



Beihilfe allgemein

Stand: 01/2022

Dieses Merkblatt soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten beihilferechtlichen Bestimmungen des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) geben.

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

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass dieses Merkblatt nur eine begrenzte Übersicht der umfangreichen Bestimmungen geben kann.

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





Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Antragstellung	4
1.1 Grundsätzliches	4
1.2 Beihilfe-APP	4
1.3 Weitere Formate	4
1.4 Fristen	5
1.5 Nachweise, Versicherungsquote, ärztliche Verordnungen und Bescheinigungen	5
1.6 Mitwirkung	5
2. Beihilfeanspruch	5
2.1 Bemessungssatz	5
2.2 Ergänzende Krankenversicherung	6
2.3 Berücksichtigungsfähige Angehörige	6
3. Selbstbehalte für Aufwendungen	7
3.1 Selbstbehalte bei stationärer Krankenhausbehandlung	7
3.2 Belastungsgrenze	7
4. Beihilfefähigkeit von Aufwendungen	7
4.1 Grundsätzliches	7
4.2 Voranerkennungsverfahren	8
4.3 Beihilfefähigkeit von Heilbehandlungen	8
4.4 Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln	9
4.5 Arzt- oder Heilpraktikerbehandlung, Psychotherapie	9
4.6 Zahnbehandlung	9
4.6.1 Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen	9
4.6.2 Implantate	10
4.7 Hilfsmittel	10
4.8 Brillen und Kontaktlinsen	11
4.9 Beförderungskosten	12
4.10 Krankenhaus	12
4.10.1 Allgemeines	12
4.10.2 Gemischte Einrichtungen	13
4.11 Rehabilitationsmaßnahmen	13
4.12 Gesundheits- oder Präventionskurse	14
5. Pflegebedürftigkeit, Pflegehilfsmittel	14
6. Unfall	14



7.	Auslandskosten.....	15
8.	Beihilfe im Todesfall.....	16
9.	Informationen für gesetzlich krankenversicherte Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige	16
9.1	Beihilfefähige Aufwendungen	17
9.2	Berechnung der Beihilfen	18



1. Antragstellung

1.1 Grundsätzliches

Beantragen Sie Beihilfen bitte ausschließlich mit dem aktuellen amtlichen Formblatt. Dieses ist vollständig auszufüllen und von der beihilfeberechtigten Person selbst zu unterzeichnen. Folgende Antragsformulare stehen zur Verfügung:

- **Antrag** auf Zahlung einer Beihilfe
 - **Kurzantrag** auf Zahlung einer Beihilfe
- sowie die
- **Anlage Pflege.**

Soll eine andere Person zur Stellung der Beihilfeanträge berechtigt sein, so ist hierüber eine **Vollmacht** (Vollmachtsvordruck Ihrer Beihilfestelle, im Internet unter www.lbv.nrw.de > Vordrucke oder formlos) vorzulegen.

Bitte verwenden Sie bei der erstmaligen Antragstellung, sowie bei Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen oder bei den berücksichtigungsfähigen Personen das Formular „**Antrag** auf Zahlung einer Beihilfe“.

Für alle Folgeanträge reicht es, den „**Kurzantrag** auf Zahlung einer Beihilfe“ einzureichen.

In den Antragsformularen ist die Anzahl der eingereichten Belege sowie die Höhe der Antragssumme anzugeben.

Die Vorlage von Originalbelegen ist **nicht** erforderlich. Da die Belege nicht mehr zurückgeschickt werden, sollten Kopien bzw. Durchschriften vorgelegt werden. Fotokopien müssen vollständig und eindeutig sein.

Sofern Sie **Pflegeaufwendungen** geltend machen wollen, stellen Sie bitte einen **gesonderten** Antrag für diese Aufwendungen und fügen die **Anlage „Pflege“** bei.

Achten Sie bitte besonders darauf, dass die Angaben zur Dienststelle/Beihilfestelle vollständig sind.

Auf die Vorlage des Antragsformblattes mit der im Original geleisteten Unterschrift (keine Kopie) kann **nicht** verzichtet werden.

Antragsformulare, weitere Vordrucke sowie Merkblätter stehen Ihnen auch im Internet unter www.lbv.nrw.de im Bereich der Beihilfe zur Verfügung.

1.2 Beihilfe-APP

Mit der **Beihilfe NRW App** können Sie die für einen Kurzantrag („Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe“) erforderlichen Belege digital über ein Smartphone oder Tablet einreichen. Einzelheiten hierzu erhalten Sie auf der Internetseite des LBV NRW.

1.3 Weitere Formate

Neben dem schriftlichen Beihilfeantrag und einer Antragstellung mittels Beihilfe NRW App können Beihilfeanträge grundsätzlich durch eine **schriftform-wahrende De-Mail** (Versandoption nach § 5 Absatz 5 De-Mail-Gesetz) eingereicht werden.

Diese De-Mail senden Sie bitte an: zsdt-beihilfe@brdt-nrw.de-mail.de.



Mit einer **De-Mail** werden elektronische Nachrichten verschlüsselt, geschützt und optional auch nachweisbar verschickt und ermöglicht somit eine vertrauliche und nachweisbare elektronische Kommunikation: Versand, Empfang und Inhalte von De-Mails können rechtswirksam nachgewiesen werden und unterscheiden sich somit von herkömmlichen E-Mails.

Eine Antragstellung durch E-Mail oder Telefax ist nicht zulässig.

1.4 Fristen

Beihilfeansprüche können auch erlöschen. Beantragen Sie Ihre Beihilfe daher innerhalb von 24 Monaten nach Entstehen der Aufwendungen, spätestens jedoch innerhalb von 24 Monaten nach Ausstellung der ersten Rechnung.

1.5 Nachweise, Versicherungsquote, ärztliche Verordnungen und Bescheinigungen

Zu jedem Rechnungsbeleg ist die Kostenerstattung Ihrer Krankenversicherung bzw. gesetzlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse nachzuweisen. Sofern Sie oder eine berücksichtigungsfähige Person privat krankenversichert sind und einen geeigneten Nachweis über eine bestehende Quotenversicherung vorlegen, kann im Regelfall auf Einzelnachweise verzichtet werden. Quittungen, Mahnungen, Belege über Vorauszahlungen, Heil- und Kostenpläne und dgl. können nicht als Rechnungsnachweis akzeptiert werden.

Sind ärztliche Verordnungen oder Notwendigkeitsbescheinigungen erforderlich, die im Übrigen immer **vor** dem Entstehen der Aufwendungen ausgestellt sein müssen (z.B. bei Hilfsmitteln, Heilbehandlungen), fügen Sie diese den jeweiligen Kostenbelegen bei. Bitte beachten Sie, dass in Arztrechnungen - in Zahnarztrechnungen bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen - die Angabe der Diagnose erforderlich ist.

1.6 Mitwirkung

Bitte prüfen Sie nach Erhalt des Beihilfebescheides, ob Ihre Kosten zutreffend abgerechnet wurden.

Offensichtliche Fehler lassen sich im Regelfall bereits durch einen Anruf bzw. Besuch bei Ihrer Beihilfestelle unbürokratisch beseitigen.

Auch Fragen zum Beihilferecht können oftmals durch ein Telefonat geklärt werden. Durch den so vermiedenen Schriftverkehr tragen Sie zu einer zügigen Bearbeitung der Beihilfeanträge bei. Unsere Kontaktdaten und Sprechzeiten können Sie auf unserer Internetseite www.lbv.nrw.de einsehen.

2. Beihilfeanspruch

2.1 Bemessungssatz

Neben verbeamteten Personen und verbeamteten Personen im Ruhestand gehören Verwitwete, Hinterbliebene einer eingetragenen Lebenspartnerschaft sowie Waisen zu den beihilfeberechtigten Personen. Der Beihilfeanspruch besteht solange Bezüge, Ruhegehalt oder Hinterbliebenenbezüge (z. B. Waisengeld) gezahlt werden (§ 1 Absatz 1 BVO NRW).

Der Bemessungssatz (§ 12 Absatz 1 BVO NRW) ist personenbezogen und beträgt im Regelfall für

- beihilfeberechtigte Personen im aktiven Dienst ohne Kind oder mit einem Kind 50 %



- beihilfeberechtigte Personen im aktiven Dienst mit zwei oder mehr Kindern (bei mehreren beihilfeberechtigten Personen erhält die Person den erhöhten Bemessungssatz, welche die entsprechenden Kinderanteile im Familienzuschlag erhält) 70 %
- entpflichtete Hochschullehrende 50 %
- beihilfeberechtigte Personen im Ruhestand 70 %
- berücksichtigungsfähige Person aus Ehe oder eingetragener Lebenspartnerschaft 70 %
- berücksichtigungsfähige Kinder sowie beihilfeberechtigte Waisen 80 %.

2.2 Ergänzende Krankenversicherung

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 Absatz 6 BVO NRW) - „100% Grenze“ -.

Bitte prüfen Sie daher, ob Ihr Krankenversicherungsschutz ggf. angepasst werden muss. Dies ist in aller Regel erforderlich:

- nach Eintritt in den Ruhestand,
- Wegfall der Berücksichtigung von Kindern oder
- Geburt des zweiten Kindes.
 - Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen des Kindes nur der beihilfeberechtigten Person gezahlt, die den entsprechenden Anteil des Familienzuschlags erhält. Bitte teilen Sie dies der Beihilfestelle mit.

Nicht berücksichtigt werden bei dieser Anrechnung beispielsweise Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld- und sonstige Summenversicherungen bis 100 EUR pro Tag (vgl. § 12 Absatz 6 BVO NRW).

Sollte aufgrund einer Beschäftigung ein Zuschuss nach § 257 SGB V zum privaten Krankenversicherungsbeitrag gezahlt werden, beachten Sie bitte die Ausführungen unter Punkt 9.

2.3 Berücksichtigungsfähige Angehörige

In folgenden Fällen können **keine** Beihilfen gezahlt werden (§ 2 BVO NRW):

- **Für die durch Ehe oder eingetragener Lebenspartnerschaft berücksichtigungsfähige Person:**
 - für Aufwendungen die bis 31.12.2021 entstehen:
Die Einkünfte liegen im Kalenderjahr vor der Antragstellung **über 18.000 EUR**. Zu diesen Einkünften zählt der **Gesamtbetrag der Einkünfte** (§ 2 Absatz 3 und 5a des Einkommensteuergesetzes (EStG)).
 - für Aufwendungen die ab 01.01.2022 entstehen:
Die **Summe der Einkünfte** liegt im Kalenderjahr vor Entstehen der Aufwendungen **über 20.000 EUR** (§ 2 Absatz 2 und 5a des EStG). Hinzugerechnet werden die Differenz zwischen Besteuerungs- und Ertragsanteil bei erstmaligem Rentenbezug ab 01.01.2022 und ausländische Einkünfte (§ 22 Nr. 1 Satz 3 Buchstabe a bzw. § 34d EStG).
Die Einkünfte sind durch einen vollständigen Steuerbescheid nachzuweisen. Die für die



beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben können unkenntlich gemacht werden.

- die **getrennt lebt ohne** Unterhaltsanspruch gegen die beihilfeberechtigte Person.
- **Für Kinder:**
 - die im Familienzuschlag nach dem Besoldungsgesetz nicht mehr berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig sind.
 - die einen eigenen Beihilfeanspruch haben.

In Zweifelsfällen wenden Sie sich bitte an Ihre Beihilfestelle.

Bitte beachten Sie: geschiedene Personen gehören nicht mehr zu den berücksichtigungsfähigen Personen. Die Aufwendungen können daher ab Rechtskraft der Scheidung nicht mehr berücksichtigt werden.

3. Selbstbehalte für Aufwendungen

3.1 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.

3.2 Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze begrenzt die finanziellen Belastungen der beihilfeberechtigten Personen. Für die entstandenen Aufwendungen, dürfen

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

im Kalenderjahr insgesamt 2 % (1,5 % bis 31.12.21) der Bruttojahresdienstbezüge oder Bruttojahresversorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen der beihilfeberechtigten Person des vorangegangenen Kalenderjahres nicht überschreiten (§ 15 BVO NRW).

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

4. Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

4.1 Grundsätzliches



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.

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 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
- Gripeschutzimpfungen

4.2 Voranerkennungsverfahren

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

- 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 Behandlung im Ausland
- Implantate im Zahnbereich.

4.3 Beihilfefähigkeit von Heilbehandlungen

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

Aufwendungen für **wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte** Heilbehandlungen sind nicht beihilfefähig. Hierzu zählen z.B.: Ozontherapie, Ayurvedische Behandlungen, Orthokintherapie, Biodynamische Therapien, Colon-Hydro-Therapie, Frischzellentherapien, Fußreflexzonenmassagen, Galvanotherapie, Heileurythmie, Behandlungen im Rahmen der Spagyrischen Medizin. Eine nicht



abschließende Auflistung nicht beihilfefähiger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden finden Sie im Abschnitt I der Anlage 6 zur BVO NRW.

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

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

4.4 Beihilfefähigkeit von Arzneimitteln

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 Grundsatz nach sind nur verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind grundsätzlich nicht beihilfefähig.

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

4.5 Arzt- oder Heilpraktikerbehandlung, Psychotherapie

Beihilfefähig sind die von Ärztinnen und Ärzten 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 medizinisch-technische Leistungen bis zum 2,5fachen Satz und für die Laborleistungen bis zum 1,3fachen Satz berücksichtigt werden. Andere beihilferechtliche Ansprüche bestehen auch dann nicht, wenn eine Honorarvereinbarung (Abdingung) getroffen wurde.

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.

Ambulante psychotherapeutische Behandlungen sind bis auf fünf probatorische Sitzungen, bzw. acht probatorische Sitzungen bei analytischer **Psychotherapie** nur nach **vorheriger** Anerkennung aufgrund eines vertrauensärztlichen Gutachtens durch die Beihilfestelle, Ihrer privaten Krankenversicherung oder gesetzlichen Krankenkasse beihilfefähig.

4.6 Zahnbehandlung

4.6.1 Zahnärztliche und zahntechnische Leistungen

Beihilfefähig sind die Honorarkosten der Zahnärztinnen und Zahnärzte, 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. Hier müssen beihilferechtliche Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht, die sich aus der Anlage 7 der BVO ergeben, berücksichtigt werden.



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% ausgezahlt.

Mehraufwendungen für Verblendungen (einschließlich Vollkeramikronen bzw. – brücken, zum Beispiel im Cerec-Verfahren) sind im angemessenen Umfang beihilfefähig. In der Zahnarztpraxis verwendete konfektionierte Materialien, auch Abform- und Abdruckmaterial sind beihilfefähig.

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

4.6.2 Implantate

Aufwendungen für implantologische Leistungen sind für höchstens zehn Implantate pauschal bis zu 1 000 Euro 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. Die Kosten der Suprakonstruktion sind daneben beihilfefähig.

Eine darüberhinausgehende Beihilfezahlung ist nicht möglich.

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 Amtsarztes 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 diesem Merkblatt am Ende beigelegt.

4.7 Hilfsmittel

Beihilfefähig sind von Ärztinnen und Ärzten schriftlich verordnete Hilfsmittel (§ 4 Absatz 1 Nummer 10 BVO NRW, Anlage 3 zur BVO NRW), 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.

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 1500 EUR, für Perücken bis zu 1.200 EUR, für ein Blutdruckmessgerät bis zu 50 EUR, Blutzuckerteststreifen (Glucoseteststreifen) bis zu 0,70 EUR je Stück beihilfefähig. Für weitere Informationen wird auf die Anlage 3 der BVO NRW verwiesen.

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, Kosten eines Personenkraftwagens einschließlich behindertengerechter Um- und Einbauten und dgl.) sind nicht beihilfefähig.

4.8 Brillen und Kontaktlinsen

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

Aufwendungen für die **Ersatz- oder Folgebeschaffung** einer Brille oder von Kontaktlinsen sind grundsätzlich auch dann beihilfefähig, wenn die **Refraktionsbestimmung** durch Optikerinnen und Optiker vorgenommen wurde. Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13 EUR beihilfefähig. Von dieser Regelung erfasst ist jede Beschaffung von Brillengläsern oder Kontaktlinsen, die nicht Erstbeschaffung ist.

Aufwendungen für Brillengestelle sind bis zu einem Betrag von 70 Euro beihilfefähig.

Besonderheiten - wie z.B. **Tönung oder Entspiegelung** der Gläser - bedürfen immer einer ärztlichen Verordnung mit entsprechender medizinischer Begründung. Mehraufwendungen für höherbrechende Gläser sind ab 6 Dioptrien beihilfefähig.

Aus der Rechnung muss der Grundpreis mineralischer Gläser und die Kosten der jeweiligen Sonderleistung hervorgehen. Sofern dies nicht aus der Rechnung hervorgeht, ist die Vorlage eines ausgefüllten Optikerformblattes notwendig. Dieses können Sie vorab bei Ihrer Beihilfestelle anfordern oder im Internet unter www.lbv.nrw.de im Bereich der Vordrucke herunterladen.

Einschleifkosten für Brillengläser, die beihilferechtlich berücksichtigt werden, sind bis zu einem Betrag von 25,- EUR je Glas beihilfefähig.

Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung einer Brille (auch Ersatz beider Gläser z.B. wegen Beschädigung) **oder** Kontaktlinsen 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.

Ohne eine solche Sehschärfeänderung sind die Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung von Sehhilfen dann beihilfefähig, wenn seit der letzten beihilfefähigen Beschaffung einer Sehhilfe eine **Frist** von 3 Jahren verstrichen ist. Bei Kontaktlinsen verkürzt sich diese Frist auf 2 Jahre. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind in diesem Fall auf max. 170 Euro je Kontaktlinse und 220 Euro je Brillenglas (bis 5,75 Dioptrien) oder 250 Euro je Brillenglas (ab 6 Dioptrien) beschränkt, wobei auch hierbei die o.g. Einschränkungen hinsichtlich der Kosten der Brille bzw. der Gläser gelten.



4.9 Beförderungskosten

Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für die Beförderung der erkrankten Person 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 einer der Familie angehörigen Person 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 der Familie angehörigen Person (nicht einer bekannten oder benachbarten Person) 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 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.

Zu den Beförderungskosten, die ins oder im Ausland entstehen sowie der Rücktransport aus dem Ausland, siehe unter 7. Auslandskosten.

4.10 Krankenhaus

4.10.1 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.

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. Pro Tag wird ein darüber hinaus gehender Selbstbehalt in Höhe von 25 EUR täglich in Abzug gebracht.

Als **Wahlleistungen** (Selbstbehalte bei Wahlleistungen siehe unter Nummer 3.1) sind **Arztkosten**, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung der Ärzte - GOÄ - abgerechnet werden, sowie die Kosten für gesondert berechnete **Unterkunft** (niedrigster Zweibettzimmersatz der jeweiligen Fachabteilung für Wahlleistungspatienten ohne gesondert in Rechnung gestellte Komfortzusatzleistungen) in der Höhe angemessen, wie sie zwischen dem Verband der privaten Krank-



enversicherungen (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart wurden, beihilfefähig.

Mehraufwendungen für die Inanspruchnahme eines **Einbettzimmers** sind nicht beihilfefähig. Ersatzweise werden dann aber die Kosten eines Zweibettzimmers als beihilfefähig anerkannt. Wurde ein Einbettzimmer in Anspruch genommen, so fügen Sie der Pflegesatzrechnung eine entsprechende Preisliste des Krankenhauses (meist Tarifauszug, der bei Einweisung ausgehändigt wird) über die Kosten eines Zwei- oder Mehrbettzimmers bei.

Eine stationäre Krankenhausbehandlung (§ 4 Absatz 1 Nummer 2 BVO NRW) 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.

4.10.2 Gemischte Einrichtungen

Die Abgrenzung einer Rehabilitationsmaßnahme (§§ 6, 6a, 6b und 7 BVO NRW) von einem stationären Krankenhausaufenthalt (§ 4 Absatz 1 Nummer 2 BVO NRW) besteht darin, dass im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen Spezialbehandlungen, vorwiegend nachgehende Behandlungen chronischer Leiden oder Nachbehandlungen von Genesenden nach Operationen durchgeführt werden, insbesondere mit Mitteln der physikalischen Therapie (Anwendungen z.B. Massagen), durch Bewegungstherapie oder durch besondere Formen der Ernährung. Auf derartige Behandlungen sind Akutkrankenhäuser in der Regel nicht eingerichtet.

Suchen Sie eine 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 Behandlungskosten nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4 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.

4.11 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 nicht möglich, auch nicht ausnahmsweise!

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

Eine Maßnahme wird nicht anerkannt, wenn im **laufenden** oder in den **drei vorangegangenen** Kalenderjahren bereits eine beihilferechtlich anerkannte stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme, eine Kur oder eine Müttergenesungs- oder Eltern-Kind Kur durchgeführt wurde. Von der Einhaltung der **Frist** darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige amtsärztliche



Dienst dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwerer Fall von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet.

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

4.12 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 Euro für höchstens zwei Kurse im Kalenderjahr gezahlt.

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

- Bewegungsgewohnheiten (z.B. Rückenschule, Pilates),
- Ernährung (z.B. Ernährungskurse richtig ernähren),
- 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 Prozent 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder vergleichbare freiwillige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hat. Das Weitere regelt die Anlage 8 zur BVO NRW.

5. Pflegebedürftigkeit, Pflegehilfsmittel

Sofern Sie pflegebedürftig sind oder werden, erhalten Sie grundsätzlich eine Beihilfe (§§ 5ff. BVO NRW) zu einer häuslichen Pflege, zu Pflegehilfsmitteln oder aber zu den Kosten einer stationären Pflege.

Die Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad trifft die private Pflegeversicherung oder die gesetzliche Pflegekasse. Die Beihilfestelle übernimmt diese Entscheidung. Legen Sie daher immer den Grundbescheid über den Pflegegrad vor. Sind Sie nicht pflegeversichert, richten Sie einen formlosen Antrag auf Feststellung des Pflegegrades unter Beifügung einer ärztlichen Bescheinigung direkt an die Beihilfestelle. Der amtsärztliche Dienst wird dann die Einstufung der Pflegebedürftigkeit vornehmen. Entstehen Kosten für eine ärztlich verordnete medizinische Behandlungspflege (nicht Grundpflege), so sind diese Kosten grundsätzlich beihilfefähig.

Weitergehende Informationen entnehmen Sie bitte den Merkblättern zur ambulanten häuslichen Pflege und zur stationären Pflege.

6. Unfall

Sofern Aufwendungen entstehen, die unfallbedingt sind (hierzu zählen auch häusliche Unfälle), teilen Sie dies bitte im Antrag auf Zahlung einer Beihilfe unter dem Punkt 8 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 Absatz 4 BVO NRW) gegen eine dritte Person haben, fordern Sie bitte bei der Beihilfestelle das Formblatt „Unfallbericht“ an. Diesen erhalten Sie auch unter www.lbv.nrw.de im Bereich der Beihilfe. 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 u.a. in Krankheits- und Pflegefällen im Ausland (§ 10 BVO NRW), z.B. während eines Urlaubs oder bei Personen mit Wohnsitz im Ausland, sind nur bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung oder Entbindung am inländischen Wohnort oder letzten früheren Dienstort der beihilfeberechtigten Person beihilfefähig wären.

Dieser Kostenvergleich entfällt bei in

- einem Mitgliedstaat der europäischen Union -EU-,
- einem Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum -EWR- oder
- der Schweiz

entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in **öffentlichen** Krankenhäusern.

Ein Kostenvergleich entfällt ebenfalls bei einer Behandlung im Ausland, wenn die Kosten je Krankheitsfall (gesamte Krankenbehandlung) den Betrag von 1000 EUR nicht übersteigen.

Beförderungskosten, die bei einer Behandlung im Ausland entstehen, sind wie unter Nummer 4.5 (Beförderungskosten) dieses Merkblattes beschrieben, beihilfefähig.

Beachten Sie jedoch bitte, dass Beförderungskosten in Gebiete außerhalb

- der europäischen Union -EU-,
- eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder
- der Schweiz

nicht beihilfefähig sind. Dies betrifft auch Rücktransportkosten aus diesen Gebieten.

Dies gilt beispielsweise auch dann, wenn der Rücktransport medizinisch notwendig ist. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person anlässlich eines Unfalles oder einer Erkrankung im Ausland noch mit erheblichen Kosten belastet bleibt, wird aus diesem Grunde dringend angeraten, für einen Auslandsaufenthalt eine entsprechende private **Auslandsreisekrankenversicherung** abzuschließen. Wird eine Auslandskrankenversicherung abgeschlossen, sind die jährlichen Versicherungsbeiträge bis zu einem Betrag von 10 EUR für die beihilfeberechtigte Person und für jede berücksichtigungsfähige Person beihilfefähig.

Sonderregelung:

Ist eine Behandlung im Ausland dringend notwendig und im Inland kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten, sind die Aufwendungen - nach **vorheriger** Anerkennung aufgrund eines amtsärzt-



tlichen Gutachtens - ohne besondere Beschränkung beihilfefähig. Auch zu den notwendigen Beförderungskosten werden in diesem Fall Beihilfen gezahlt.

Beachten Sie bitte, dass allen Auslandsbelegen, die nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, eine ausreichende Übersetzung (Kosten nicht beihilfefähig) beigelegt ist. Beispielsweise ist die Art der Behandlung (z.B. Beratung, Untersuchung, Injektion u. a.) 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 EUR umgerechnet, sofern der tatsächliche Umrechnungskurs nicht z.B. durch Umtauschbestätigung der Bank nachgewiesen wird.

Weitergehende Informationen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt über Beihilfe zu Aufwendungen die im Ausland entstehen.

8. Beihilfe im Todesfall

Da beim Tode der beihilfeberechtigten Person der Anspruch auf Beihilfe in der bisherigen Form erlischt, kann unter den nachstehend genannten Voraussetzungen der hinterbliebenen Person aus Ehe und eingetragener Partnerschaft, Kindern oder bei Ledigen den Eltern des Verstorbenen und Erben ein eigener Beihilfeanspruch entstehen.

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

Eine Beihilfe erhält auf Antrag derjenige, der die Rechnungen der Kostenbelege zuerst einreicht.

Die Antragsfrist verlängert sich im Todesfall mit unbekanntem Erben auf drei Jahre, beginnend mit der Entstehung der Aufwendungen bzw. mit Ausstellung der Rechnung.

Weitergehende Informationen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt über Beihilfen im Sterbefall.

9. Informationen für gesetzlich krankenversicherte Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige

Hinweis:

Nachfolgende Ausführungen gelten nicht für Regierungsbeschäftigte, für die ein eigener Beihilfeanspruch besteht. Für diesen Personenkreis sind die Bestimmungen der Beihilfenverordnung für Tarifbeschäftigte (BVO Tb) anzuwenden. Für nähere Informationen nutzen Sie bitte das Merkblatt „Beihilfen für Tarifbeschäftigte“.

In diesem Abschnitt werden - in Verbindung mit den sonstigen Ausführungen unter Punkt 1 bis 8 - die Besonderheiten bei der Gewährung von Beihilfen ausschließlich für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in der gesetzlichen Krankenkasse erläutert, jedoch können nicht alle Möglichkeiten ausreichend dargestellt werden, daher werden nur die gängigen Varianten erklärt. In Zweifelsfällen wenden Sie sich bitte an die Beihilfestelle.

Bei der Antragstellung bitte ich zu beachten, dass allen Belegen unbedingt der Erstattung-



snachweis der Krankenkasse beizufügen ist. Auch wenn die Krankenkasse keine Erstattung erbringt, ist dies von der Krankenkasse auf jedem einzelnen Beleg bestätigen zu lassen.

9.1 Beihilfefähige Aufwendungen

Erhält eine beihilfeberechtigte Person oder eine berücksichtigungsfähige Person Sach- oder Dienstleistungen, werden **keine** Beihilfen gezahlt. Diese Regelung gilt für freiwillig- und pflichtversicherte Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen gewähren als **Sachleistungen** beispielsweise ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlungen, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Fahrkosten und Pflegeleistungen, wobei die versicherte Person entweder nicht mit Aufwendungen oder allenfalls mit einer geringen Kostenbeteiligung belastet ist.

Eine **Dienstleistung** liegt insbesondere dann vor, wenn die Versicherungsträger unmittelbar Leistungen selbst erbringen (z.B. Aufklärungsmaßnahmen zur Verhütung von Krankheiten, Durchführung von Pflegekursen).

Als **Sach-** oder **Dienstleistung** gelten auch Geldleistungen bei

- künstlicher Befruchtung (§ 27 a SGB V),
 - kieferorthopädischer Behandlung (§ 29 SGB V),
 - Arznei und Verbandmitteln (§ 31 Absatz 1 u. 2 SGB V),
 - Heilmitteln (§ 32 SGB V),
 - häuslicher Krankenpflege (§ 37 Absatz 4 SGB V),
 - Haushaltshilfe (§ 38 Absatz 4 SGB V)
- sowie
- Hilfsmitteln (§ 33 SGB V und § 40 Absatz 2 SGB XI).

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass pflichtversicherte Personen an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen **Kostenerstattung** nach § 13 Absatz 2 SGB V wählen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V erhalten, sowie Aufwendungen, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des **Festbetrags** nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übernimmt.

Praxisgebühren und **Zuzahlungen** beispielsweise zu Arznei- und Verbandmitteln, Beförderungskosten, Heilmitteln (z.B. Massagen, Krankengymnastik und medizinischen Bädern), bei vollstationärer Krankenhausbehandlung, sowie bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind ebenfalls nicht beihilfefähig.

Dies bedeutet, dass für **freiwillig** und **pflichtversicherte** beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen in der Regel dann noch Beihilfen gezahlt werden können, wenn die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sich nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches als **Zuschuss** darstellt, oder Aufwendungen für eine Behandlung entstanden sind, für die die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung erbringt. Damit entstehen beihilfefähige Aufwendungen für diesen Personenkreis in der Regel noch bei stationärer Krankenhausbehandlung, wenn Wahlleistungen in Anspruch genommen wurden, bei Zahnersatz- oder Heilpraktikerkosten, bei dauernder Pflege oder wenn Sie sich in privatärztliche ambulante Behandlung begeben.

- Aufwendungen, die gesetzlich versicherten Personen bei Inanspruchnahme von **freiwilligen Leistungen** ihrer Krankenkasse außerhalb des Leistungskatalogs des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Rahmen der jeweiligen Satzung,
 - eines Bonusprogramms
- oder
- eines Gesundheitskontos



entstehen, sind nicht beihilfefähig.

Aufwendungen, die in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von **individuellen Gesundheitsleistungen** (IGeL) entstehen, sind bei **pflicht**versicherten Personen nicht und bei **freiwillig** versicherten Personen nur insoweit beihilfefähig, als sie den Aufwendungen nach § 3 Absatz 1 und § 4 BVO NRW entsprechen.

9.2 Berechnung der Beihilfen

Bei beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen,

- die auf Grund einer Beschäftigung pflichtversichert oder
- nach dem 31.12.1993 erstmals in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert oder
- freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und dem Grunde nach einen Anspruch auf einen Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag haben,

ist die **zustehende** Leistung der Krankenkasse (nicht Pflegeversicherung) von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen.

Auch bei **privat versicherten Personen**, denen tatsächlich ein **Arbeitgeberzuschuss nach § 257 SGB V** gezahlt wird, wird die Beihilfe nach Abzug der zustehenden Leistung der Versicherung berechnet.

Wird die Leistung der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen, ist die Beihilfe so zu berechnen, als wenn die Krankenkasse Leistungen erbracht hätte. Dieser fiktive Leistungsbetrag der Krankenkasse muss von der beihilfeberechtigten Person durch eine Bescheinigung der Krankenkasse nachgewiesen werden. Wird der Nachweis nicht erbracht, sind fiktiv 50 v.H. des Rechnungsbetrages als Kassenleistung abzusetzen.

Auf den nach Abzug der Kassenleistung verbleibenden Restbetrag wird der personenbezogene Bemessungssatz angewandt (sog. Restkostenbeihilfe).

Beispiel:

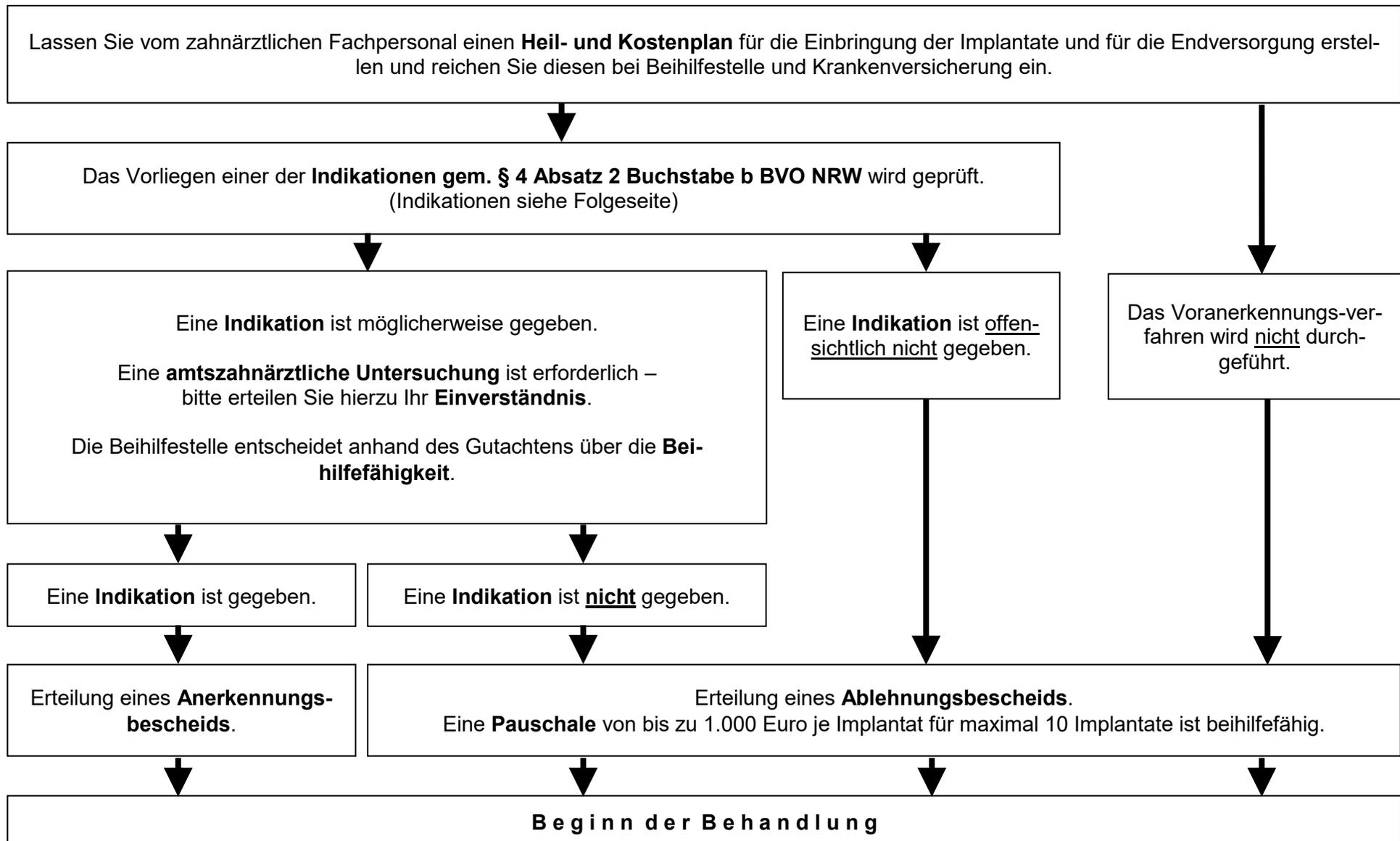
Beihilfefähige Aufwendungen:	100,00 EUR
abzüglich Leistung der Krankenkasse:	<u>. / . 50,00 EUR</u>
verbleiben als beihilfefähig:	50,00 EUR
bei einem personenbezogenen Bemessungssatz von 70 v.H. ergibt sich als Beihilfebetrag:	35,00 EUR

Zum personenbezogenen Bemessungssatz wird auf Nummer 2 dieses Merkblattes verwiesen.

Bei beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Personen, die vor dem 01.01.1994 erstmalig in der Krankenversicherung der Personen in Rente pflichtversichert waren, sowie bei freiwillig in gesetzlichen Krankenkassen versicherten Personen (ohne Arbeitgeberzuschuss) werden zu den gesamten Aufwendungen Beihilfen gezahlt, falls die Kasse keine Sachleistungen, den Sachleistungen gleichgestellte Leistungen oder freiwillige Satzungsleistungen erbringt. Auf die beihilfefähigen Aufwendungen wird der personenbezogene Bemessungssatz angewandt (siehe Nummer 2 des Merkblattes). Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind nur im Rahmen der Höchstbetragsberechnung zu berücksichtigen.



Was muss ich machen, wenn eine Implantatbehandlung geplant ist?





Stand 01/2022

Indikationen gem. § 4 Absatz 2 Buchstabe b BVO NRW:

1. größere Kiefer- und Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in Tumoroperationen, Entzündungen des Kiefers, Operationen infolge großer Zysten (zum Beispiel große follikuläre Zysten oder Keratozysten), Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt, angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder Unfällen haben,
2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z.B. Spastiken),
5. zahnloser Ober- oder Unterkiefer (ohne vorhandenes Implantat).

Weitere Hinweise:

- Wurde ein amtszahnärztliches Gutachten zur Prüfung einer Indikation in Auftrag gegeben und mit der Behandlung vor Erteilung eines Anerkennungsbescheides begonnen, werden auch die **Kosten des Gutachtens** von der beihilfeberechtigten Person zurückgefordert.
- Im Falle einer **Reparatur** kann je Implantat eine Pauschale von bis zu 400 Euro als beihilfefähig anerkannt werden.
- Die **Suprakonstruktion** (Endversorgung) ist nicht voranerkennungspflichtig; die Aufwendungen hierfür sind neben dem Pauschalbetrag beihilfefähig.
- Die Rechnung wird gemäß der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), der Beihilfenverordnung für das Land Nordrhein-Westfalen (BVO NRW) sowie der Anlage 7 der BVO NRW auf ihre Beihilfefähigkeit geprüft.