapien, für Fahrten im Zusammenhang mit einer ambulanten Krankenbehandlung für schwerbehinderte oder pflegebedürftige Beihilfeberechtigte, für Fahrten in besonderen Ausnahmefällen wenn die Festsetzungsstelle das Vorliegen eines besonderen Ausnahmefalles vorher anerkannt hat, und für 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 grundsätzlich nur die Kosten bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel beihilfefähig (mögliche Fahrpreisermäßigungen sind in Anspruch zu nehmen). Höhere Beförderungskosten - insbesondere für andere Verkehrsmittel - dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren. Wird ein privater PKW benutzt, ist ein Betrag von 0,20 Euro je Kilometer zurückgelegter Strecke beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind Kosten der Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise sowie Fahrtkosten im Zusammenhang mit einer Behandlung außerhalb der Europäischen Union.

Unterkunftskosten

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 angewendet, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch Pauschalen beihilfefähig.

Lebensbedrohende oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten

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 oder Aussicht auf Heilung nicht bietet, sind beihilfefähig, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht

Rehabilitation

Stationäre Rehabilitation

Vor Beginn einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist eine ärztliche Verordnung, sofern die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme nicht in einem Pflegegutachten empfohlen wird, und die Anerkennung durch die Beihilfefestsetzungsstelle erforderlich. Die Dauer ist zunächst auf 21 Tage begrenzt. Eine dringend erforderliche Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich. Beihilfefähig sind Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung. Außerdem ist vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme eine erneute Rehabilitationsmaßnahme (außer Anschlussrehabilitation) nicht beihilfefähig.

Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter auch in Form von Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen des Muttergenesungswerkes oder in gleichartigen Einrichtungen

Vor Beginn einer Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme ist eine ärztliche Verordnung und die Anerkennung durch die Beihilfefestsetzungsstelle erforderlich. Die Dauer ist auf 21 Tage begrenzt. Beihilfefähig sind Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen bis zur Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt. Außerdem ist vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer Mutter-Kind oder Vater-Kind – Rehabilitationsmaßnahme eine erneute Rehabilitationsmaßnahme (außer Anschlussrehabilitation) nicht beihilfefähig.

Anschlussrehabilitation

Aufwendungen einer ärztlich verordneten Anschlussrehabilitation zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung nach einem Krankenhausaufenthalt sind beihilfefähig, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen nach der Krankenhausbehandlung beginnt. Eine Abweichung von dieser Frist ist nur aus zwingenden tatsächlichen oder zwingenden medizinischen Gründen möglich. Die ärztliche Verordnung muss Art, Dauer und Inhalt der Maßnahme bestimmen. Beihilfefähig sind Leistungen bis zum niedrigsten Satz der Einrichtung.

Aufwendungen für Fahrten im Zusammenhang mit den o.a. Rehabilitationsmaßnahmen sind nur bis zu einem Gesamtbetrag von 200 Euro beihilfefähig.

Andere Rehabilitationsmaßnahmen

Beihilfefähig sind außerdem Aufwendungen für familienorientierte Rehabilitationen bei Erkrankung eines Kindes oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen oder Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung und Überwachung sowie Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung bis 9,00 Euro je Trainingseinheit.

Suchtbehandlungen

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

Aufwendungen im Pflegefall

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege beihilfefähig, wenn die private Pflegeversicherung oder die gesetzliche Pflegekasse die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes festgestellt hat. Bei nicht pflegeversicherten Personen stellt dies der Amtsarzt fest.

Dauernd pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Der Leistungsbescheid der privaten Pflegeversicherung bzw. gesetzlichen Pflegekasse ist der Beihilfestelle möglichst zeitnah vorzulegen. Ebenso sind für alle übrigen Aufwendungen im Pflegefall die Leistungsabrechnungen der privaten Pflegeversicherung bzw. gesetzlichen Pflegekasse vorzulegen.

Im Übrigen wird auf die Informationsblätter zur häuslichen und vollstationären Pflege sowie zu den Betreuungs- und Entlastungsleistungen hingewiesen.

Palliativversorgung

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

Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich der Aufwendungen für den Impfausweis, die von der ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut empfohlen werden, sind beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen im Zusammenhang mit einem privaten Auslandsaufenthalt.

Für die Beihilfefähigkeit einer ambulanten medizinischen Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort ist vor Beginn die Anerkennung der Beihilfefestsetzungsstelle 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 32 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

Beihilfefähige Aufwendungen für Früherkennungsuntersuchungen umfassen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden, bei Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und vollendeten 14. Lebensjahr (die Untersuchung kann auch bis 12 Monate vor oder nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden), bei Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres, bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen sowie bei Personen ab Vollendung des 35. Lebensjahres jedes zweite Jahr die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit.

Schwangerschaft und Geburt

Bei Schwangerschaft und Geburt sind neben den üblichen ärztlichen Behandlungen, ärztlich verordneten Arzneimittel und Heilbehandlungen, Krankenhausleistungen usw. auch Aufwendungen für Leistungen der Schwangerschaftsüberwachung, der Hebamme oder des Entbindungspflegers nach Maßgabe der Verordnung über Gebühren für Hebammenhilfe außerhalb der Krankenversicherung oder nach dem entsprechenden Recht anderer Länder sowie Leistungen in einer von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger geleiteten Einrichtung oder einer Haus- und Wochenpflegekraft für bis zu zwei Wochen nach der Geburt bei einer ambulanten oder Hausentbindung beihilfefähig.

Künstliche Befruchtung, Sterilisation, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch

Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel sind zur Hälfte beihilfefähig. Die Regelungen des § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gelten hierbei entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Krankenkasse die Beihilfefestsetzungsstelle tritt. 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 zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Beide Ehepartner dürfen die jeweilige Altersgrenze nicht überschritten haben. Vor Beginn der Behandlung ist der Beihilfefestsetzungsstelle ein ärztlicher Behandlungsplan vorzulegen, der zunächst genehmigt werden muss.

Aufwendungen für eine Sterilisation sind beihilfefähig, wenn diese wegen einer Krankheit notwendig ist. Zur Empfängnisregelung sind Aufwendungen für die ärztliche Beratung einschließlich der hierfür notwendigen ärztlichen Untersuchung beihilfefähig, Aufwendungen für ärztlich verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung jedoch nur vor Vollendung des 23. Lebensjahres.

Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für ärztliche Leistungen, verordnete Arzneimittel, Krankenhausleistungen oder eine Haushaltshilfe bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch.

Organspende, Gewebespende und Blutspende

Benötigen Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine entsprechende Behandlung, so sind neben den Aufwendungen für die Behandlung auch die Aufwendungen für die Vermittlung, die Entnahme beim Spender, die Versorgung und der Transport des Organs oder des Gewebes und die Registrierung in Spenderregistern beihilfefähig.

Bemessung der Beihilfen

Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Maßgebend sind die Familienverhältnisse zum Zeitpunkt der Leistungserbringung. Daneben wird erwartet, dass die Beihilfeberechtigten für sich und ihre Familie eine beihilfekonforme Restkostenversicherung abschließen. Der Bemessungssatz beträgt grundsätzlich 50 Prozent, für Beihilfeberechtigte, die für mindestens zwei berücksichtigungsfähige Kinder den Familienzuschlag erhalten 70 Prozent. Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt dieser erhöhte Bemessungssatz nur bei einem von ihnen 70 Prozent, und zwar grundsätzlich bei den Berechtigten, die die Familienzuschläge erhält. Für die berücksichtigungsfähigen nicht selbst beihilfeberechtigten Ehe/Lebenspartner beträgt der Bemessungssatz ebenfalls 70 Prozent, für ein im Familienzuschlag der Beihilfeberechtigten berücksichtigtes Kind sowie eine selbst beihilfeberechtigte Waise 80 Prozent, für Empfänger/innen von Versorgungsbezügen 70 Prozent. Bei individuellem Leistungsausschluss oder bei Leistungseinstellungen durch die Krankenkasse (nicht bei Ausschlüssen durch Krankenkassenwechsel) erhöht sich der Bemessungssatz um 20 Prozent auf höchstens 90 Prozent. Für freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte) erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 Prozent der nach Abzug der Kassenleistung verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen. Der Bemessungssatz wird nicht auf 100 Prozent erhöht, wenn ein monatlicher Zuschuss zum Krankenkassenbeitrag von mindestens 21 Euro gewährt wird oder die Krankenkasse weder eine Sachleistung erbracht noch eine Erstattung geleistet hat. Die Festsetzungsstelle kann den Bemessungssatz von Versorgungsempfänger/innen und berücksichtigungsfähigen Ehegattinnen/en oder Lebenspartner/innen um bis zu 20 Prozent erhöhen, wenn die Beiträge für die private Krankenversicherung 15 Prozent der Summe der Einkünfte beider Personen übersteigt und die Summe der Einkünfte beider Personen 150 Prozent des Mindestruhegehaltes nicht übersteigt.

Begrenzung der Beihilfe

Beihilfen dürfen zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen von einer Kranken- und Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Vereinbarung die dem Grunde nach beihilfefähigen (tatsächlich entstandenen) Aufwendungen nicht übersteigen. Überschreiten Beihilfe und diese Erstattungen zusammen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, ist die Gesamtbeihilfe um den Überschussbetrag zu kürzen. Zustehenden Leistungen sind von den Beihilfeberechtigten nachzuweisen. Grundsätzlich erfolgt dies bei Privatversicherten bei der erstmaligen Antragstellung durch Vorlage des Versicherungsscheins mit den jeweiligen Vomhundertsätzen und bei den in einer gesetzlichen Krankenkasse Versicherten durch die Vorlage der Leistungsmittlung zu den einzelnen Rechnungen. Änderungen sind der Festsetzungsstelle mitzuteilen.

Eigenbehalte und Belastungsgrenzen

Beihilfefähige Aufwendungen mindern sich um 10 Prozent der Kosten, mindestens um 5 Euro, höchstens um 10 Euro, jedoch um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei Arznei- und Verbandmitteln, Hilfsmitteln, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücken, Fahrten und Flügen sowie je Kalendertag einer Haushaltshilfe und Soziotherapie. Wird eine vollstationäre Krankenhausbehandlung mit einer vor- oder nachstationären Krankenhausbehandlung kombiniert, so ist ein Eigenbehalt nur für die erste und letzte Fahrt abzuziehen. Dieses gilt auch bei einer ambulanten Operation, die mit einer Vor- oder Nachbehandlung kombiniert wird, und bei einer ambulant durchgeführten Chemo- oder Strahlentherapieserie. Bei Arznei- und Verbandmitteln ist maßgebend für den Abzugsbetrag der Apothekenabgabepreis bzw. der Festbetrag der jeweiligen Packung. Dies gilt auch bei Mehrfachverordnungen oder bei der Abgabe der verordneten Menge in mehreren Packungen. 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. Maßgebend ist die Liste, die zu Beginn des Quartals eines Kalenderjahres veröffentlicht ist, in dem die Aufwendungen entstanden sind. Bei Hilfsmitteln mit Höchstbeträgen (z. B. Seh- oder Hörhilfen) ist kein Abzug vorzunehmen. Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sind um zehn vom Hundert, höchstens um 10 Euro je Monatsbedarf zu kürzen.

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um einen Eigenbehalt von 10 Euro je Kalendertag bei vollstationären Krankenhausleistungen, Maßnahmen der Anschlussrehabilitation und Suchtbehandlungen, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr. Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen, bei denen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung pauschal in Rechnung gestellt werden und bei denen eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, gilt diese Begrenzung jedoch nicht.

Bei Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege, mindern sich die beihilfefähigen Aufwendungen um zehn vom Hundert der Kosten für die ersten 28 Tage je Kalenderjahr der Inanspruchnahme und um 10 Euro je Verordnung, bei Heilmitteln und Komplextherapien mindern sich die Aufwendungen ebenfalls um einen Eigenbehalt von 10 Prozent und um 10 Euro je Verordnung.

Dieser Betrag wird von der Festsetzungsstelle von der zu gewährenden Beihilfe abgezogen.

Eigenbehalte sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für Kinder vor Vollendung des 18. Lebensjahres (ausgenommen Fahrtkosten), für Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung, für ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Arznei- und Verbandmitteln, die bei einer ambulanten Behandlung verbraucht und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet werden und für Heil- und Hilfsmittel, bei denen Höchstbeträge festgesetzt worden sind sowie für Harn- und Blutteststreifen.

Befreiung vom Abzug von Eigenbehalten, Beihilfe für Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Eigenbehalte sind für ein Kalenderjahr auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie innerhalb dieses Kalenderjahres den Grenzbetrag überschreiten. Der Grenzbetrag beträgt zwei Prozent -bei chronisch Kranken ein Prozent der Summe der jährlich zu berücksichtigenden Bruttoeinkünfte.

Auf Antrag wird für Aufwendungen für ärztlich verordnete und nicht verschreibungspflichtige, apothekenpflichtige 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 Eigenbehaltes entsprechend der Höhe des Bemessungssatzes zu berücksichtigen. Diese Regelung gilt jedoch nicht bei Aufwendungen für Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, Mund- und Rachentherapeutika (ausgenommen 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.

Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten

Nach dem Tod einer/s Beihilfeberechtigten erhält die Beihilfen zu den bis zum Tod entstandenen Aufwendungen ein Erbe oder eine Erbengemeinschaft. Die Erbberechtigung ist der Beihilfefestsetzungsstelle grundsätzlich durch Erbschein nachzuweisen. Ausnahmsweise können auch die hinterbliebenen Ehepartner, die hinterbliebene Lebenspartner, die leiblichen Kinder oder die Adoptivkinder der verstorbenen Beihilfeberechtigten Beihilfeanträge stellen, sofern die Beihilfe auf das Bezügekonto der oder des verstorbenen Beihilfeberechtigten gezahlt wird. Bei einer Erbengemeinschaft kann die Zahlung der Beihilfe nur auf ein gemeinsames Konto erfolgen. Im Ausnahmefall kann die Beihilfe auch auf das Konto eines Mitgliedes der Erbengemeinschaft überwiesen werden, wenn dieses schriftlich nachweist, dass die übrigen Mitglieder der Erbengemeinschaft mit dieser Zahlungsweise einverstanden sind.

Verfahren

Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag der beihilfeberechtigten oder bevollmächtigten Person gewährt. Für die Antragstellung stehen dafür der Beihilfeantrag, weitere Anträge und Informationsblätter im Intranet und auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (Suchbegriff: „Beihilfe“) in elektronischer Form und für Beihilfeberechtigte, die keinen PC besitzen, in Papierform zur Verfügung. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mindestens 100 Euro betragen. Abweichend davon ist der Antrag zulässig, wenn eine Versäumung der Antragsfrist droht. Auf die Ausschlussfrist von einem Jahr wird ausdrücklich hingewiesen. Maßgebend ist der Antragsingang bei der Beihilfefestsetzungsstelle (Eingangsstempel der Poststelle). Die Aufwendungen sind durch Belege nachzuweisen. Zweitschriften der Belege sind ausreichend. Grund und Höhe der Aufwendungen müssen für die Festsetzungsstelle nachprüfbar sein. Grundsätzlich notwendige Angaben sind: Rechnungsaussteller/in, behandelte Person, Rechnungsbetrag, Rechnungsdatum, gewährte Leistungen (spezifiziert) und bei Krankheitsaufwendungen die Diagnose sowie der Zeitraum der Behandlung. Beihilfen zu Aufwendungen für Kinder werden bei mehreren beihilfeberechtigten Personen nur demjenigen gewährt, der den Familienzuschlag für das betreffende Kind erhält.

Das Informationsblatt soll einen Überblick über wesentliche Inhalte des Beihilferechts geben. Es erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und Ansprüche können daraus nicht hergeleitet werden. Zur besseren Lesbarkeit wurde auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Formulierungen verzichtet.

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