Landesamt für Besoldung und Versorgung NRW- 40192 Düsseldorf - Tel. 0211 / 6023-01

Merkblatt

Beihilfe - Land

Stand: 10/2005

Sehr geehrte Dame! Sehr geehrter Herr!

Dieses Merkblatt soll Ihnen die Beantragung von Beihilfen erleichtern und eine Übersicht der wichtigsten beihilferechtlichen 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 Informationen richten sich in erster Linie an Versorgungsempfänger und deren berücksichtigungsfähige Angehörige. Für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, wird für ergänzende Informationen auf das Einlegeblatt verwiesen.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Antragstellung	1
2. Beihilfeanspruch	2
3. Selbstbehalte für Aufwendungen	2
3.1 Kostendämpfungspauschale	2
3.2 Selbstbehalte bei stationärer Krankenhausbehandlung	3
4. Beihilfefähigkeit von Aufwendungen	3
4.1 Arzt- und Heilpraktikerbehandlung, Psychotherapie	4
4.2 Zahnbehandlung	4
4.3 Hilfsmittel	4
4.4 Brillen und Kontaktlinsen	5
4.5 Beförderungskosten	5
4.6 Krankenhaus	6
4.7 Sanatoriumsaufenthalt	6
4.8 Anschlussheilbehandlung	7
4.9 Ambulante Heilkur	7
5. Pflegebedürftigkeit, Pflegehilfsmittel	7
6. Unfall	8
7. Auslandskosten	8
8. Beihilfe im Todesfall	8

1. Antragstellung

Beantragen Sie Beihilfe 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 Ihrer Beihilfestelle oder formlos) vorzulegen.
Für **Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit** (nicht medizinische Behandlungspflege) sowie für **Pflegehilfsmittel** ist die Beihilfe mit dem hierfür vorgesehenen Vordruck (gelb, mit „P“ gekennzeichnet) zu beantragen. 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. Antragsvordrucke stehen auch im Internet unter www.lbv.nrw.de → Merkblätter/Vordrucke zur Verfügung.

Dem Antrag sind die notwendigen Unterlagen (Rechnungen, Rezepte, Verordnungen etc.) beizufügen und sortiert nach Kostenart und Person in den Vordruck „**Zusammenstellung der Aufwendungen**“ einzutragen. Die Zweitschrift der Zusammenstellung ist für Ihre Unterlagen bestimmt und nicht mit dem Beihilfeantrag einzureichen.

Beachten Sie, dass eine Beihilfe grundsätzlich nur gewährt wird, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als **100 EUR** betragen (§13 BVO). Sofern Ihre Kosten aus einem Jahr diesen Betrag nicht erreichen, jedoch mehr als 15 EUR betragen, kann nach Ablauf von zehn Monaten dennoch eine Beihilfe beantragt werden.

Beihilfeansprüche können auch erlöschen. Beantragen Sie Ihre Beihilfe daher innerhalb von einem Jahr nach Entstehen der Aufwendungen, spätestens jedoch ein Jahr nach Ausstellung der ersten Rechnung.

Zu jedem Rechnungsbeleg ist die Kostenerstattung Ihrer Krankenversicherung bzw. gesetzlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse nachzuweisen.

Sofern Sie privat krankenversichert sind und einen geeigneten Nachweis über eine bestehende **Quotenversicherung** vorlegen, kann im Regelfall auf Einzelnachweise verzichtet werden.

Zum Nachweis Ihrer Aufwendungen fügen Sie dem Beihilfeantrag und der Zusammenstellung bitte die **Originalrechnungsbelege**, **Durchschriften**, **Kopien** oder **beglaubigte Abschriften bei.** In **Sterbefällen** ist die Vorlage von Originalbelegen zwingend notwendig.

Quittungen, Mahnungen, Belege über Vorauszahlungen, Heil- und Kostenpläne und dgl. können grundsätzlich nicht als Nachweis akzeptiert werden**. Fotokopien** müssen vollständig und eindeutig sein.

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 während der **Sprechzeit** bei Ihrer Beihilfestelle unbürokratisch beseitigen (8:30 - 11:30 Uhr, dienstags auch 13:30-15:00 Uhr). 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.

2. Beihilfeanspruch

Der Bemessungssatz (§ 12 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 nur für einen von Ihnen zu bestimmenden Berechtigten)	70 %
- entpflichtete Hochschullehrer	50 %
- **den Beihilfeberechtigten im Ruhestand (Versorgungsempfänger)**	**70 %**
- den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner	70 %
- berücksichtigungsfähige Kinder sowie beihilfeberechtigte Waisen	80 %

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 EUR 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 EUR 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.
Sollte aufgrund einer Beschäftigung ein **Zuschuss nach § 257 SGB V** zum privaten Krankenversicherungsbeitrag gewährt werden, beachten Sie bitte die Seite 2 des Einlegeblattes.

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 einkommensteuerrechtliche Gesamteinkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG) von über 18.000 EUR, bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttobetrag
- 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 von 7680 EUR).
In Zweifelsfällen wenden Sie sich bitte an Ihre Beihilfestelle.

3. Selbstbehalte für Aufwendungen

Das Haushaltssicherungsgesetz vom 17.12.1998 (GV NRW S. 750) hat durch eine Änderung des § 88 LBG die Basis geschaffen für eine über die Eigenvorsorge hinausgehende Selbstbeteiligung der Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Personen.

3.1 Kostendämpfungspauschale

Für jedes Kalenderjahr, aus dem Aufwendungen in einem Beihilfeantrag geltend gemacht werden, ist die auszuzahlende Beihilfe um eine Kostendämpfungspauschale auf der Basis der nachfolgenden Tabelle einmalig zu kürzen (§ 12 a BVO). Die Pauschale entfällt bei **Waisen**, **gesetzlich versicherten Beihilfeberechtigten**, bei Aufwendungen für **Vorsorgeuntersuchungen** nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 und 3 BVO sowie bei Beihilfen zu **dauernder Pflegebedürftigkeit.**

Bei Witwen und Witwern, hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartnern und in den Fällen der Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und sonstige Personen in Todesfällen entfällt im Jahr des Todes des Beihilfeberechtigten die Kostendämpfungspauschale und – soweit es sich noch um Aufwendungen des Verstorbenen handelt – auch im Folgejahr.

Die Kostendämpfungspauschale bemisst sich bei Ruhestandsbeamten nach dem Ruhegehaltssatz, der der Berechnung des Ruhegehaltes tatsächlich zugrunde liegt, höchstens jedoch 70 v.H., bei Hinterbliebenen nach 60 v.H. des Ruhegehaltssatzes höchstens jedoch 40 v.H. des Tabellenbetrages:

Tabelle:

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

Der ermittelte Betrag wird auf 5 EUR 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 EUR. 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 EUR** und für die **privatärztliche Behandlung von 10 EUR.** In Krankenhäusern, die nicht die Bundespflegesatzverordnung anwenden, gilt bei Inanspruchnahme des Pflegesatzes der zweiten Pflegeklasse ein Eigenanteil von **25 EUR** täglich. Der Eigenanteil ist maximal für 30 Tage bzw. 750 EUR je beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Person im Kalenderjahr anzusetzen.

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 Beihilfestelle, die Ihnen nach Möglichkeit auch telefonisch während der Sprechzeit Auskunft erteilt.

Beihilfefähig sind nur die notwendigen Aufwendungen 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 zum Zwecke **vorbeugender Maßnahmen,** die somit nicht im Krankheitsfall entstehen, werden nicht berücksichtigt. Ob diese Voraussetzungen vorliegen, entscheidet die Beihilfestelle. Bitte haben Sie Verständnis, dass in Zweifelsfällen Stellungnahmen der zuständigen **Amtsärzte** eingeholt werden.

Aufwendungen für **wissenschaftlich nicht anerkannte** Heilbehandlungen sind nicht beihilfefähig.

Aufwendungen für **wissenschaftlich noch nicht anerkannte** Heilbehandlungen können von der obersten Dienstbehörde auf Grund des Gutachtens eines Amts- oder Vertrauensarztes 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, Masseure etc., nicht jedoch z.B. Gymnastiklehrer oder Kosmetiker) durchgeführt werden.

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

- **Kur- und Sanatoriumsbehandlung**
- **Anschlussheilbehandlungen**
- **Ambulante psychotherapeutische Behandlung** (Ausnahme: bis zu fünf probatorische Sitzungen)
- **Ärztlich verordnete Hilfsmittel über 1000 EUR**, die nicht in der Auflistung unter Nr. 4.3 aufgeführt sind
- **Medizinisch notwendige Behandlung im Ausland**
- **Implantate im Zahnbereich**

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- **wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmittel oder Heilbehandlungen** (z.B. Geriatrika),
- Mittel, die geeignet sind**, Güter des täglichen Bedarfs** zu ersetzen (z.B. Elmex Gelee, Nahrungsergänzungen),
- **Schutzimpfungen** aus Anlass einer Auslandsreise,
- **Mund- und Rachentherapeutika** (Ausnahme: Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum),
- **Abführmittel** (Ausnahme: Erhebliche Grunderkrankungen, z.B. Querschnittslähmung),
- **Vitamin**präparate (Ausnahme:Vitaminmangelerkrankung),
- **Thymus**präparate (z.B. Thym Uvocal, Wobe Mugos Th),
- Kosten für **empfängnisregelnde Mittel** für Personen ab dem 20. Lebensjahr,
- nicht **krankheitsbedingte Sterilisationen,**
- Arzneimittel, die nach **§ 34 Abs. 1 Sätze 7 und 8 SGB V** von der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind: Präparate, die **überwiegend** zur Behandlung der **erektilen Dysfunktion** sowie der Anreizung sowie Steigerung der **sexuellen Potenz** (z.B. Viagra, Uprima, Ixense, Nuviva, Levitra, Cialis), zur **Raucherentwöhnung** (z.B. Niquitin), zur **Abmagerung oder Zügelung des Appetits**, sowie zur Regulierung des **Körpergewichts** (z.B. Xenical, Reductil) oder zur Verbesserung des **Haarwuchses** (z.B. Propecia, Pantovigar) dienen.

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 ärztliche Leistungen bis zum **2,3fachen Satz**, für überwiegend medizinisch-technische Leistungen bis zum 1,8fachen Satz und für Laborleistungen bis zum 1,15fachen Satz der Gebührenordnung beihilfefähig. Liegt eine ausreichende personenbezogene medizinische Begründung vor, können die Kosten für die ärztliche Leistung bis zum **3,5fachen Satz**, für die medizinisch-technische Leistung bis zum 2,5fachen Satz und für die Laborleistungen bis zum 1,3fachen Satz berücksichtigt werden. Andere beihilferechtliche Ansprüche bestehen auch dann nicht, wenn mit dem Arzt eine **Honorarvereinbarung (Abdingung)** getroffen wurde.

Kosten für ärztliche **Atteste und Bescheinigungen** 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.

Ambulante psychotherapeutische Behandlungen sind bis auf fünf probatorische Sitzungen nur nach vorheriger Anerkennung aufgrund 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 2,3fachen Satz der Gebührenordnung beihilfefähig. Liegt eine ausreichende medizinische Begründung vor, können die Kosten bis zum 3,5fachen 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 70 % ausgezahlt.

Verblendungen sind nur bis einschließlich Zahn 5 beihilfefähig. Bei zusammenhängenden Brückenversorgungen über Zahn 5 hinaus oder bei der Versorgung mit einer Vollkeramikkrone ab Zahn 6 werden von den beihilfefähigen Aufwendungen folgende Beträge pauschal abgezogen:

- 40 EUR pro Kunststoffverblendung
- 80 EUR pro Keramikverblendung
- 80 EUR pro Vollkeramikkrone.

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

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

Aufwendungen für **Implantate** sind nur unter **sehr engen Voraussetzungen** (z.B. atrophischer zahnloser Unterkiefer) **und** nach **vorheriger Anerkennung aufgrund eines amtsärztlichen Gutachtens** durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Wird eine Implantatversorgung gewählt, deren Kosten nicht als beihilfefähig anerkannt werden können, so werden nach Behandlungsabschluss für die ersten drei durch die Implantatversorgung ersetzten Zähne pauschal 450 EUR je ersetztem Zahn, für jeden weiteren ersetzten Zahn pauschal je 250 EUR als beihilfefähig anerkannt. Die Anerkennung des Pauschalbetrages ist für Oberkiefer und Unterkiefer insgesamt auf 10 Zähne begrenzt. Bereits durch vorhandene Implantatversorgungen ersetzte Zähne, für die keine beihilfefähige Indikation vorlag, sind hierauf anzurechnen. Eine Beihilfegewährung darüber hinaus ist nicht möglich. Mit diesem Pauschalbetrag sind alle durch zahnärztliche oder kieferchirurgische Behandlung entstandenen Kosten (z.B. Suprakonstruktion, Anästhesie, Implantatteile, Röntgenleistungen, Knochenersatzmaterial etc.) abgegolten. Aufwendungen für Reparaturen einer nicht als beihilfefähig anerkannten Implantatversorgung können pauschal mit 250 EUR je ersetztem Zahn - höchstens jedoch in Höhe der tatsächlichen Kosten - als beihilfefähig anerkannt werden.

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 EUR 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.

Eine Liste von Hilfsmitteln, die – ärztlich verordnet – ohne vorherige Anerkennung beihilfefähig sind, folgt auf der nächsten Seite.

Hilfsmittel die dort nicht aufgelistet sind und deren Kosten 1000 EUR übersteigen, sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. Übersteigen diese Kosten 2.500 EUR, ist die Zustimmung des Finanzministeriums erforderlich.

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

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

* Beihilfefähigkeit durch **Höchstbeträge** begrenzt (Hörgeräte je Ohr sowie Perücken 1050 EUR, Blutdruckmessgerät 80 EUR, Blutzuckerteststreifen (Glucoseteststreifen) 0,60 EUR je Stück)

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,- EUR 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 EUR 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 dann vor, wenn z.B. die Werte für ein Auge um 0,25 Dioptrien zugenommen und für das andere Auge um 0,25 Dioptrien abgenommen haben oder bei **Kurzsichtigkeit** sich die Sehschärfe (Visus) um mindestens 20 Prozentpunkte verbessert.
Aufwendungen für **Bildschirmbrillen** sind nicht beihilfefähig.
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

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.

Unter Beachtung der folgenden Ausschlussgründe sind Aufwendungen für die Benutzung einer **Taxe, eines Krankenwagens, Rettungshubschraubers oder Kraftwagens der beihilfeberechtigten Person oder eines Familienangehörigen** 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 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 EUR je gefahrenen Kilometer beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für:

- Beförderungskosten für die **Hin- und Rückfahrt bei einer ambulanten Heilkur,**
- die **Mitnahme weiterer Personen** bei Benutzung privater Personkraftwagen,
- 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 Auslandsaufenthalte

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

4.6 Krankenhaus

Bei einer **stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung** sind in Krankenhäusern, die nach der **Bundespflegesatzverordnung** abrechnen, die Fallpauschalen und Sonderentgelte, der Basis- und Abteilungspflegesatz, teilstationäre- sowie Belegpflegesätze beihilfefähig. Als **Wahlleistungen** sind Arztkosten, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung der Ärzte - GOÄ - abgerechnet werden, sowie die Kosten für ein **Zweibettzimmer** 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.

In Krankenhäusern, die nach **Pflegeklassen differenzieren,** sind grundsätzlich beihilfefähig der Pflegesatz der dritten Pflegeklasse, der sämtliche Regelleistungen umfasst, und der Pflegesatz der **zweiten Pflegeklasse** - Zweibettzimmer und privatärztliche Behandlung - (siehe jedoch Selbstbehalt Ziffer 3.2).
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.

Wird ein Krankenhausaufenthalt in einer Krankenanstalt durchgeführt, die nicht die Bundespflegesatzverordnung anwendet, z.B. in eine Privatklinik, so sind nur die vergleichbaren Aufwendungen, die bei einer Behandlung in einer Klinik, die die Bundespflegesatzverordnung anwendet, beihilfefähig. Als Vergleichskrankenanstalt wird grundsätzlich das Universitätsklinikum Düsseldorf herangezogen.

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 Sanatoriumsaufenthalt

Die Abgrenzung einer **Sanatoriumsbehandlung** (§ 6 BVO) von einem stationären Krankenhausaufenthalt (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) besteht darin, dass Sanatorien Spezialbehandlungen, vorwiegend nachgehende Behandlungen chronischer Leiden oder Nachbehandlungen von Genesenden durchführen, 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 eine stationäre Krankenhausbehandlung als auch eine Sanatoriumsbehandlung durchgeführt werden kann, ist für die Beihilfefestsetzung entscheidend, welche Art der Behandlung überwogen hat, und in welchem organisatorischen Bereich die Unterbringung (Krankenhaus- oder Sanatorium) 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 Festsetzungsstelle zu erwirken.

Eine Sanatoriumsbehandlung muss vor Beginn durch die Beihilfestelle anerkannt werden. Wird **die vorherige Anerkennung** nicht eingeholt, kann keine Beihilfe zu **Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und Beförderungskosten** gezahlt werden. Reichen Sie zunächst einen formlosen Antrag und eine ärztliche Bescheinigung (aus der hervorgehen muss, warum eine ambulante Heilkur nicht ausreichend ist) ein. Ist bereits bekannt, welches Sanatorium aufgesucht werden soll, geben Sie Ort und Namen des Hauses an und legen – sofern vorhanden - einen **Hausprospekt mit Preisliste** vor.

Die Beihilfestelle wird die Notwendigkeit des Sanatoriumsaufenthaltes durch den zuständigen **Amtsarzt** prüfen lassen, der ggf. einen Untersuchungstermin festsetzt. Ein Sanatoriumsaufenthalt wird nicht anerkannt, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine beihilferechtlich anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt wurde. Von der Einhaltung dieser **Frist** wird nur abgesehen, wenn nach dem amtsärztlichen Gutachten zwingende medizinische Gründe vorliegen.

Die Anerkennung wird für **eine Behandlungsdauer von drei Wochen** ausgesprochen, und kann während des Aufenthaltes – sofern zwingende medizinische Gründe vorliegen – aufgrund eines Notwendigkeitsattestes des Sanatoriumsarztes verlängert werden. Der Aufenthalt muss spätestens sechs Monate nach Bescheiderteilung angetreten werden.

Bei einer Sanatoriumsbehandlung wird zwischen Krankenanstalten (§ 6 Abs. 2a BVO) und sonstigen Einrichtungen (§ 6 Abs. 2b BVO) unterschieden. Die Unterscheidung hat Bedeutung für die Höhe der beihilfefähigen Kosten für Unterkunft und Verpflegung.

Bei einem Sanatoriumsaufenthalt in einer **Krankenanstalt** ist der niedrigste Pflegesatz des Hauses (ggf. der Pro-Person-Preis in einem Zweibettzimmer) höchstens bis zu einem Betrag von **104 EUR** pro Tag beihilfefähig. Bei einem Aufenthalt in einer sonstigen **Einrichtung**, die auch Personen auf-

nimmt, die keiner stationären Behandlung bedürfen, oder bei einem Aufenthalt in einem Haus, das mit einem **Beherbergungsbetrieb** (**Hotel**) räumlich verbunden ist, gilt ein **Tageshöchstsatz** von **52 EUR**. Zur Feststellung des beihilfefähigen Betrages für Unterkunft und Verpflegung ist unbedingt eine **Preisliste** des Sanatoriums vorzulegen. Einfache Bescheinigungen über den niedrigsten Tagessatz werden nicht akzeptiert.

Beihilfefähig sind neben den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung die Kosten für das amtsärztliche Gutachten, Beförderungskosten, ärztliche Behandlung, medizinische Heilanwendungen, ärztlichen Schlussbericht und Kurtaxe. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit bedeutet nicht, dass sämtliche in einem Sanatorium anfallenden Kosten beihilfefähig sind. Nicht berücksichtigt werden z.B. Aufwendungen für wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethoden. Liegt der Schwerpunkt eines Sanatoriumsaufenthaltes auf solchen Methoden - z.B. Frischzellen- oder Ozonbehandlung -, kann ggf. der gesamte Aufenthalt als nicht notwendig und somit als nicht beihilfefähig angesehen werden.

Wird die **Sanatoriumsbehandlung in NRW** durchgeführt sind Beförderungskosten bei einer Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort bis 50 km pauschal mit 50 EUR, bei einer Entfernung von mehr als 50 km pauschal mit 100 EUR als beihilfefähig anerkannt.
Bei Fahrten mit **regelmäßig verkehrenden Verkehrsmitteln** sind die tatsächlichen Kosten der niedrigsten Klasse unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen beihilfefähig. Fügen Sie deshalb bitte dem Beihilfeantrag alle Fahrkarten, Platzkarten, Belege über Gepäckbeförderung, Taxiquittungen etc. bei. Hat ein Beihilfeberechtigter einen **Behandlungsort außerhalb von NRW** gewählt und stellt der Amtsarzt mit seinem Gutachten fest, dass der gleiche Behandlungserfolg auch in NRW zu erwarten ist, werden pauschal 100 EUR (inkl. aller Kosten z.B. Gepäck) als Beförderungskosten für die Hin- und Rückfahrt als beihilfefähig anerkannt.
Die Pauschale wird bei Fahrten mit dem **PKW** unabhängig von der Personenzahl nur einmal gewährt. Sofern Sie mit dem **PKW** gefahren sind geben Sie bitte die kürzeste Fahrstrecke in Kilometer an und fügen bei notwendiger Behandlung außerhalb von NRW einen Nachweis bei, wie hoch die Fahrtkosten der niedrigsten Klasse unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen mit regelmäßig verkehrenden Verkehrsmitteln gewesen wären.

4.8 Anschlussheilbehandlung

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (§ 6 Abs. 1 BVO, Anschlussheilbehandlung) nach einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) kann eine Sanatoriumsbehandlung - ggf. auch nachträglich - anerkannt werden, wenn der Krankenhausarzt deren Notwendigkeit bescheinigt und die Sanatoriumsbehandlung spätestens einen Monat nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung beginnt, unabhängig davon ob im laufenden oder den letzten drei Jahren eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung durchgeführt wurde. Bezüglich aller weiteren Faktoren gelten die vorgenannten Hinweise zu einem Sanatoriumsaufenthalt, wobei jedoch die dort dargelegte Beschränkung des niedrigsten Tagessatzes auf 104 EUR keine Anwendung findet.

4.9 Ambulante Heilkur

Beihilfen zu ambulanten **Heilkuren** einschließlich Müttergenesungs- und Mutter/Vater-Kind-Kuren unter ärztlicher Leitung in einem beihilfefähigen Kurort werden auch an Versorgungsempfänger oder berücksichtigungsfähige Angehörige gewährt.

Eine ambulante Heilkur muss vor Beginn durch die Beihilfestelle anerkannt werden. Wird **die vorherige Anerkennung** nicht eingeholt, sind nur die Kosten beihilfefähig die auch bei der Behandlung am Wohnort entstanden wären (z.B. Arzt, Anwendungen). Reichen Sie zunächst einen formlosen Antrag und eine ärztliche Bescheinigung ein und geben bitte den gewünschten Kurort an.

Die Beihilfestelle wird die Notwendigkeit durch den zuständigen **Amtsarzt** prüfen lassen, der ggf. einen Untersuchungstermin festsetzt. Eine Kur wird nicht anerkannt, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine beihilferechtlich anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt wurde. Von der Einhaltung dieser **Frist** wird nur abgesehen, wenn nach dem amtsärztlichen Gutachten zwingende medizinische Gründe vorliegen.

Die Anerkennung wird **für eine Behandlungsdauer von 23 Tagen** (einschließlich Reisetage) ausgesprochen.
Beihilfefähig sind die Kosten für das amtsärztliche Gutachten, ärztliche Behandlung, medizinische Heilanwendungen, ärztlichen Schlussbericht und Kurtaxe. Zu den **Kosten für Unterkunft und Verpflegung wird ein Zuschuss von 20 EUR täglich** und für **anerkannte Begleitpersonen von 15 EUR täglich** gezahlt.

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit bedeutet nicht, dass sämtliche anfallenden Kosten beihilfefähig sind. Nicht berücksichtigt werden z.B. Aufwendungen für wissenschaftlich **nicht anerkannte Behandlungsmethoden**. Liegt der Schwerpunkt auf solchen Methoden - z.B. Frischzellen- oder Ozonbehandlung -, kann ggf. der gesamte Aufenthalt nicht als notwendig und somit nicht als beihilfefähig angesehen werden.

Die Beförderungskosten sind nicht beihilfefähig.
Bei Beantragung der Beihilfe ist die ordnungsgemäße Durchführung der Kurmaßnahme durch Vorlage des ärztlichen Abschlußberichtes nachzuweisen.

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 Beihilfestelle 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 Ihre Beihilfestelle, um ggf. ein entsprechendes Informationsblatt anzufordern.

6. Unfall

Sofern Aufwendungen entstehen, die unfallbedingt sind (hierzu zählen auch häusliche Unfälle), teilen Sie dies bitte im Beihilfeantrag unter dem Punkt 6e mit, da durch die Beihilfestelle zu prüfen ist, ob und inwieweit Schadenersatzansprüche 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. Legen Sie diesen ausgefüllten Bericht mit einem Beihilfeantrag und allen unfallbedingten Kostenbelegen vor. Fügen Sie Beihilfeanträgen mit nicht unfallbedingten Kosten keine Unfallbelege bei, sondern stellen Sie hierfür bitte immer einen gesonderten Antrag.

7. Auslandskosten

Aufwendungen, die durch eine **Erkrankung im Ausland** (§ 10 BVO) entstehen, z.B. während eines Urlaubs oder bei Personen mit Wohnsitz im Ausland sind grundsätzlich beihilfefähig. Übersteigen die Kosten bei einer Behandlung **außerhalb der Europäischen Union (EU) oder des europäischen Wirtschaftsraum (EWR)** für einen Krankheitsfall (gesamte Krankenhausbehandlung, ggf. nicht je Arztbesuch) den Betrag von 1000 EUR, sind höchstens die Kosten beihilfefähig, die auch am Wohnort oder in dem ihm am nächsten gelegenen geeigneten inländischen Behandlungsort entstanden wären. Bei Behandlungen **innerhalb der EU oder des EWR** sind die Kosten ohne Vergleich beihilfefähig, wenn gebietsfremden Personen nicht regelmäßig höhere Gebühren berechnet werden.
Beförderungskosten, die im Ausland entstehen, sind nicht beihilfefähig. Ausgenommen hiervon sind Beförderungskosten, die für Personen entstehen, die ihren festen Wohnsitz im Ausland haben (siehe jedoch Hinweis zu Ziffer 4.5).

Da beispielsweise auch medizinisch notwendige Rücktransportkosten nicht beihilfefähig sind, ist es nicht ausgeschlossen, dass eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige 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 private **Auslandsreisekrankenversicherung** 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.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.

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 Beihilfen gewährt.

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.

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

Eine Beihilfe zu Krankheitskosten sowie den Überführungskosten der verstorbenen beihilfeberechtigten Person erhält auf Antrag derjenige, der die **Originale** der Kostenbelege zuerst einreicht.
Für andere Personen **(sog. sonstige Personen)** darf die Beihilfe zusammen mit Sterbe- und Bestattungsgeldern sowie sonstigen Leistungen, die zur Deckung der in Rechnung gestellten Aufwendungen bestimmt sind, die tatsächlichen Aufwendungen nicht übersteigen.

Alle **sonstigen Personen** müssen daher sämtliche Beträge, die von Kranken- und Sterbekassen, Versicherungsgesellschaften und sonstigen Stellen aus Anlass der letzten Krankheit und der Bestattung zustehen, mit Nachweisen belegen. Eine schriftliche Erklärung, dass evtl. keine bzw. keine weiteren Beträge - außer den bereits nachgewiesenen Drittleistungen - zustehen, ist unbedingt beizufügen.

Sämtliche Kosten sind durch **Originalbelege** nachzuweisen. Den Originalbelegen sind Zahlungsnachweise, z.B. Überweisungsträger mit Girovermerk, Kontoauszug vom eigenen Konto, nicht jedoch vom Nachlasskonto (Konto der verstorbenen Person) beizufügen. Bei Barzahlungen ist neben der Quittung eine Erklärung erforderlich, dass Sie die im Antrag nachgewiesenen Kosten getragen haben.

Ist der Antragsteller / die Antragstellerin **Erbe/Erbin** oder **Testamentsvollstrecker/in**, entfällt ein Nachweis, dass die Rechnungen beglichen wurden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Landesamt für Besoldung und Versorgung