



Beihilfefähige Aufwendungen

Stand: 01/2026

Dieses Merkblatt soll Ihnen einen Überblick über die beihilfefähigen Aufwendungen geben.

Die rechtliche Grundlage bildet die Beihilfeverordnung des Landes Nordrhein-Westfalen (BVO NRW).

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass dieses Merkblatt nicht abschließend ist und nur einen begrenzten Überblick über die umfangreichen Aufwendungen geben kann.

Merkblätter zu einzelnen Themenbereichen finden Sie auf unserer Internetseite www.lbv.nrw.de im Bereich der Beihilfe.





Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Beihilfefähige Aufwendungen	3
1.1 Notwendigkeit und Angemessenheit	3
1.2 Voranerkennungsverfahren	3
2. Medizinische Leistungen	4
2.1 Arztbehandlung	4
2.2 Zahnbehandlung	4
2.2.1 Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen.....	4
2.2.2 Implantate.....	4
2.2.3 Kieferorthopädische Behandlungen	5
2.3 Heilbehandlungen	5
2.4 Heilpraktiker	6
3. Arzneimittel	6
4. Krankenhaus	6
4.1 Allgemeines.....	6
4.2 Wahlleistungen.....	6
4.3 Private Einrichtungen	7
4.4 Gemischte Einrichtungen	7
5. Hilfsmittel	7
5.1 Brillen und Kontaktlinsen.....	8
5.2 Hörgeräte	8
6. Beförderungskosten	8
7. Rehabilitationsmaßnahmen	9
8. Psychotherapie	9
9. Gesundheits- oder Präventionskurse	9
10. Belastungsgrenze	10
10.1 Höhe der Belastungsgrenze	10
10.1.1 Relevante Bezüge	10
10.2 Festsetzung der Belastungsgrenze	11
10.3 Eigenanteil und Selbstbehalt	11
10.3.1 Eigenanteil bei zahntechnischen Leistungen.....	11
10.3.2 Selbstbehalte bei stationärer Krankenhausbehandlung.....	11
10.4 Beispiel.....	11



1. Beihilfefähige Aufwendungen

1.1 Notwendigkeit und Angemessenheit

Beihilfefähig sind nur die **notwendigen Aufwendungen** in **angemessenem Umfang**.

Die Notwendigkeit ergibt sich aus dem medizinischen Bedarf. Somit stellt dies in aller Regel ihr Behandler fest. Hat die Beihilfestelle Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit oder schränken rechtliche Vorgaben die Beihilfefähigkeit ein, so kann eine Stellungnahme des zuständigen Gesundheitsamtes eingeholt werden.

Die Angemessenheit ergibt sich aus der Beihilfeverordnung des Landes NRW mit ihren Anlagen und den zugehörigen Rechtsvorschriften.

Notwendige Aufwendungen dienen

- der Wiedererlangung der Gesundheit,
- der Besserung oder Linderung von Leiden bzw.
- dem Ausgleich oder der Beseitigung von angeborenen oder erworbenen Körperschäden.

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 Gesundheitsämter eingeholt werden.

Aufwendungen für **Schutzimpfungen** sind beihilfefähig:

- soweit sie von der Ständigen Impfkommission (STIKO) öffentlich empfohlen sind,
- aufgrund privater Auslandsaufenthalte,
- für FSME- (Frühsommer-Meningoenzephalitis) und
- Grippeschutzimpfungen.

1.2 Voranerkennungsverfahren

Folgende Aufwendungen müssen **vor** Beginn durch die Beihilfestelle anerkannt werden:

- Stationäre und ambulante Rehabilitationsmaßnahmen
 - soweit eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Sinne von § 107 Absatz 2 SGB V auch über Abteilungen verfügt, die die Voraussetzungen als Krankenhaus im Sinne von § 107 Absatz 1 SGB V erfüllen, setzt die Beihilfefähigkeit der geplanten Maßnahmen in diesen Abteilungen ebenfalls eine vorherige Anerkennung der Beihilfestelle voraus,
- ambulante Kuren,
- stationäre Müttergenesungskuren oder Eltern-Kind Kuren,
- ambulante psychotherapeutische Behandlung (Ausnahme: bis zu fünf probatorische Sitzungen, bzw. acht probatorische Sitzungen bei analytischer Psychotherapie),
- ärztlich verordnete Hilfsmittel über 1.000 EUR, die nicht in der Anlage 3 zur BVO NRW oder im Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung aufgelistet sind,
- medizinisch notwendige Behandlungen im Ausland, die nicht auf die Kosten im Inland beschränkt werden sollen,
- Implantate im Zahnbereich, die nicht über die Pauschalregelung abgerechnet werden sollen (s. 2.2.2).

Die **vorherige Anerkennung** der Beihilfefähigkeit ist **zwingend erforderlich**. Eine nachträgliche Anerkennung ist grundsätzlich nicht möglich.



2. Medizinische Leistungen

2.1 Arztbehandlung

Beihilfefähig sind die von Ärztinnen und Ärzten in Rechnung gestellten Kosten, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung für Ärzte (**GOÄ**) berechnet werden (§ 4 Absatz 1 Nr. 1 Satz 3 BVO NRW).

Im Regelfall sind die Gebührensätze der GOÄ für ärztliche 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. Dies sind die sogenannten **Schwellenwerte**.

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. Dies stellt dann eine Schwellenwertüberschreitung dar.

Kosten mit darüberhinausgehenden Steigerungssätzen sind nicht beihilfefähig.

Beihilferechtliche Ansprüche bestehen auch dann nicht, wenn eine **Honorarvereinbarung** (Abdingung) getroffen wurde. In diesen Fällen haben Sie vor Beginn der Behandlung eine Vereinbarung über Gebührennummern, Steigerungsfaktoren und zu zahlenden Beträgen unterzeichnet. Diese ist ausschließlich im privatrechtlichen Verhältnis zwischen Ihnen und Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt bindend und hat in Bezug auf Schwellenwertüberschreitungen keine Auswirkungen auf die Beihilfefestsetzung.

2.2 Zahnbehandlung

2.2.1 Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen

Beihilfefähig sind die Honorarkosten der Zahnärztinnen und Zahnärzte, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung der Zahnärzte (**GOZ**) berechnet werden (§ 4 Absatz 1 Nr. 1 Satz 3 BVO NRW).

Im Regelfall sind die Gebührensätze der GOZ bis zum 2,3fachen Satz der Gebührenordnung beihilfefähig. Dies ist der sogenannte **Schwellenwert**.

Liegt eine ausreichende personenbezogene medizinische Begründung vor, können die Kosten bis zum 3,5fachen Satz berücksichtigt werden. Dies stellt dann eine Schwellenwertüberschreitung dar. Kosten mit darüberhinausgehenden Steigerungssätzen sind nicht beihilfefähig.

Die Hinweise zu einer **Honorarvereinbarung** (Abdingung), wie sie oben im Bereich der Arztbehandlung beschrieben werden gelten hier ebenso.

Außerdem sind die beihilferechtlichen Hinweise nach Anlage 7 der BVO zum zahnärztlichen Gebührenrecht, die sich aus der Anlage 7 der BVO ergeben, zu berücksichtigen.

Zahntechnische Leistungen nach § 9 GOZ sind bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen in Höhe von **70 %** beihilfefähig. Bei einer Versorgung mit Zahnersatz wird also im Regelfall von 70 % der beihilfefähigen Laborkosten eine Beihilfe von z. B. 50 % oder 70 % ausbezahlt.

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

2.2.2 Implantate



Aufwendungen für implantologische Leistungen sind für höchstens zehn Implantate pauschal bis zu 1.000 EUR je Implantat beihilfefähig. Bereits durch vorhandene Implantatversorgungen ersetzte Zähne, für die eine Beihilfe gezahlt wurde, sind auf die Höchstzahl von 10 Implantaten anzurechnen.

Mit dem Pauschalbetrag 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. Eine darüberhinausgehende Beihilfezahlung ist nicht möglich.

Die Kosten der Suprakonstruktion sind daneben beihilfefähig.

Unter sehr engen Voraussetzungen (z.B. implantatbasierter Zahnersatz im zahnlosen Kiefer) sind die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für eine Implantatversorgung beihilfefähig. Voraussetzung ist allerdings, dass die Beihilfestelle **vor** Behandlungsbeginn aufgrund eines amtsärztlichen Gutachtens die Notwendigkeit der beabsichtigten Maßnahme und die Angemessenheit der Kosten anerkannt hat (**Voranerkennungsverfahren**). In diesen Fällen ist es unumgänglich, der Beihilfestelle einen Heil- und Kostenplan vorzulegen. Vorsorglich sollte dem Heil- und Kostenplan eine Schweigepflichtentbindungserklärung (entsprechendes Formular kann angefordert werden) beigelegt werden. In den Indikationsfällen ist eine zahlenmäßige Begrenzung der anzuerkennenden Implantate nicht vorgesehen, sondern den Untersuchungsergebnissen des amtszahnärztlichen Dienstes zu folgen.

Bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion bis zu 400 EUR je Implantat - höchstens jedoch die tatsächlichen Kosten - beihilfefähig.

Eine Übersicht zum Ablauf und der Beihilfefähigkeit von Implantaten im Zahnbereich ist unserer Internetseite des LBV im Bereich der Merkblätter zur Beihilfe zu entnehmen.

2.2.3 Kieferorthopädische Behandlungen

Kieferorthopädische Behandlungen sind nach § 4 Absatz 2 BVO NRW i.V.m. Anlage 7 zur BVO NRW beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern oder wenn **vor** Behandlungsbeginn durch amts- oder vertrauenszahnärztliche Begutachtung festgestellt wird, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist, ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können und keine Behandlungsalternative besteht.

Ist bei Ihnen oder Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine kieferorthopädische Behandlung geplant, so reichen Sie gerne einen Heil- und Kostenplan vorab ein.

2.3 Heilbehandlungen

Die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit einer Heilbehandlung sind in § 4j BVO NRW geregelt.

Aufwendungen für **wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte** Heilbehandlungen sind nicht beihilfefähig. Eine nicht abschließende Auflistung nicht beihilfefähiger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Abschnitt I der Anlage 6 zur BVO NRW.

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



Bestimmte Behandlungsmethoden sind nach Abschnitt II der Anlage 6 zur BVO NRW nur für bestimmte Diagnosen, in vorgegebenen Ausführungsvarianten oder an örtlich festgelegten Körperregionen beihilfefähig. Hierzu zählen z.B.: Stosswellentherapie nur bei bestimmten Diagnosen.

Aufwendungen für **wissenschaftlich noch nicht anerkannte** Heilbehandlungen können von der Beihilfestelle auf Grund eines befürwortenden Gutachtens des zuständigen amtsärztlichen Dienstes für beihilfefähig erklärt werden.

Ärztlich verordnete, **wissenschaftlich anerkannte** Heilbehandlungen von nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern (z. B. Krankengymnasten, Masseur etc.) sind nach Anlage 5 der BVO NRW beihilfefähig.

2.4 Heilpraktiker

Kosten für die Behandlung durch Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, sind auf Grundlage des beihilferechtlichen Gebührenverzeichnisses NRW für Heilpraktikerleistungen (Anlage 4 zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 3 BVO NRW) beihilfefähig.

Psychotherapeutische Sitzungen bei Heilpraktikern sind nicht beihilfefähig.

3. Arzneimittel

Voraussetzung für eine Anerkennung ist, dass die behandelnde Person (Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin) das Mittel schriftlich verordnet oder es bei der Verrichtung verbraucht hat.

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

Weitergehende Informationen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt über Beihilfen zu Arzneimitteln.

4. Krankenhaus

4.1 Allgemeines

Bei einer vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung sind die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen (z. B. DRG-Fallpauschalen), beihilfefähig.

Für Krankenhausbehandlungen gelten die Regelungen des § 4 Absatz 1 Nr. 2 BVO NRW.

4.2 Walleistungen

Bei Aufnahme in ein Krankenhaus können Sie eine Walleistungsvereinbarung unterzeichnen. Walleistungen sind z.B. eine Behandlung durch einen Chefarzt oder eine über die Regelleistung hinausgehende Unterbringung (Komfortzimmer, Einbettzimmer, usw.).

Die separat in Rechnung gestellten ärztlichen Leistungen sind, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung der Ärzte und den Vorgaben der BVO NRW abgerechnet werden, beihilfefähig. Für diese Aufwendungen wird ein Eigenanteil in Höhe von 10 EUR pro Tag in Abzug gebracht.

Die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft sind in der Höhe angemessen, wie sie zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart wurden, beihilfefähig. Grundlegend handelt es sich hierbei um den niedrigsten



Zweibettzimmersatz der jeweiligen Fachabteilung für Wahlleistungspatienten ohne gesondert in Rechnung gestellte Komfortzusatzleistungen.

Für diese Aufwendungen wird ein Eigenanteil in Höhe von 15 EUR pro Tag in Abzug gebracht.

Mehraufwendungen für die Inanspruchnahme eines Einbettzimmers sind nicht beihilfefähig. Ersatzweise werden dann aber die Kosten eines Zweibettzimmers als beihilfefähig anerkannt.

Die oben genannten Eigenanteile sind auf höchstens 20 Tage bzw. 500 EUR pro Person und Kalenderjahr begrenzt.

4.3 Private Einrichtungen

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 medizinisch gleichwertigen Behandlung in der dem Behandlungsort nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik) entstanden wären, beihilfefähig.

Es wird ein Eigenanteil in Höhe von 25 EUR pro Tag in Abzug gebracht, begrenzt auf 500 EUR pro Person und Kalenderjahr.

4.4 Gemischte Einrichtungen

Es gibt Einrichtungen, welche sowohl Krankenhausbehandlung, als auch Rehabilitationsbehandlungen anbieten.

Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist zu unterscheiden von einer Behandlung in einer Anstalt, die nach der Beihilfeverordnung als Rehabilitationseinrichtung bezeichnet wird. In Krankenhäusern werden üblicherweise keine kurähnlichen Behandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt.

Die Abgrenzung einer Rehabilitationsmaßnahme (§§ 6, 6a, 6b und 7 BVO NRW) von einem stationären Krankenhausaufenthalt (§ 4 Absatz 1 Nr. 2 BVO NRW) besteht in der Form der Betreuung und Behandlung. Im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen werden Spezialbehandlungen, vorwiegend nachgehende Behandlungen chronischer Leiden oder Nachbehandlungen von Genesenden nach Operationen durchgeführt. 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 Krankenanstalt auf, in der sowohl Rehabilitationsmaßnahmen als auch stationäre Krankenhausbehandlungen durchgeführt werden können, ist für die Beihilfefestsetzung entscheidend, in welchem organisatorischen Bereich die Behandlung (Krankenhaus- oder Rehabilitationsabteilung) stattgefunden hat. Zudem setzt die Beihilfefähigkeit der geplanten Maßnahmen in diesen Abteilungen ebenfalls eine **vorherige Anerkennung** der Beihilfestelle voraus.

Fehlt eine vorherige Anerkennung durch die Beihilfestelle, sind nur die ärztlichen Behandlungskosten, Arzneimittel und Heilbehandlungen nach § 4 Absatz 1 Nr. 1 und 7 und § 4j Absatz 1 bis 4 BVO NRW beihilfefähig. Die vorherige Anerkennung gilt als erteilt, wenn die Krankenversicherung die medizinische Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung im Vorhinein bescheinigt hat und die Beihilfestelle feststellt, dass es keine Anhaltspunkte gibt, die eine abweichende Entscheidung rechtfertigen könnten.

5. Hilfsmittel

Beihilfefähig sind von Ärztinnen und Ärzten schriftlich verordnete Hilfsmittel, zu denen auch Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung zählen und die Aufwendungen für Anschaffung und Reparatur.



Rechtliche Grundlagen sind hier § 4 Absatz 1 Nr. 10 BVO NRW und die Anlage 3 zur BVO NRW.

Für den Betrieb von Hilfsmitteln (z.B. Batterien) 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.

Ärztlich verordnete Hilfsmittel, die ohne vorherige Anerkennung beihilfefähig sind, sind in der Anlage 3 zur BVO NRW oder im Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung aufgelistet.

Hilfsmittel, die dort nicht aufgelistet sind, und deren Kosten 1.000 EUR übersteigen, sind nur beihilfefähig, wenn die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit **vorher anerkannt** hat. Übersteigen diese Kosten 10.000 EUR ist die Zustimmung des Ministeriums der Finanzen NRW erforderlich.

Bitte beachten Sie, dass die Beihilfefähigkeit einiger Hilfsmittel durch Höchstbeträge begrenzt ist. So sind z.B. Aufwendungen für Hörgeräte je Ohr bis zu 1.500 EUR, für Perücken bis zu 1.200 EUR, für ein Blutdruckmessgerät bis zu 50 EUR und für Blutzuckerteststreifen (Glucoseteststreifen) bis zu 0,70 EUR je Stück beihilfefähig. Für weitere Informationen wird auf die Anlage 3 der BVO NRW verwiesen.

Hilfsmittel, die im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung benutzt werden können oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen (z.B. Bandscheibenmattmatratzen, Liegestühle, Gesundheitsschuhe, Fieberthermometer, Heizkissen, Bestrahlungslampen, Standfahrrad/Fahrradergometer, Kosten eines Personenkraftwagens einschließlich behindertengerechter Um- und Einbauten und dgl.) sind nicht beihilfefähig.

5.1 Brillen und Kontaktlinsen

Zu ärztlich verordneten Brillengläsern **oder** Kontaktlinsen wird grundsätzlich eine Beihilfe gezahlt.

Weitergehende Informationen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt zu den Sehhilfen.

5.2 Hörgeräte

Hörgeräte müssen schriftlich verordnet sein. Die Mindesttragedauer beträgt 5 Jahre. Eine Folgeversorgung bedarf keiner ärztlichen Verordnung. In diesen Fällen ist die Feststellung des Hörgeräteakustikers bzw. die Hörgeräteakustikerin über den Bedarf eines neuen Hörgerätes ausreichend.

Cochlea-Implantate sind keine Hilfsmittel, sondern sind beihilferechtlich als Körperersatzstücke zu behandeln. Der Selbstbehalt nach § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 3 der Beihilfenverordnung NRW gilt hierfür nicht.

6. Beförderungskosten

Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für die Beförderung der erkrankten Person und, falls erforderlich, einer Begleitperson. Als angemessen anzusehen sind die Kosten bis zur Höhe 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.

Wenn ärztlicherseits bescheinigt wird, dass wegen des Gesundheitszustandes der erkrankten Person ein anderes Beförderungsmittel nicht benutzt werden konnte, sind Aufwendungen für die Benutzung

- einer Taxe,
- eines Krankenwagens,



- Rettungshubschraubers oder
 - privaten Kraftwagens
- beihilfefähig.

Achten Sie immer auf die Vorlage der ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung.

Wird ein privater Kraftwagen für Fahrten der erkrankten Person benutzt, sind die entstandenen Aufwendungen unabhängig von der Zahl der beförderten Personen und dem Umfang des mitgeführten Gepäcks, bis 0,35 EUR je gefahrenen Kilometer beihilfefähig.

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.

Informationen zu den Beförderungskosten, die ins oder im Ausland entstehen sowie der Rücktransport aus dem Ausland, entstehen, entnehmen Sie bitte dem Merkblatt Ausland.

7. Rehabilitationsmaßnahmen

Die Beihilfebestimmungen unterscheiden zwischen

- stationären Rehabilitationsmaßnahmen,
- ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen
- ambulanten Heilkuren sowie
- Müttergenesungs- bzw. Eltern-Kind-Kuren.

Alle o.g. Maßnahmen müssen **vor** Beginn durch die Beihilfestelle anerkannt werden. Eine nachträgliche Anerkennung ist grundsätzlich nicht möglich.

Weitergehende Informationen entnehmen Sie bitte den Merkblättern zu den einzelnen Maßnahmen.

8. Psychotherapie

Psychotherapie ist eine dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendung. Weitergehende Informationen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt Psychotherapie.

9. Gesundheits- oder Präventionskurse

Zu den Aufwendungen für von gesetzlichen Krankenkassen als förderwürdig anerkannten Gesundheits- oder Präventionskursen wird je Kurs ein Zuschuss in Höhe von bis zu 75 EUR für höchstens zwei Kurse im Kalenderjahr gezahlt.

Es muss sich hierbei um die Teilnahme an Gesundheits- oder Präventionskursen zu folgenden Bereichen handeln:

- Bewegungsgewohnheiten (z.B. Rückenschule, Pilates),
- Ernährung (z.B. Ernährungskurse),
- Stressmanagement (z.B. Autogenes Training, Yoga) und
- Suchtmittelkonsum (z.B. Kurse zur Raucherentwöhnung)



Weitere Voraussetzung für die Zahlung einer Beihilfe ist, dass die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten des Kurses nachgewiesen wird.

Der Zuschuss wird nicht gezahlt, wenn die beihilfeberechtigte Person oder die berücksichtigungsfähige Person als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung dem Grunde nach einen Anspruch auf Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) im Sinne des § 20 SGB V oder vergleichbare freiwillige Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung hat.

Das Weitere regelt die Anlage 8 zur BVO NRW.

10. Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze begrenzt die finanziellen Belastungen der beihilfeberechtigten Personen je Kalenderjahr. Zu tragende Eigenanteile bzw. Selbstbehalte werden durch die Belastungsgrenze beschränkt. Wird die Belastungsgrenze überschritten, sind für das betreffende Kalenderjahr keine weiteren Selbstbehalte in Abzug zu bringen.

10.1 Höhe der Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze darf im Kalenderjahr insgesamt 2 % der Bruttojahresdienst- oder versorgungsbezüge der beihilfeberechtigten Person nicht übersteigen. Maßgeblich sind dabei die Bezüge des Vorjahres.

10.1.1 Relevante Bezüge

Zu den maßgeblichen Bruttobezügen zählen:

- Grundgehalt,
- Allgemeine Stellenzulagen,
- Familienzuschlag ohne kinderbezogene Anteile,
- Vermögenswirksamen Leistungen,
- Sonderzahlungen,
- Leistungsbezüge der W – Besoldung.

Außer Betracht bleiben variable Bezügebestandteile wie z.B.:

- Erschwerniszulagen,
- Mehrarbeitsvergütungen,
- Vergütung für verbeamtete Personen im Vollstreckungsdienst.

Bei den Versorgungsbezügen handelt es sich insbesondere um:

- Ruhegehalt,
- Witwen- / Witwergeld,
- Waisengeld,
- Unterhaltsbeitrag.

Auszugehen ist hierbei immer vom ungekürzten Versorgungsbezug; so bleibt u.a. ein Versorgungsabschlag(-ausgleich) außer Betracht.

Der für die Belastungsgrenze maßgebliche Bruttojahresbezug kann von den in der elektronischen Bezügemitteilung (z.B. Elster-Lohnbescheinigung) genannten, zu versteuernden Bruttojahresbezügen abweichen.



Bei erstmaligem Anspruch auf Besoldung (auch nach Beendigung einer Beurlaubung) oder auf Witwen- / Witwergeld im laufenden Kalenderjahr ist der erste volle Monatsbezug auf den Rest des laufenden Jahres hochzurechnen. Der so ermittelte Bruttojahresbezug dient als Bemessungsgrundlage zur Ermittlung der Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres. Für das Folgejahr wird an Hand des Januarbezuges ein fiktiver Vorjahresbruttobetrag (12/12) ermittelt.

Einkommen aus anderen Beschäftigungsverhältnissen außerhalb des Beamtenstatus, Rentenbezüge sowie das Einkommen berücksichtigungsfähiger Personen bleiben außer Ansatz.

10.2 Festsetzung der Belastungsgrenze

Die Feststellung der Belastungsgrenze erfolgt jedes Jahr durch die Beihilfestelle. Die für Sie maßgebliche Belastungsgrenze und die hierauf bereits angerechneten Beträge werden von der Beihilfestelle berechnet. Sie können diese dem Beihilfebescheid entnehmen. In der als Anlage beigefügten Zusammenstellung der Aufwendungen (Berechnungsbogen) ist diese angegeben.

Die Aufwendungen und deren Eigenanteile bzw. Selbstbehalte werden dem Kalenderjahr zugeordnet in dem sie entstehen.

10.3 Eigenanteil und Selbstbehalt

In die Belastungsgrenze fließen ein:

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

Die Beträge fließen nicht in voller Höhe, sondern nach Anwendung des Bemessungssatzes ein.

10.3.1 Eigenanteil bei zahntechnischen Leistungen

Bei der Einbringung von Zahnersatz fallen durch die Arbeiten des zahntechnischen Labors Kosten an. Diese sind zu 70 % beihilfefähig. Die übrigen 30 % stellen einen selbst zu tragenden Eigenanteil dar.

10.3.2 Selbstbehalte bei stationärer Krankenhausbehandlung

Die beihilfefähigen Aufwendungen bei vollstationärer, teilstationärer sowie vor- und nachstationärer Behandlung werden für ggf. vereinbarte Wahlleistungen (gesonderte berechnete ärztliche Behandlung oder Unterkunft) um folgende Eigenanteile (Selbstbehalte) gekürzt:

- für die Unterkunft 15 EUR und für die ärztliche Behandlung von 10 EUR täglich
- bei Behandlungen in Krankenhäusern ohne Zulassung nach § 108 SGB V („Privatklinik“) 25 EUR täglich

Der Eigenanteil ist maximal für 20 Tage bzw. 500 EUR je beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Person im Kalenderjahr anzusetzen.

10.4 Beispiel

Es werden Aufwendungen für einen stationären Krankenhausaufenthalt und Zahnarztbesuche zur Einbringung von mehreren Kronen eingereicht.



Beim Krankenhausaufenthalt wurde durch die Inanspruchnahme von Wahlleistungen (2- Bettzimmer und chefärztliche Behandlung) Selbstbehalte bei der Beihilfeberechnung berücksichtigt. Es wurden für 11 Tage Leistungen des Zweibettzimmers und für 13 Tage Leistungen der chefärztlichen Behandlung in Anspruch genommen. Der Selbstbehalt beträgt 295,00 EUR.

Bei der Zahnsanierung sind zahntechnische Leistungen (Laborkosten) angefallen. Von den Laborkosten können nur 70 % als beihilfefähig anerkannt werden. Somit verbleibt noch ein beispielhafter Eigenanteil von 578,29 EUR, der durch die Beihilfe nicht gedeckt ist.

Zusammenfassung der in einem Kalenderjahr angefallenen Selbstbehalte (nach Anwendung des Bemessungssatzes):

Eigenbeteiligung für Wahlleistungen im Krankenhaus	295,00 EUR	x 70 %	206,50 EUR
Selbstbehalt bei zahntechnische Leistungen	578,29 EUR	x 70 %	404,80 EUR
Belastung / Abzüge für ein Jahr insgesamt			611,30 EUR

Eine beihilfeberechtigte Person mit Versorgungsbezügen hat ein fiktives Jahres-Ruhegehalt von 30.000 EUR. Die Belastungsgrenze von 2 % wird demnach auf 600,00 EUR festgesetzt.

Selbstbehalte oberhalb der Belastungsgrenze dürfen nicht abgezogen werden.

Durch die Belastungsgrenze reduziert sich die finanzielle Belastung wie folgt: - 11,30 EUR

Die die Belastungsgrenze von 600 EUR überschreitenden zu berücksichtigenden Abzüge in Höhe von 11,30 EUR werden zusätzlich zur Beihilfe ausgezahlt.