

Merkblatt

Landesverordnung über die Gewährung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamte in Schleswig-Holstein (Beihilfeverordnung – BhVO) in der zur Zeit geltenden Fassung

Die Beihilfe ist eine eigenständige Krankenfürsorge, durch die der Dienstherr im Rahmen seiner Fürsorgepflicht ergänzend zur Eigenvorsorge Leistungen erbringt. Die den Beamten und Versorgungsempfängern hiernach zustehenden Beihilfeansprüche in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen werden in Schleswig-Holstein seit dem 01.01.2005 in der Beihilfeverordnung (BhVO) konkretisiert.

Die nachstehende Darstellung soll einen Überblick über die Beihilferegulungen der BhVO geben. Einzelfälle und Sonderfragen können in diesem Rahmen nicht dargestellt werden. Rechtsansprüche können aus den nachstehenden Ausführungen nicht hergeleitet werden.

1. Personenkreis (§§ 2 und 3 BhVO)

1.1 Beihilfeberechtigte Personen sind

- Beamte/innen, Ruhestandsbeamte/innen,
 - Witwen, Witwer oder Waisen der o. a. Personen,
- wenn und solange sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge oder Versorgungsbezüge erhalten.

Eine Beurlaubung ohne Dienstbezüge berührt in folgenden Fällen nicht den Beihilfeanspruch: Beurlaubung von Alleinerziehenden zur Kinderbetreuung; Beurlaubung zur Pflege eines Angehörigen (maximal 15 Jahre); Beurlaubung ab dem 50. Lebensjahr unter bestimmten Voraussetzungen. In allen anderen Fällen einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge entfällt der Beihilfeanspruch; dies gilt nicht für Beurlaubungen ohne Dienstbezüge bis zu einer Dauer von einem Monat. Während einer Teilzeitbeschäftigung bleibt der Beihilfeanspruch generell ungeschmälert erhalten. Eine Beihilfeberechtigung besteht auch während einer Elternzeit.

1.2 Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

- der Ehegatte/eingetragene Lebenspartner des Beihilfeberechtigten, es sei denn, dieser ist selbst beihilfeberechtigt (Einkünfte des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners über 18.000 EUR/Jahr schließen den Beihilfeanspruch weitgehend aus),
- grundsätzlich nur die im Familienzuschlag des Beihilfeberechtigten nach dem Besoldungsgesetz Schleswig-Holstein berücksichtigten Kinder. Wird der Familienzuschlag im Nachhinein wegen Überschreitens der Einkommensgrenze zurückgefordert, ändert sich der beihilferechtliche Status des Kindes nicht rückwirkend. Eine beihilferechtliche Rückabwicklung findet nicht statt.

2. Bemessung der Beihilfe (§ 6 BhVO)

Der Regelbemessungssatz (Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen) beträgt für

- | | |
|---|----------|
| – den Beihilfeberechtigten | 50 v. H. |
| – Sind mindestens 2 Kinder im Familienzuschlag <u>berücksichtigungsfähig</u> , beträgt der Bemessungssatz 70 v. H., es sei denn ein anderer Beihilfeberechtigter wurde zum Berechtigten für den erhöhten Bemessungssatz bestimmt. | 70 v. H. |
| – den Empfänger von Versorgungsbezügen | 70 v. H. |
| – den berücksichtigungsfähigen Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner | 70 v. H. |
| – ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine beihilfeberechtigte Waise | 80 v. H. |
| – die Mutter eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten (§ 3 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 (BhVO)) | 70 v. H. |

3. Auswirkung bestimmter Versicherungsverhältnisse oder sonstiger Rechtsansprüche auf die Beihilfefähigkeit bzw. die Abrechnungssystematik (§ 8 Abs. 3 und 4 BhVO)

- 3.1 Anrechnung gewährter oder zustehender Leistungen**
Bei Ansprüchen auf Geldleistung oder Kostenerstattung aufgrund von Rechtsvorschriften (z. B. SGB V) oder arbeitsvertraglicher Vereinbarung sind vor Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Bei Zahnersatzbehandlungen einschließlich Kronen gesetzlich Versicherter sind 65 v. H. **als gewährte Leistung von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen**. Nehmen in der GKV Pflichtversicherte die ihnen zustehenden Leistungen nicht in Anspruch, sind diese fiktiv in Ansatz zu bringen.
- 3.2 Sachleistungen, nicht beihilfefähige Kostenanteile etc.**
Von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistung in Anspruch genommene Leistungen sind nicht beihilfefähig (Behandlung auf Krankenschein). Dies gilt auch für die Kostenerstattung bei kieferorthopädischen Behandlungen. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel sind nicht beihilfefähig. Selbstbehalte und Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung im Kostenerstattungsverfahren der GKV (§§ 13 Abs. 2 und 53 SGB V) sind von der Beihilfe ausgeschlossen.
- 3.3 Als Sachleistung geltende Leistungen**
Darüber hinaus gelten bei allen Pflichtversicherten und bei freiwillig Versicherten der GKV mit einem Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag auch folgende Leistungen der GKV als Sachleistungen:
– Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem SGB V,
– Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass die bei dem Behandler mögliche Kassenleistung nicht als solche in Anspruch genommen wird (privatärztliche Behandlung beim Kassenarzt oder einer sonstigen Vertragseinrichtung der GKV).
Durch die Leistungen der GKV nicht gedeckte Kosten sind nicht beihilfefähig.
- 3.4 Übergangsregelung für am 30.06.2005 vorhandene freiwillig in der GKV Versicherte**
Freiwillig in der GKV Versicherte beihilfeberechtigte Personen (und berücksichtigungsfähige Angehörige), die am 30.06.2005 keinen bzw. einen Beitragszuschuss von weniger als 21 EUR zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen erhielten, werden, solange der genannte Grenzbetrag des Krankenversicherungszuschusses nicht erreicht wird, weiterhin nicht auf die Sachleistungen ihrer Krankenkasse verwiesen. In diesen Fällen erhöht sich der Bemessungssatz weiterhin auf 100 %, wenn die GKV Leistungen erbracht hat; § 18 Abs. 3 BhVO.

4. Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen (§ 4 BhVO)

Treffen mehrere Beihilfeansprüche aus verschiedenen Rechtsverhältnissen zusammen, besteht nur aus einem dieser Rechtsverhältnisse ein Beihilfeanspruch.

5. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen (§ 8 Abs. 4 BhVO)

Innerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen sind nur bis zu der Höhe beihilfefähig, in der sie im Inland entstanden wären; für dienstliche Auslandsaufenthalte oder vorher genehmigte Behandlungsmaßnahmen bestehen Ausnahmen.

6. Beihilfefähige Aufwendungen

Nach der Beihilfeverordnung sind unter anderem die nachstehend aufgeführten Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind. Bitte beachten Sie: Wahlleistungen sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

- 6.1 Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen (§ 9 Abs. 1 und § 8 Abs. 1 BhVO)**
Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Danach dürfen persönliche ärztliche Leistungen, medizinisch-technische Leistungen und Laboruntersuchungen nur bis zum jeweiligen Schwellenwert (2,3/1,8/1,15facher Gebührensatz) abgerechnet werden. Überschreitungen des Schwellenwertes bis zum 3,5/2,5/1,3fachen Gebührensatz sind möglich und beihilferechtlich zu berücksichtigen, wenn der Arzt dieses schriftlich begründet. Die nach der GOÄ notwendige Begründung muss die individuellen Besonderheiten des Krankheitsfalles enthalten, die für die Erhöhung des Steigerungsfaktors maßgebend waren.

Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die ausschließlich Gebühren nach den Abschnitten B und G GOÄ abrechnen dürfen, ist ebenfalls nach den vorstehenden Grundsätzen zu beurteilen.

6.2 **Ambulante zahnärztliche Leistungen (§ 9 Abs. 1 und § 8 Abs. 1 BhVO)**

Die Angemessenheit der Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Danach dürfen zahnärztliche Leistungen nur bis zum 2,3fachen Gebührensatz (Schwellenwert) und mit schriftlicher Begründung bis zum 3,5fachen Gebührensatz in Ansatz gebracht werden.

Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen sind in der Anlage 3 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO geregelt.

Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind bei einer Versorgung mit Kronen, Brücken, Prothesen, Implantaten, Inlays etc. zu 60 vom Hundert beihilfefähig. Die Material- und Laborkostenrechnung ist beizufügen.

Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung ist ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Kieferorthopädische Behandlungen sind grundsätzlich nur beihilfefähig bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kieferorthopädische Behandlung erfordern. Das Vorliegen einer schweren Kieferanomalie ist durch Vorlage eines Heil- und Kostenplans (für Leistungen nach Nummern 6030-6260 GOZ) nachzuweisen. (siehe Anlage 3).

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen beihilfefähig.

Die Höchstzahlbegrenzung für Implantate entfällt für Behandlungen nach dem 27.04.2018. Aufwendungen für implantologische Maßnahmen sind beim Vorliegen der nachgewiesenen medizinischen Notwendigkeit beihilfefähig. Vorhandene, aus öffentlichen Mitteln mitgetragene Implantate sind dabei zu berücksichtigen. Die Suprakonstruktion wird im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte ohne Begrenzung auf die Anzahl der Implantate als beihilfefähig anerkannt.

Aufwendungen für große Brücken und mehrere Verbindungselemente sind nur in einem begrenzten Umfang beihilfefähig.

Aufwendungen für Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen sind bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht bzw. erst nach einer im öffentlichen Dienst ununterbrochen abgeleisteten Beschäftigungszeit von mindestens 3 Jahren beihilfefähig. Auf einem während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetretenen Unfall beruhende Leistungen sind nicht ausgeschlossen.

6.3 **Heilpraktikerleistungen (§ 9 Abs. 1 und § 8 Abs. 1 BhVO, Anlage 1 BhVO)**

Leistungen eines Heilpraktikers sind der Höhe nach nur begrenzt beihilfefähig; maßgeblich ist die von dem Finanzministerium zur GebÜH herausgegebene Leistungsübersicht. Psychotherapeutische Behandlungen (einschließlich Verhaltenstherapie und psychosomatischer Grundversorgung) durch einen Heilpraktiker sind nicht beihilfefähig.

6.4 **Ambulante psychotherapeutische Behandlungen und psychosomatische Grundversorgung (§ 9 Abs. 1 BhVO, Anlage 2 BhVO)**

Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit von ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen bestimmen sich nach der Anlage 1 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO. Leistungen der approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können beihilferechtlich nur berücksichtigt werden, wenn diese bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen (z. B. KV-Zulassung).

Aufwendungen der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie sowie der Verhaltenstherapie sind nur beihilfefähig, wenn die Beihilfefestsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit nach Durchführung eines vorgeschriebenen Gutachterverfahrens vorher anerkannt hat.

Antragsvordrucke können bei der Beihilfefestsetzungsstelle angefordert werden.

Aufwendungen der psychosomatischen Grundversorgung sind von der Sitzungszahl her nur begrenzt beihilfefähig und dürfen nur von bestimmten Ärzten/Behandlern erbracht werden.

Aufwendungen für medizinisch notwendige Behandlungen in psychiatrischen Institutsambulanzen können als beihilfefähig anerkannt werden, wenn ein Gutachter die Notwendigkeit hierfür feststellt.

Bestimmte Behandlungsformen sind vollständig von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen (z. B. Familientherapie, Gestalttherapie). Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig.

6.5 **Arzneimittel (§ 9 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 und 3 BhVO)**

Aus Anlass einer Krankheit sind die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker im Rahmen der Behandlung verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arznei-, Verbandmittel und dergleichen beihilfefähig.

Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sind grundsätzlich von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

Nahrungsergänzungsmittel, Geriatrika, Stärkungsmittel sowie Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen (z. B. Teemischungen, Pillen, Kräuter, Pilze, Fachinger, Seife, Zahnpasta) sind ausnahmslos von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

Bei ganz speziellen Krankheitsbildern können verordnete Elementardiäten, Aminosäuremischungen und Sondennahrung etc. als beihilfefähig anerkannt werden.

6.6 **Heilbehandlungen (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 BhVO, Anlage 4 BhVO)**

Vom Arzt (nicht Heilpraktiker) schriftlich verordnete Heilbehandlungen (z. B. Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik etc.) sind im Rahmen der in dem Heilbehandlungskatalog festgelegten Höchstbeträge beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Behandlung von einem Angehörigen eines Gesundheits- oder Medizinalfachberufs ausgeführt wird, für den eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht (z. B. Krankengymnast, Logopäde, Masseur, Physiotherapeut, Ergotherapeuten). Nicht hierunter fallen z. B. Leistungen von Sonderschullehrern, Sportlehrern, Musiktherapeuten, Eurythmielehrern etc.

Aufwendungen für erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) sind bis zu 20 Behandlungen beihilfefähig, wenn die Behandlung von Krankenhaus- oder entsprechenden Fachärzten bei bestimmten Indikationen verordnet und in einer hierfür zugelassenen Therapieeinrichtung durchgeführt wird.

Aufwendungen für Medizinische Trainingstherapie und gerätegestützte Krankengymnastik sind nur in einem sehr eng abgesteckten Rahmen beihilfefähig.

6.7 **Hilfsmittel (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 BhVO, Anlage 5 BhVO)**

Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für Anschaffung, Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der von einem Arzt (nicht Heilpraktiker) vorher schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Voraussetzungen und Umfang (z. B. beihilfefähiger Höchstbetrag bei Hörgeräten 1.100 EUR je Ohr **sowie bei notwendigen Perücken 1.000 EUR**) sind in der Anlage 5 zu § 9 Abs. 1 Nr. 4 BhVO näher bestimmt. U. a. enthält die genannte Anlage 5 auch einen Positivkatalog und einen Negativkatalog der Hilfsmittel, die bei der Entscheidung über die Beihilfefähigkeit zu beachten sind.

Sehhilfen

Aufwendungen für eine Sehhilfe sind bei der erstmaligen Beschaffung nur beihilfefähig, wenn diese von einem Augenarzt verordnet wurde. Für die erneute Beschaffung einer Sehhilfe genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers; Aufwendungen hierfür sind nicht beihilfefähig. Für die vergüteten Gläser sind Höchstbeträge festgelegt. Die Mehrkosten für Lichtschutz- oder Leichtgläser, für Kontaktlinsen sowie Kurzzeitlinsen sind nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen beihilfefähig. Medizinische Indikationen können nur vom Augenarzt festgestellt werden. Neben den Aufwendungen für Mehrstärkenbrillen sind die Kosten für Einstärkenbrillen nicht beihilfefähig. Bei Sportbrillen für Schulkinder sind die Gläser im Rahmen der genannten Höchstbeträge und die Fassung bis zu 40 EUR bzw. ab 27.04.2018 bis zu 60,00 EUR beihilfefähig. Im Übrigen sind je Brille für eine Fassung 20 EUR bzw. ab 27.04.2018 bis zu 60,00 EUR beihilfefähig.

Bei gleichbleibender Sehschärfe ist eine Ersatzbeschaffung nur dann beihilfefähig, wenn seit dem Kauf der letzten Sehhilfe bestimmte Fristen abgelaufen sind; z. B. Brille / 3 Jahre, harte Kontaktlinsen / 3 Jahre, weiche Kontaktlinsen / 2 Jahre. **Zu einem früheren Zeitpunkt kann eine Beihilfe nur gewährt werden, wenn sich z. B. die Refraktion (Breckkraft) geändert hat.**

6.8	<p>Krankenhausbehandlung (§ 9 Abs. 1 Nr. 6, § 5 Abs. 5 Nr. 1 in Verbindung mit § 18 Abs. 2 BhVO) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung sowie die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen. Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden, sind die Aufwendungen für Leistungen, die den vorstehend genannten entsprechen, beihilfefähig.</p> <p>Wahlleistungen (gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen und Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers, gekürzt um 14,50 EUR täglich) sind in Schleswig-Holstein seit dem 01.03.1998 nicht mehr beihilfefähig (§ 8 Abs. 5 Nr.1 BhVO). Nur in eng begrenzten Ausnahmefällen besteht weiterhin ein Beihilfeanspruch für Wahlleistungen nach dem bisherigen Recht; § 18 Abs. 2 BhVO – Übergangsregelung.</p>
6.9	<p>Unmittelbar (im Regelfall innerhalb von 14 Tagen) im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung notwendige stationäre oder teilstationäre Leistungen der Rehabilitation (Anschlussrehabilitation/AHB) in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung sind gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 6 bzw. § 10 Abs. 1 BhVO beihilfefähig. Vor Beginn der AHB sollte jedoch bei der Beihilfekasse unter Beifügung der Feststellungen des behandelnden Krankenhausarztes eine Kostenübernahmeerklärung – mit weiteren Abrechnungsinformationen – angefordert werden.</p> <p>Vorübergehende häusliche Krankenpflege (§ 9 Abs. 1 Nr. 7 BhVO) Die Aufwendungen für eine vorübergehende häusliche Krankenpflege (überwiegend Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) durch Berufspflegekräfte bzw. vom Arzt schriftlich für geeignet erklärte Ersatzpflegekräfte sind der Höhe nach begrenzt beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit und Art und Dauer sowie die tägliche Stundenzahl von einem Arzt schriftlich bescheinigt wird.</p> <p>Bei einer Krankenpflege durch nahe Angehörige können in der Regel nur Fahrtkosten beihilfefähig sein.</p>
6.10	<p>Familien- und Haushaltshilfen (§ 9 Abs. 1 Nr. 8 BhVO) Unter bestimmten eng umschriebenen Voraussetzungen sind die Kosten für eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushaltes bis zu 9 EUR stündlich, höchstens 72 EUR täglich, beihilfefähig, wenn</p> <p>Voraussetzung ist, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen ihrer krankheitsbedingten notwendigen außerhäuslichen Unterbringung oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann, b) im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Absatz 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, c) keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann, d) die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person, ausgenommen Alleinerziehende, nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist, <p>oder, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> e) ein nach ärztlicher Bescheinigung an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- oder Haushaltshilfe vermieden wird; <p>die Buchstaben a bis e gelten auch für die ersten sieben Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung; die Aufwendungen im Todesfall der haushaltsführenden Person (Buchstabe a) sind höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig; Nummer 7 Halbsatz 3 gilt entsprechend; werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig; die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in Nummer 7 Halbsatz 3 genannten Personen sind, mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten bis zu 36,00 € täglich, nicht beihilfefähig, die den Haushalt führende Person wegen einer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann.</p>

6.11	<p>Fahrtkosten (§ 9 Abs. 1 Nr. 9 BhVO) Aus Anlass einer Krankheit sind unter eng begrenzten Voraussetzungen beispielsweise folgende Aufwendungen für Fahrten beihilfefähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fahrten im Zusammenhang mit stationär erbrachten Leistungen, – Rettungsfahrten zum Krankenhaus, – Fahrten zu ambulanten Krankenhausbehandlungen, – Fahrten zu ambulanten Behandlungen nur in besonderen Ausnahmefällen. <p>Beihilfefähig sind dabei die Fahrtkosten bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Verkehrsmittel. Höhere Fahrtkosten sind nur dann beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar waren; bei Benutzung eines privaten Pkw gelten die Kilometersätze sowie der Höchstbetrag von 130 EUR nach dem BRKG.</p>
6.12	<p>Künstliche Befruchtung und Sterilisation (§ 9 Abs. 1 Nr. 13/14 BhVO) Aus Anlass einer Krankheit sind Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der hierfür notwendigen Arzneimittel entsprechend den Regelungen des Sozialgesetzbuch V beihilfefähig. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit erfolgt auf der Grundlage eines Behandlungsplans, der bei der Beihilfekasse angefordert werden kann. Die notwendigen Aufwendungen sind in voller Höhe beihilfefähig. Die Zuordnung der Aufwendungen erfolgt nach dem Verursacherprinzip. Die Paare müssen nicht verheiratet sein.</p> <p>Aufwendungen für eine Sterilisation sind nur dann beihilfefähig, wenn diese aufgrund einer Krankheit erforderlich ist.</p>
6.13	<p>Rehabilitationseinrichtung (§ 10 BhVO) Im Rahmen einer vorher von der Beihilfefestsetzungsstelle anerkannten Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung des Beihilfeberechtigten bzw. eines seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind insbesondere folgende Aufwendungen beihilfefähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ärztliche und zahnärztliche Leistungen, Medikamente, Heilbehandlungen, – Unterkunft und Verpflegung für in der Regel höchstens 3 Wochen bis zur Höhe des objektiv niedrigsten Satzes der Rehabilitationseinrichtung, – Fahrtkosten, – Kurtaxe und ärztlicher Schlussbericht. <p>Antragsvordrucke können bei der Beihilfefestsetzungsstelle angefordert werden. Zur Beihilfefähigkeit einer in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführten Anschlussrehabilitation (AHB) verweisen wir auf 6.8 Absatz 3.</p>
6.14	<p>Heilkur (§ 11 BhVO) Aufwendungen für Heilkuren zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sind nur bei aktiven Beamten mit Dienst-, Amts- oder Anwärterbezügen beihilfefähig. Die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Beihilfefestsetzungsstelle ist unbedingt erforderlich. Beihilfefähig sind die Aufwendungen wie bei einem Rehabilitationsaufenthalt, für Unterkunft und Verpflegung für höchstens 3 Wochen beträgt der Höchstbetrag jedoch 16 EUR täglich, soweit die Aufwendungen über 12,50 EUR hinausgehen. Eine Verlängerung ist nicht möglich.</p> <p>Werden der Abrechnung mit Sozialleistungsträgern ausgehandelte Pauschalpreise für die Behandlung sowie Unterkunft und Verpflegung zugrunde gelegt, können diese als beihilfefähig anerkannt werden.</p>
	<p>Nach vorheriger Anerkennung durch die Beihilfekasse kann zu Aufwendungen für in der Regel stationär in Einrichtungen des Müttergenesungswerks durchzuführende Mutter/Vater-Kind-Kuren für die jeweils aus medizinischer Sicht kurbedürftigen Personen eine Beihilfe gewährt werden. Die Höhe der Beihilfeleistungen entspricht den vorstehenden Ausführungen.</p> <p>Antragsvordrucke für die Anerkennung geplanter Heilkuren, Mutter/Vater-Kind-Kuren können bei der Beihilfekasse angefordert werden.</p>
6.15	<p><u>Pflege</u></p>
6.15.1	<p>Pflegeneustrukturierung (PSG I-III) und beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§12 BhVO)</p> <p>Ab dem 1. Januar 2017 wurde der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert. Pflegebedürftig sind nunmehr Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf die Hilfe anderer angewiesen sind.</p> <p>Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde daher ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit verbunden ein neues Begutachtungsinstrument definiert und eingeführt. Die bisherige Unterschei-</p>

zung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen einerseits und mit kognitiven und psychischen Einschränkungen (z.B. Demenz) andererseits ist hierdurch weggefallen.

Die Inhalte des neuen Begutachtungsinstruments ergeben sich aus den §§ 14 und 15 einschließlich der Anlagen 1 und 2 zu § 15 und § 18 SGB XI.

Statt einer Zuordnung zu drei Pflegestufen wird ab dem 1. Januar 2017 eine Zuordnung zu fünf Pflegegraden vorgenommen. Eine Unterscheidung zwischen Einstufungen mit oder ohne eingeschränkte Alltagskompetenz bzw. die Berücksichtigung eines Pflegeverhältnisses als Härtefall entfällt, da die zu berücksichtigenden Elemente für die Beurteilung der Selbständigkeit bei der Bemessung des Grades der Pflegebedürftigkeit enthalten sind.

Um den Grad der Selbständigkeit bemessen zu können, wird das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach pflegefachlich begründeten Kriterien in sechs Bereichen (Module) untersucht. Dabei sind bisherige Zeitorientierungswerte nicht mehr relevant. Von Bedeutung ist, in welchem Umfang die jeweilige Fähigkeit vorhanden ist.

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Zur Ermittlung des Pflegegrades werden die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul addiert und -unterschiedlich gewichtet- in Form einer Gesamtpunktzahl abgebildet. Die Addition der Gesamtpunktzahl ergibt die Zuordnung zum maßgeblichen Pflegegrad.

Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit
 Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit
 Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit
 Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit
 Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach der in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung erfolgt jeweils auf Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts.

Überleitung von bestehenden Pflegestufen in die künftigen Pflegegrade (§ 140 SGB XI)

Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezieht, wird per Gesetz und somit ohne erneute Begutachtung und ohne erneute Antragstellung automatisch in das neue System der Pflegegrade übergeleitet. Ziel der Überleitung ist, dass die Leistungsbezieher durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter als bisher gestellt werden sollen. Darüber hinaus sollen umfangreiche Neubegutachtungen vermieden werden. Es erfolgt eine Überleitung in einen Pflegegrad der grundsätzlich höhere Leistungen umfasst. Ist dies nicht der Fall, gelten Übergangsregelungen, die den Besitzstand wahren.

Überleitung:

von	nach
Pflegestufe 0	Pflegegrad 2 (+ 2 Stufen)
Pflegestufe I	Pflegegrad 2 (+ 1 Stufe)
Pflegestufe I mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 3 (+ 2 Stufen)
Pflegestufe II	Pflegegrad 3 (+ 1 Stufe)
Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 4 (+ 2 Stufen)
Pflegestufe III	Pflegegrad 4 (+ 1 Stufe)
Pflegestufe III mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Pflegegrad 5 (+ 2 Stufen)
Pflegestufe III Härtefall	Pflegegrad 5 (+ 2 Stufen)

Leistungen bei Pflegegrad 1:

Es ist davon auszugehen, dass dem neuen Pflegegrad 1 ein Großteil der Antragsteller zuzuordnen ist. Die Leistungen des Pflegegrades 1 umfassen gemäß § 28 a SGB XI:

1. Pflegeberatung gemäß der §§ 7 und 7a SGB XI
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI

3. Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a SGB XI
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 1 bis 3 und Absatz 5 SGB XI
5. Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (bis zu 4.000 €)
6. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b SGX I
7. Entlastungsbetrag in Höhe von 125 EUR monatlich gemäß § 45 b SGB XI (vorher: Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen mit dem Grundbetrag 104 EUR oder dem erhöhten Betrag 208 EUR). Im Pflegegrad 1 kann der Entlastungsbetrag ausnahmsweise auch für Sachleistungen durch den Pflegedienst (Grundpflege) eingesetzt werden.
8. In vollstationärer Pflege wird ein Zuschuss von 125 EUR geleistet.
9. Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzfristiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44 a SGB XI

Besitzstandsschutz

Es gelten Besitzstandsschutzregeln insbesondere für alle wiederkehrenden Leistungen unter anderem im Bereich des Pflegegeldes, der Pflegesachleistung, der ambulant betreuten Wohngruppen, der Sozialleistungen für Pflegepersonen.

Leistungen 2017/2018 im Überblick

Pflegegrade	Geldleistung (Pflegegeld) -ambulant- in Euro	Sachleistung (Berufspflege) -ambulant- in Euro	Entlastungs- betrag -ambulant- in Euro	Vollstationäre Pflege Leistungsbetrag -stationär- in Euro
Pflegegrad 1	0	0	125	125
Pflegegrad 2	316	689	125	770
Pflegegrad 3	545	1.298	125	1.262
Pflegegrad 4	728	1.612	125	1.775
Pflegegrad 5	901	1.995	125	2.005

6.15.2 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§12 BhVO)

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die häusliche Pflege, für teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege und für vollstationäre Pflege nach Maßgabe der §§ 12 a bis d BhVO beihilfefähig.

Neben den Pflegeleistungen ist eine lt. ärztlicher Verordnung notwendige Behandlungspflege beihilfefähig; in den Bereichen der Kurzzeit-, teilstationären- und vollstationären Pflege werden Aufwendungen für die Behandlungspflege bereits durch die vorgesehenen Pflegepauschalen mit abgedeckt.

Eine Beihilfe wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wird nur gewährt, wenn der zu pflegenden Person ein Pflegegrad zuerkannt ist. Die Feststellungen hierzu werden auch für den Beihilfebereich verbindlich von der privaten oder sozialen Pflegekasse vorgenommen. Dauernde Pflegebedürftigkeit und Änderungen hierzu sind folglich durch den Leistungsbescheid der Pflegekasse gegenüber der Beihilfekasse nachzuweisen.

Zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes und zu Aufwendungen für Pflegeberatung oder Beratungsbesuche des oder der Pflegebedürftigen können Beihilfen gewährt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung nachweislich Zuschüsse hierzu gewährt hat.

Ab dem 1. Januar 2017 haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 in häuslicher Pflege gemäß § 45b SGB XI einen Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen zur Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar Nahestehender. Die Aufwendungen werden künftig durch einen **Entlastungsbetrag** in Höhe von 125 EUR pro Kalendermonat abgebildet.

**6.15.3 Häusliche Pflege durch Pflegefachkräfte (§ 12 a Abs. 1 BhVO/ § 36 SGB XI)
(Ansprüche auf Pflegesachleistungen für Häusliche Pflege)**

Die häusliche Pflegehilfe wurde aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs neu definiert. Häusliche Pflege umfasst demnach körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Die häusliche Pflegehilfe ist auch beihilfefähig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt – mit Ausnahme in einer vollstationären Einrichtung oder einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 SGB XI - gepflegt werden.

Die häusliche Pflege muss durch geeignete Pflegekräfte durchgeführt werden, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen. Mit dieser muss ein Versorgungsvertrag geschlossen worden sein.

Aufwendungen für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind ab dem 1. Januar 2017 je nach dem von der Pflegekasse festgestellten Pflegegrad beihilfefähig bis zu monatlich

Pflegegrad 1	0 €
Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1.298 €
Pflegegrad 4	1.612 €
Pflegegrad 5	1.995 €.

In einigen „Altfällen“ kann weiterhin in Anlehnung an die durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft eine über die Pauschale hinaus gehende Beihilfe gewährt werden; Übergangsregelung gemäß § 18 Absatz 2 BhVO: Dies gilt nur, wenn und solange Verträge mit Berufspflegekräften, die bis zum 30.07.2010 abgeschlossen waren, ununterbrochen fortbestehen. Die Feststellungen hierzu werden von der Verwaltung automatisch getroffen.

Pflegesachleistungen können auch mit Pflegegeld kombiniert werden. (Kombinationspflege)

Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt.

**6.15.4 Häusliche Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 12 a Abs. 2 BhVO/ § 37 SGB XI)
(Pflegegeld für Häusliche Pflege)**

Der Anspruch setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person mit dem Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise eigenständig sicherstellt. Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn z.B. Angehörige oder Ehrenamtliche die Pflege übernehmen. Das Pflegegeld kann auch mit Pflegesachleistungen kombiniert werden.

Bei einer häuslichen Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen sind ab dem 1. Januar 2017 entsprechend den Pflegegraden monatlich höchstens folgende Pauschalen beihilfefähig (Pauschalhilfe):

Pflegegrad 1	0 €
Pflegegrad 2	316 €
Pflegegrad 3	545 €
Pflegegrad 4	728 €
Pflegegrad 5	901 €

Vollstationäre Krankenhausaufenthalte und Sanatoriumsbehandlungen, soweit diese vier Wochen überschreiten, sowie vollstationäre Kurzzeitpflege unterbrechen die häusliche Dauerpflege nur bedingt. Während einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr wird die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes fortgewährt. Bei stationärer Pflege endet der Anspruch auf Pauschalbeihilfe sofort.

Ein aus der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen.

Wird von der Pflegekasse festgestellt, dass die Pflegeperson aufgrund ihrer Pflgetätigkeit rentenversicherungspflichtig ist (§ 44 SGB XI), werden die Versicherungsbeiträge von der Pflegekasse und der Beihilfefestsetzungsstelle anteilig getragen.

Die Pauschale für den Beratungseinsatz steigt ab dem 1. Januar 2017

- für die Pflegegrade 1, 2 und 3 auf 23 Euro
- für die Pflegegrade 4 und 5 auf 33 Euro

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB XI, zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit nach § 44 a SGB XI sowie Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung einschließlich der damit verbundenen Leistungen zur sozialen Sicherung sind beihilfefähig.

Verhinderungspflege (§ 12 a Abs. 3 BhVO/ § 39 SGB XI)

Befindet sich die private Pflegeperson im Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die anteiligen Kosten einer Ersatzpflege; Aufwendungen für die notwendige Ersatzpflege sind je Kalenderjahr bis 1.612,00 € beihilfefähig. Eine Änderung aus dem Pflegeneustrukturierungsgesetz ist im Bereich der Verhinderungspflege nicht zu verzeichnen. Der Anspruch besteht jedoch nur für die Pflegegrade 2 bis 5. Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 haben keinen Anspruch auf Verhinderungspflege.

Seit dem 01.01.2015 ist unverändert eine Ersatzpflege bis zu sechs Wochen (42 Kalendertage) pro Kalenderjahr möglich. Außerdem kann bis zu 50 % des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege künftig zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Verhinderungspflege kann dadurch auf maximal 150% des bisherigen Betrags ausgeweitet werden.

Werden die beihilfefähigen Höchstbeträge für Kurzzeitpflege nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag der Verhinderungspflege um bis zu 806 € (50 % des Höchstsatzes für Kurzzeitpflege) erhöht werden. In diesen Fällen können Aufwendungen in Höhe von bis zu 2.418 € als beihilfefähig anerkannt werden. Der in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag für Kurzzeitpflege.

Eine Erhöhung des beihilfefähigen Höchstbetrags der Verhinderungspflege ist ausgeschlossen, wenn die Verhinderungspflege durch Pflegepersonal sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind **und** die mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben.

6.15.5 Kombinationspflege (§ 12 a Abs. 4 BhVO)

Nimmt die pflegebedürftige Person häusliche Pflege nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, ist daneben eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 beihilfefähig, sofern die Pflegeversicherung Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) erbringt. Die Pflegepauschale nach Absatz 2 wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die pflegebedürftige Person beihilfefähige Aufwendungen nach Absatz 1 geltend macht. Die hinsichtlich des Verhältnisses der Inanspruchnahme von häuslicher Pflege nach den Absätzen 1 und 2 gegenüber der Pflegeversicherung getroffene Entscheidung ist für die Festsetzungsstelle bindend. Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

6.15.6. Entlastungsbetrag (künftig: § 12 a BhVO/ § 45b SGB XI)

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 in häuslicher Pflege haben ab dem 1. Januar 2017 einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich.

Der Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- und Nachtpflege
2. der Kurzzeitpflege
3. der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für Leistungen körperbezogener Pflegemaßnahmen)
4. der anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI (vorher niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote)

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung dieser Leistungen Mittel der Verhinderungspflege angesetzt werden.

Dieser Entlastungsbetrag ersetzt den bis zum 31.12.2016 geltenden Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für Betreuungs- und Entlastungsleistungen und ist im Wesentlichen gleich ausgestattet. Die Aufwendungen können innerhalb eines Kalenderjahres geltend gemacht werden. Nicht im Kalenderjahr ausgeschöpfte Erstattungsansprüche können in das folgende Kalenderjahr übertragen werden.

Im Rahmen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes wurden mit § 144 Absatz 3 SGB XI neue Überleitungsregelungen für den Entlastungsbetrag beschlossen. Sofern Versicherte im Zeitraum 01.01.2015 bis 31.12.2016 die Anspruchsvoraussetzungen für den Entlastungsbetrag erfüllten und auch ab dem 01.01.2017 die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, so können die Versicherten die nicht genutzten Leistungsbeträge aus dem Entlastungsbetrag des Zeitraums 01.01.2015 bis 31.12.2016 bis zum 31.12.2018 zum Bezug von Leistungen aus dem Entlastungsbetrag einsetzen. Eine nachträgliche Erstattung ist auf Antrag möglich.

In Fällen des § 45 b SGB XI (erhöhter Betrag 208 EUR) kann gemäß § 141 SGB XI ein besonderer Besitzstand greifen. Pflegebedürftige, die bis zum 31.12.2016 den erhöhten Betrag von 208 EUR erhalten, werden in der Regel nur noch einen Betrag von 125 EUR monatlich erhalten, wenn sie nicht als Härtefall der Pflegestufe III mit eingeschränkter Alltagskompetenz eingestuft waren. In diesen Fällen wird die Differenz von 83 € auf dem Wege der Besitzstandwahrung erstattet. Mit Ausnahme des vorgenannten Falles wird der Differenzbetrag durch den höheren Anteil an Pflegegeld als auch aus Mitteln der Sachleistung bzw. Tagespflege finanziert. Pflegebedürftige haben hierdurch keine Einbußen zu befürchten. Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz wurde der Anspruch für Bezieher von Hilfe für Pflege (u.a. nach dem SGB XII, Lastenausgleich, Reparationsschäden, Kriegsopferfürsorge) konkretisiert. Danach darf im der Differenzbetrag in Höhe von 83 € bei Absenkung der Leistungen aus dem Entlastungsbetrag nicht auf Fürsorgeleistungen für Pflege angerechnet werden.

6.15.7 **Angebote zur Unterstützung im Alltag (Umwandlungsanspruch des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a Absatz 4 SGB XI))**

Die bisherigen niedrighschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote wurden umbenannt in Angebote zur Unterstützung im Alltag. Ab dem 1. Januar 2017 sind diese Angebote unterteilt in Betreuungsangebote (z.B. Tages- und Einzelbetreuung), Angebote zur Entlastung im Alltag und Angebote zur Entlastung von Pflegenden (z.B. durch Pflegebegleiter). Ein Anspruch besteht für die Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5.

Der bisherige Anspruch auf Leistungen niedrighschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote (§ 45 b Abs. 3 a.F.) unter Anrechnung auf den Leistungsbetrag für Pflegesachleistungen bis maximal 40 % des jeweiligen Höchstbetrags für Sachleistungen bleibt inhaltlich bestehen. Somit können Pflegebedürftige in Häuslicher Pflege eine Kostenerstattung von Aufwendungen für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistung erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag keine ambulanten Sachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf 40 % des Höchstsatzes der Sachleistung nicht überschreiten.

Seit dem 1. Januar 2017 erfolgt die Inanspruchnahme der Angebote im Alltag unabhängig vom Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen aus § 45b SGB XI (Entlastungsbetrag). (Wahlrecht)

6.15.8 **Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege (§ 12 b Abs. 2 BhVO) und Kurzzeitpflege (§ 12 b Abs. 6,7,8 BhVO)**

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung. Seit dem 1. Januar 2015 können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben der ambulanten Pflegsachleistung/dem Pflegegeld oder Kombinationsleistungen in vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Eine Anrechnung auf die Ansprüche erfolgt nicht mehr.

Notwendige teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege ist einschließlich der Behandlungspflege im Rahmen folgender Höchstbeträge beihilfefähig:

Pflegegrad 1	0 €
Pflegegrad 2	689 €
Pflegegrad 3	1.298 €

Pflegegrad 4	1.612 €
Pflegegrad 5	1.995 €

Kurzzeitpflege

Aufwendungen für eine unter bestimmten Voraussetzungen zeitweise notwendige Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung (Kurzzeitpflege) sind seit dem 1. Januar 2015 bis zu 1.612 EUR im Kalenderjahr beihilfefähig. Werden die beihilfefähigen Höchstbeträge für Verhinderungspflege nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag der Kurzzeitpflege um bis zu 1.612 EUR (100% des Höchstsatzes für Verhinderungspflege) erhöht werden. In diesen Fällen können entsprechende Aufwendungen in Höhe von bis zu 3.224 € je Kalenderjahr als beihilfefähig anerkannt werden. Der in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag der Verhinderungspflege.

Die Aufwendungen für Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 12 b Abs. 6 BhVO) werden für alle zu Hause gepflegten Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als beihilfefähig anerkannt.

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz wurde der Besitzstandsschutz für Pflegebedürftige in Kurzzeitpflege ausgeweitet. Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege erhalten haben, gilt der am 31. Dezember 2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Pflege fort. Wechseln Pflegebedürftige ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts von der am 31. Dezember 2016 bestehenden Kurzzeitpflege in die vollstationäre Pflege ist der Besitzstandsschutz analog der Überleitungsregelungen für die vollstationäre Pflege zu berücksichtigen.

6.15.9 Vollstationäre Pflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen (§ 12 c BhVO/ § 43 SGB XI)

Bei der vollstationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen beihilfefähig. Beihilfefähig sind in den Pflegegraden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die medizinische Behandlungspflege bis zu folgendem Pauschalbetrag:

Pflegegrad 1	125 € (Zuschuss)
Pflegegrad 2	770 €
Pflegegrad 3	1.262 €
Pflegegrad 4	1.775 €
Pflegegrad 5	2.005 €

Ab dem 1. Januar 2017 wird für die Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) am Pflegesatz ermittelt. Da der Eigenanteil vom Pflegegrad unabhängig ist und nicht mehr aufgrund der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt, wird verhindert, dass eine Höherstufung zu höheren Restkosten für die Pflegebedürftigen in Pflegeheimen führt. Vom einrichtungseinheitlichen Eigenanteil sind ausschließlich die Pflegeaufwendungen und nicht die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investition umfasst.

Privatpflegeversicherte erhalten die Beihilfe nach dem jeweiligen Bemessungssatz. Beihilfeberechtigte, die bei einer sozialen Pflegekasse versichert sind und von dieser gemäß § 28 Abs. 2 SGB XI die gesetzlichen Pflegeleistungen zur Hälfte erhalten, wird ergänzend hierzu eine Beihilfe in Höhe der gezahlten Kassenleistungen gewährt.

Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt. Übersteigen die Kosten hierfür abzüglich des ggf. gewährten Pflegewohngeldes einen nach der Höhe des Einkommens und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Angehörigen gestaffelten Eigenanteil des Bruttoeinkommens des Beihilfeberechtigten bzw. des Bruttoehgatteneinkommens, wird der übersteigende Betrag jedoch als Beihilfe gezahlt. Es werden nur Aufwendungen bis insgesamt 1.200 € berücksichtigt.

Verbleiben unter Berücksichtigung der Beihilfe- und Pflegeversicherungsleistungen ungedeckte Aufwendungen aus der Pflege und der Unterbringung, ist ein gemeinsamer Eigenanteil dieser Aufwendungsarten nach Maßgabe des Absatzes 2 zu berechnen. Die den Eigenanteil überschreitenden Aufwendungen werden zur Sicherstellung der amtsangemessenen Lebensführung als ergänzende Beihilfe gezahlt. (§ 12 c Abs. 3 BhVO)

Besitzstandsschutz

Durch die Überleitung in einen neuen Pflegegrad ist nicht auszuschließen, dass es zu einem Anstieg des pflegebedingten Eigenanteils des Pflegebedürftigen kommen kann. Für die Überleitungsfälle besteht Besitzstandsschutz über die Differenz des erhöhten Eigenanteils. Diese wird von der Pflegekasse bzw. der Beihilfekasse übernommen. Der Ausgleich ist für Neufälle, die ab dem 1. Januar 2017 in ein Pflegeheim aufgenommen werden, nicht vorgesehen.

Besitzstandsschutz bei Heimwechsel bis 31.12.2021:

Besteht ein Anspruch auf den Besitzstandsschutz, so ist dieser gemäß dem Dritten Pflegestärkungsgesetz auch bei einem Wechsel der vollstationären Pflegeeinrichtung bis zum 31. Dezember 2021 im Sinne der Fiktivberechnung zu berücksichtigen. Wechseln Pflegebedürftige in eine neu zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtung, die erstmalig ab 1. Januar 2017 oder später eine Pflegesatzvereinbarung abgeschlossen haben, behalten die Pflegebedürftigen mit ihrem Wechsel ihren bisweilen ermittelten monatlichen Abschlagsbetrag.

Besitzstandsschutz bei Erhöhung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils im Zeitraum 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017:

Aus dem Dritten Pflegestärkungsgesetz resultiert der Besitzstandsschutz bei Erhöhung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils. Dieser findet Anwendung, wenn die Erhöhung aus der erstmaligen Vereinbarung der neuen Pflegesätze im Rahmen der Überleitung, Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs resultiert.

Besitzstandsschutz bei Vergütungsvereinbarungen:

Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 von zugelassenen Pflegeeinrichtungen ohne Vergütungsvereinbarung versorgt werden, haben ab dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Erstattung der Kosten für die pflegebedürftigen Aufwendungen des ihnen für den Monat Dezember 2016 zustehenden Leistungsbetrags, wenn dieser höher als der ihnen für Januar 2017 zustehenden Leistungsbetrags ist.

6.15.10 Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI)

Seit dem 1. Januar 2017 ist dieser Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung als eigenständiger Leistungsanspruch aufgenommen worden. § 43 b SGB XI umfasst die stationären als auch die teilstationären Einrichtungen als auch die Kurzzeitpflegeangebote. Für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 besteht somit ein individueller Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung. Zielrichtung der Regelung ist, zusätzliches Personal in den Pflegeheimen für dieses Betreuungsangebot bereit zu stellen. Die Finanzierung erfolgt in vollem Umfang durch die Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen und die Beihilfefestsetzungsstellen. Eine Berücksichtigung erfolgt innerhalb der Vergütungsvereinbarung.

6.15.11 Ambulant betreute Wohngruppen (§ 12 d BhVO)

Neue Wohnformen, unter anderem Senioren-Wohngemeinschaften bieten die Möglichkeit, zusammen mit Frauen und Männern in derselben Situation zu leben und Unterstützung zu erhalten- ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten. Für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 1 bis 5, die in **ambulant betreuten Wohngruppen** leben, sind ab 1. Januar 2017 pauschal 214 Euro monatlich zusätzlich beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass diese Personen Anspruch auf Pflegeleistungen (Pflegesachleistungen, Pflegepauschale oder eine Kombination dieser Leistungen) haben und die Pflegeversicherung Leistungen nach § 38a SGB XI (ambulante Wohngruppen) erbringt. (§ 12 a Abs. 1, 2 und 4 BhVO)

Eine Sonderregelung gilt ab dem 1. Januar 2017 für den gleichzeitigen Bezug der Tagespflege. Leistungen der Tages- und Nachtpflege können neben den Leistungen der ambulant betreuten Wohngruppen nur in Anspruch genommen werden, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des MDK nachgewiesen wurde, dass die Pflege in einer ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann.

Die Kosten einer Anschubfinanzierung zur Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe nach den Vorgaben des § 45e SGB XI sind beihilfefähig, wenn auch die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Zuschüsse erbracht hat.

Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen in ambulant betreuten Wohngruppen, denen Beihilfe nach den Absätzen 1,2 oder 4 gewährt wird, erhalten monatlich einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 205,00 €, wenn die soziale oder private Pflegeversicherung entsprechend anteilige Leistungen erbringt; die Leistungen der Pflegeversicherung sind anzurechnen.

6.15.12 Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 12 c Abs. 4 BhVO/ § 43 a SGB XI)

Aufwendungen für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sind im Einzelfall grundsätzlich 10 % des Heimentgelts (ab 01.01.2020: 15%), jedoch mit höchstens 266 EUR pro Monat beihilfefähig. Dies gilt auch für Pflegebedürftige, die in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI (z.B. ambulant betreuten Wohngruppen) untergebracht sind. Es gelten die Ausführungen unter 6.15.8.

6.15.13	<p>Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds (§ 12 d BhVO) Grundsätzlich werden unter dem Begriff Pflegehilfsmittel, Geräte und Sachmittel verstanden, die zur häuslichen Pflege notwendig sind, sie erleichtern und dazu beitragen, dem Pflegebedürftigen eine Selbständige Lebensführung zu ermöglichen.</p> <p><u>Pflegebedürftigkeit</u> Pflegegrad 1 bis 5</p> <p style="text-align: right;">40 Euro pro Monat</p> <p>Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes sind beihilfefähig, wenn die private oder die soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Bei Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen ist der Höchstbetrag von 4.000 Euro je Maßnahme (bis 16.000 Euro, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen) zu beachten. Dies gilt für die Pflegegrade 1 bis 5.</p>
6.16	<p>Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen und für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) (§ 13 BhVO) In Anlehnung an die Leistungshöhe der GKV besteht zu Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in Hospizen ein Anspruch auf Beihilfe für den Beihilfeberechtigten und ggf. seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen, wenn eine anderweitige Versorgung nicht erforderlich ist oder nicht mehr möglich ist (Krankenhaus, ambulante Versorgung im eigenen Haushalt). Vor der Inanspruchnahme solcher kostenaufwändigen Leistungen sollte unbedingt eine Abstimmung mit der Beihilfekasse erfolgen.</p> <p>Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind bis zur Höhe der jeweils geltenden Abrechnungspauschale erstattungsfähig, wenn der Leistungserbringer Vertragspartner des zwischen dem Bund und den Spitzenorganisationen der ambulanten Hospizdienste abgeschlossenen Vertrages ist.</p>
6.17	<p>Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen (§ 14 BhVO) Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind nur in einem sehr beschränkten Umfang beihilfefähig. Es gelten die Maßgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Solche Maßnahmen können erst von einem bestimmten Lebensalter an und nur in festgelegten Zeitabständen in Anspruch genommen werden. Der Katalog, der hiernach beihilfefähigen Vorsorgemaßnahmen wird ständig angepasst und kann bei der Beihilfekasse erfragt werden.</p> <p>Beihilfefähig sind Aufwendungen für öffentlich in Schleswig-Holstein empfohlene Schutzimpfungen.</p>
6.18	<p>Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt (§ 15 BhVO) Zusätzlich zu entsprechenden krankheitsbedingten Aufwendungen (Untersuchungen, Arznei- und Verbandmittel etc.) sind die Aufwendungen für die Schwangerschaftsüberwachung, für die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger, für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei einer Haus- oder ambulanten Entbindung beihilfefähig.</p>
6.19	<p>Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten (§ 5 Abs. 4 BhVO) Der hinterbliebene Ehegatte/eingetragene Lebenspartner, die leiblichen Kinder, Adoptivkinder oder die zur Verwaltung des Nachlasses berufene Person eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten nach den vor dem Tod bestehenden Verhältnissen Beihilfen zu den bis zu dessen Tod entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. Abweichend hiervon erhält derjenige die Beihilfen mit befreiender Wirkung, der die Aufwendungen zuerst geltend gemacht und belegt hat.</p>

7. Begrenzung der Beihilfen (§ 7 BhVO)

	Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Vereinbarung die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Gegebenenfalls ist die Gesamtbeihilfe um den Überschussbetrag zu kürzen.
--	---

8. Selbstbehalt gemäß § 16 BhVO

	Die errechnete Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem die Aufwendungen entstanden sind, um folgenden besoldungsgruppenabhängigen Selbstbehalt gekürzt:		
Stufe	Besoldungsgruppen	Entgeltgruppen	Betrag
1	A 2 bis A 6	3 – 5	20,00 EUR
2	A 7 bis A 9	6 – 9	80,00 EUR

3	A 10 und A 11	10 – 11	140,00 EUR
4	A 12 bis A 15, B 1	12 – 15	200,00 EUR
5	A 16, B 2 und B 3	15 Ü	320,00 EUR
6	B 4 bis B 7		440,00 EUR
7	Höhere Besoldungsgruppen		560,00 EUR

Bei Empfängern von Mindestversorgungsbezügen ist die letzte Besoldungsgruppe maßgeblich. Bei Teilzeitbeschäftigung werden die Beträge im gleichen Verhältnis wie die verminderte Arbeitszeit zur regelmäßigen Arbeitszeit vermindert. Bei Altersteilzeit gilt dies entsprechend.

Die Selbstbehalte dürfen 1 % des jeweiligen jährlichen Grundgehalts/Ruhegehalts nicht übersteigen. Die angeführten Selbstbehalte reduzieren sich für Hinterbliebene auf 40 %, für Waisen auf 10 %.

Die Beträge reduzieren sich grundsätzlich nur für jedes im Familienzuschlag tatsächlich berücksichtigte Kind um 25 EUR.

Der Selbstbehalt beträgt mindestens 50 EUR (Mindestselbstbehalt). Bei der Stufe 1 (Besoldungsgruppe A 2 – A 6) und bei Waisen wird kein Mindestselbstbehalt einbehalten.

Für Anwärter/innen, bei Elternzeit ohne Besoldung und bei Alleinerziehenden in einer Beurlaubung ohne Besoldung zur Kinderbetreuung entfällt der Selbstbehalt. Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit sowie Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen unterliegen nicht dem Selbstbehalt. Von Aufwendungen, die durch eine Schädigung durch Dritte entstanden sind, wird kein Selbstbehalt einbehalten.

Maßgebend sind jeweils die Verhältnisse am 1. Januar des betreffenden Kalenderjahres. **Wird im Laufe eines Jahres innerhalb des Geltungsbereichs der BhVO ein Beamtenverhältnis neu begründet (auch Versetzung aus einem anderen Bundesland), ist dieser Tag maßgeblich.**

Eine Befreiung von den Selbsthalten ist nicht möglich.

9. Verfahrensvorschriften (§ 5 BhVO)

9.1 Antragstellung/Ausschlussfrist

Beihilfen zu den Aufwendungen des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen können nur von dem Beihilfeberechtigten selbst geltend gemacht werden. Der getrennt lebende Ehegatte des Beihilfeberechtigten und infolge der Trennung außerhalb des Haushalts des Beihilfeberechtigten lebende volljährige Kinder sind jedoch berechtigt, ihre eigenen Aufwendungen selbst geltend zu machen. Geschiedene Ehepartner sind berechtigt, Aufwendungen für im Haushalt lebende Kinder zu beantragen.

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt 100 EUR betragen. Erreichen die Aufwendungen aus 10 Monaten einen 15 EUR übersteigenden Betrag, so kann auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden.

Beihilfen werden grundsätzlich auf das gleiche Konto wie die Dienst- und Versorgungsbezüge etc. überwiesen.

Für Aufwendungen, die erst nach Ablauf der einjährigen Ausschlussfrist zur Abrechnung eingereicht werden, kann keine Beihilfe gewährt werden. Die Ausschlussfrist beginnt mit dem Datum der ersten Ausstellung der Rechnung (z. B. Arztrechnung), dem Kaufdatum (z. B. Medikamente/Apothekenstempel) zu laufen und endet mit dem Eingang des Antrages bei der Beihilfefestsetzungsstelle (Eingangsstempel) zuzüglich eines Postweges von drei Tagen.

9.2 Nachweise

Die geltend gemachten Aufwendungen müssen durch entsprechende Rechnungsbelege nachgewiesen werden. Im Allgemeinen reichen die als solche erkennbaren Rechnungsduplikate (z. B. Durchschriften der Arztrechnungen) oder beglaubigte Fotokopien (z. B. von der Apotheke gefertigte und abgestempelte Rezeptkopie) aus.

Die in der GKV versicherten Beihilfeberechtigten reichen - soweit keine Behandlung auf Krankenschein erfolgte - die mit einem Kostenerstattungsvermerk der Krankenkasse versehenen Rechnungsduplikate zur Abrechnung ein. Der Kostenerstattungsvermerk muss neben dem Erstattungsbetrag auch die berücksichtigten gesetzlichen Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Verwaltungskostenabschläge ausweisen. Aufwendungen für Zahnersatzbehandlungen und Kronen sind durch die Rechnung des Zahnarztes einschließlich des Heil- und Kostenplanes zu belegen, der auch den Krankenkassenanteil ausweisen muss. Die Material- und Laborkostenrechnung ist beizufügen.

9.3

Abschlagszahlungen

Die Beihilfefestsetzungsstelle kann auf Antrag für Aufwendungen über 2.600 EUR eine Abschlagszahlung gewähren.

Antragsvordrucke können bei der Beihilfefestsetzungsstelle angefordert werden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Beihilfekasse