Verordnung über Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (Beihilfenverordnung NRW – BVO NRW)

Vom 5. November 2009

(GVBl. 2009 S. 602, KABl. 2010 S. 55)

mit den Bestimmungen der Verwaltungsverordnung zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen bei Krankheit, Geburt und Tod (VVzBVO)

Vom 9. April 1965 (SMBl. NRW. 203204),

u.a. geändert durch Runderlass des Finanzministeriums vom 6. Juli 2005 (KABl. 2005 S.172); Runderlass des Finanzministeriums vom 22. November 2006 (KABl. 2007 S. 7); geändert durch Runderlass des Finanzministeriums vom 10. Oktober 2007 (KABl. 2007 S. 261); geändert durch Runderlass des Finanzministeriums vom 3. März 2008 (KABl. 2008 S. 94); zuletzt geändert durch Runderlass des Finanzministeriums vom 24. November 2008 (KABl. 2009 S. 78).

Auf Grund des § 77 Absatz 8 des Landesbeamtengesetzes vom 21. April 2009 (GV. NRW. S. 224) wird verordnet:

§ 1
Beihilfeberechtigte Personen

(1) In Krankheits-, Geburts-, Pflege- und Todesfällen sowie in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation sind beihilfeberechtigt:

1. Beamte und Richter mit Ausnahme der Ehrenbeamten,
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter,
3. Witwer, hinterbliebene eingetragene Lebenspartner sowie Kinder (§ 23 BeamtVG) der unter Nummer 1 und 2 bezeichneten Personen,
4. Verwaltungslehrlinge, Verwaltungspraktikanten und Schulpraktikanten,

solange sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeihilfe, Unterhaltsbeiträge nach den Abschnitten II, III oder V oder Übergangsgeld nach Abschnitt VI des Beamtenversorgungsgesetzes erhalten.

(2) [1]Beihilfen werden abweichend von Absatz 1 auch dann gewährt, wenn die Versorgungsbezüge auf Grund der §§ 53 bis 56 BeamtVG voll ruhen oder auf Grund der §§ 22 Absatz 1 Satz 2 oder 61 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz oder Absatz 3 Satz 1 zweiter

Halbsatz BeamtVG nicht gezahlt werden und der Versorgungsberechtigte keine Beihilfeberechtigung in anderer Eigenschaft erworben hat. [2]Ein Zuschuss nach § 9 Absatz 1 Satz 2 oder 3 ist auch bei einer Beurlaubung ohne laufende Bezüge zur Ableistung des Wehrdienstes oder des Zivildienstes zu zahlen.

(3) Beihilfen werden nicht gezahlt

1. an Beamte und Richter,
   a) wenn sie für weniger als ein Jahr beschäftigt werden, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Absatz 6 BBesG) tätig sind, oder
   b) wenn ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt,
2. an Versorgungsempfänger (Absatz 1 Nummer 2 und 3) für die Dauer einer Beschäftigung, die zum Bezug von Beihilfen berechtigt,
3. sofern Ansprüche nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages (Abgeordnetengesetz – AbgG) vom 21. Februar 1996 (BGBl. I S. 326) in der jeweils geltenden Fassung oder nach entsprechenden Regelungen dem Grunde nach bestehen.

(4) [1]Wird ein Beamter zu einem Dienstherrn abgeordnet, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, zahlt der jeweilige Dienstherr Beihilfen zu den Aufwendungen, die während des Zeitraums der Dienstleistung bei ihm entstehen. [2]Bei Abordnungen von oder zu Dienstherren außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung ist § 14 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Beamtenstatusgesetzes (BeamtStG) vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010) zu beachten.

(5) [1]Wird ein Beamter zu einem Dienstherrn versetzt, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, werden von dem aufnehmenden Dienstherrn Beihilfen zu Aufwendungen gezahlt, die nach dem Zeitpunkt der Versetzung entstanden sind. [2]Bei einer Versetzung zu einem Dienstherrn, in dessen Dienstbereich diese Verordnung nicht gilt, werden zu den bis zum Zeitpunkt der Versetzung entstandenen Aufwendungen Beihilfen nach dieser Verordnung gezahlt.

(6) [1]Versorgungsempfänger mit mehreren Ansprüchen auf Versorgungsbezüge erhalten Beihilfen von der Stelle, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge (§ 54 BeamtVG) zuständig ist. [2]Dies gilt nicht, soweit es sich bei dem neuen Versorgungsbezug um eine Hinterbliebenenversorgung handelt; in diesem Fall bleibt die bisherige Beihilfestelle zuständig.

VVzBVO

1 Zu § 1 Abs. 1

1.1 Nach § 101 Abs. 2 Satz 2 LBG werden, sofern eine oder mehrere Beurlaubungen ohne Dienstbezüge 30 Tage insgesamt im Kalenderjahr nicht überschreiten, für die Dauer dieser Beurlaubungen Beihilfen gewährt.

1.2 Hinterbliebene eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von Beihilfeberechtigten haben nach geltendem Beamtenversorgungsrecht keinen Anspruch auf Hinterbliebenenbezüge. Bis zu einer Änderung des Beamtenversorgungsrechts bestehen keine Bedenken, dem hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartner entsprechend § 1 Abs. 1 Nr. 3 BVO Beihilfen zu gewähren.

1.a Zu § 1 Abs. 3 Nr. 1

1.a1 Werden Bedienstete auf unbestimmte Zeit beschäftigt, so sind sie beihilfeberechtigt.

1.a2 Eine Unterbrechung der Tätigkeit im öffentlichen Dienst liegt vor, wenn der Beihilfeberechtigte an einem oder mehreren Werktagen, an denen üblicherweise Dienst getan wurde, nicht im öffentlichen Dienst gestanden hat. Dies gilt nicht für die Zeit, die zwischen zwei Dienstverhältnissen zur Ausführung eines Umzuges benötigt wurde. Als Unterbrechung gilt es nicht, wenn das Beamtenverhältnis auf Widerruf gemäß § 35 Abs. 2 Satz 2 LBG geendet hat und der Antragsteller innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden wieder in den öffentlichen Dienst übernommen worden ist.

1.a3 Lehrer erhalten keine Beihilfen, wenn sie regelmäßig wöchentlich weniger als die Hälfte der Pflichtstundenzahl unterrichten.

1.a4 Beamte, denen eine unterhälftige Teilzeitbeschäftigung nach § 85a Abs. 3 LBG bewilligt worden ist, erhalten weiterhin Leistungen der Krankheitsfürsorge nach § 85 a Abs. 4 bzw. § 86 Abs. 2 Satz 3 LBG.

2. Zu § 1 Abs. 3 Nr. 2

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist die Konkurrenzregelung des § 1 Abs. 3 Nr. 2 BVO nicht auf Versorgungsempfänger anzuwenden, die auf Grund einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung einen Beihilfenanspruch haben und damit beihilfenrechtlich auf die Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder Unfallversicherung verwiesen werden. Der Versorgungsempfänger kann in diesem Fall bei seiner Pensionsregelungsbehörde die Aufwendungen geltend machen, die über die Sachleistungen bzw. den Wert der Sachleistungen hinausgehen.

3. Zu § 1 Abs. 4

3.1 Eine Abordnung oder Versetzung liegt nicht vor, wenn ein Bediensteter einem anderen Dienstherrn zur Ausbildung zugewiesen wird. In diesem Falle gewährt der zuweisende Dienstherr die Beihilfen.

3.2 § 1 Abs. 4 BVO ist entsprechend anzuwenden beim Übertritt oder bei der Übernahme eines Beamten in den Dienst eines anderen Dienstherrn (vgl. § 3 Abs. 5 BVO)

.

§ 2
Beihilfefälle

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen

1. in Krankheits- und Pflegefällen
   a) für den Beihilfeberechtigten selbst,
   b) für den nicht selbst beihilfeberechtigten und wirtschaftlich unselbstständigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner des Beihilfeberechtigten. Eine wirtschaftliche Unselbstständigkeit liegt vor, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Absätze 3 und 5a des Einkommensteuergesetzes – EStG – vom 19. Oktober 2002 [BGBl. I S. 4210, 2003 I S. 179], zuletzt geändert durch Gesetz vom 7. März 2009 [BGBl. I S. 451]) des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro nicht übersteigt. Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1. Januar 2004 ist dem Gesamtbetrag der Einkünfte die Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag hinzuzurechnen; dies gilt nicht für Renten, die der Besteuerung nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe bb EStG unterliegen. Bei Überschreitung dieser Einkommensgrenze sind aus Fürsorgegründen Aufwendungen beihilfefähig, wenn der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner trotz einer ausreichenden Krankenversicherung für bestimmte Erkrankungen von Leistungen ausgeschlossen ist oder die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind; beihilfefähig ist der 1.000 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag. Für einen getrennt lebenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner werden Beihilfen nur gewährt, soweit dieser einen Unterhaltsanspruch gegen den Beihilfeberechtigten hat,
   c) für die in Absatz 2 bezeichneten Kinder;

   Aufwendungen für Schutzimpfungen, Aufwendungen zur Früherkennung bestimmter Krankheiten (§ 3 Absatz 1 Nummer 2) sowie Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen (§ 3 Absatz 1 Nummer 3) werden den Aufwendungen in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit gleichgestellt;
2. in Geburtsfällen
   a) einer Beihilfeberechtigten,
   b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau oder eingetragenen Lebenspartnerin oder der Beihilfeberechtigten,

c) der nicht selbst beihilfeberechtigten Mutter eines nicht ehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten,

d) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter des Beihilfeberechtigten;

3. im Todesfall

a) eines Beihilfeberechtigten,

b) seines nicht selbst beihilfeberechtigt gewesenen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners,

c) eines im Absatz 2 bezeichneten Kindes, bei Totgeburten, wenn der Beihilfeberechtigte im Falle der Lebendgeburt zu Krankheitsaufwendungen des Kindes Anspruch auf Beihilfen hätte;

4. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs

a) einer Beihilfeberechtigten,

b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau oder eingetragenen Lebenspartnerin des oder der Beihilfeberechtigten,

c) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter des Beihilfeberechtigten;

5. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation

a) eines Beihilfeberechtigten,

b) des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners des Beihilfeberechtigten,

c) eines im Absatz 2 bezeichneten Kindes.

(2) $_1$Beihilfen zu Aufwendungen nach Absatz 1 werden nur für nicht selbst beihilfeberechtigte, im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigte oder berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten gewährt; dies gilt auch für Kinder im Sinne des § 32 Absatz 4 Nummer 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes, die nur wegen der Höhe ihrer Einkünfte und Bezüge nicht im Familienzuschlag berücksichtigt werden. $_2$Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig oder ist bei verheirateten oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kindern neben dem beihilfeberechtigten Elternteil der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner des Kindes beihilfeberechtigt, so wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen des Kindes nur einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten gewährt; die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.

(3) Aufwendungen für Ehegatten, eingetragene Lebenspartner und Kinder beihilfeberechtigter Waisen sind nicht beihilfefähig.

VVzBVO

4. Zu § 2

4.1 Der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner eines Beihilfeberechtigten, der der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) angehört, ist als selbst beihilfeberechtigt anzusehen. Dies gilt nicht, wenn der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner einen Zuschlag zu seinem Krankenversicherungsbeitrag zahlen muss, weil ihm die aus Haushaltsmitteln gewährten Fürsorgeleistungen der Deutschen Bundesbahn nicht zugute kommen. Ist ein Kind, für das der Beihilfeberechtigte Anspruch auf Beihilfen hat, in der KVB mitversichert, wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen für das Kind nur gewährt, sofern die nicht mit einem Erstattungsvermerk der KVB versehenen Originalbelege vorgelegt werden (§ 2 Abs. 2 Satz 2 BVO).

4.2 Die steuerrechtlichen Einkünfte umfassen folgende Einkunftsarten:

1. *Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,*
2. *Einkünfte aus Gewerbebetrieb,*
3. *Einkünfte aus selbständiger Arbeit (z. B. aus der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Rechtsanwalt, Architekt, Steuerberater),*
4. *Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit (Gehälter, Löhne, Versorgungsbezüge auf Grund früherer Dienstleistung),*
5. *Einkünfte aus Kapitalvermögen,*
6. *Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,*
7. *sonstige Einkünfte.*

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag nach § 24 a EstG und den Abzug für Land- und Forstwirte nach § 13 Abs. 3 EstG, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte.

Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Absatz 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Absatz 5 EStG unterlegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Absatz 5a EStG).

Als erstmalige Rentenbezieher gelten Rentner mit erstmaligem Anspruch auf Rente aus eigenem oder abgeleitetem Recht (z.B. Bezieher von Hinterbliebenenrenten), nicht aber Bezieher von umgewandelten Renten (z.B. Rente wegen Erwerbsminderung, die nach dem 31. Dezember 2003 in Altersrente umgewandelt wird). Soweit die berücksichtigungsfähige Person Leibrenten und andere Leistungen, die aus den gesetzlichen Rentenversicherungen, den landwirtschaftlichen Altersklassen, den berufsständischen Versorgungseinrichtungen und aus Rentenversicherungen erbracht werden, erstmalig ab 1. Januar 2004 bezieht, die bis 31. Dezember 2004 der Besteuerung nach § 22 EStG, ab 1. Januar 2005 nach § 22 Nummer 1 Satz 3 EStG, ab 1. Januar 2005 nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe aa EStG,

unterliegen, ist ihrem Gesamtbetrag der Einkünfte der Unterschiedsbetrag zwischen dem Jahresbetrag der Rente und dem der Besteuerung unterliegenden Anteil der Rente hinzuzurechnen. Der Differenzbetrag ist dem Steuerbescheid zu entnehmen. Renten, die der Besteuerung nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe bb EStG (ab 1. Januar 2005) unterliegen, werden ausschließlich (auch für 2004) mit dem Ertragsanteil erfasst. Bei erstmaligem Rentenbezug vor dem 1. Janaur 2004 wird bei der Ermittlung des Gesamtbetrages der Einkünfte ausschließlich der steuerliche Ertragsanteil der Renten nach § 22 EStG (bis 31. Dezember 2004), ab 1. Janaur 2005 nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe aa EStG, zu Grunde gelegt. Dies gilt entsprechend für die Rentenbezüge mit erstmaligem Rentenbezug vor dem 1. Januar 2004, die ab 1. Januar 2005 von § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe bb EstG erfasst werden.

Der Festsetzung der Beihilfe sind die Angaben des Beihilfeberechtigten über die Einkünfte des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners im Antragsvordruck zu Grunde zu legen. Sofern der Gesamtbetrag der Einkünfte noch nicht festgestellt werden kann, steht die Beihilfenfestsetzung unter dem Vorbehalt, dass die Grenze von 18.000 € nicht überschritten wird. Sofern nach Lage des Falles ein Überschreiten der Höchstgrenze möglich erscheint, soll die Festsetzungsstelle einen Nachweis über die Höhe der Einkünfte fordern.

4.3 Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner keine Einkünfte mehr und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners 18.000 € nicht überschreiten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe gewährt werden. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist ein Nachweis über die Höhe der Einkünfte zu erbringen. Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen, die in den Kalenderjahren entstanden sind, in denen der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners 18.000 € überschritten hat.

4.3a In den Fällen des § 4 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) des § 85a Abs. 4 Satz 2 und des § 86 Abs. 2 Satz 3 LBG ist eine Beihilfe auch dann zu gewähren, wenn der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner im Kalenderjahr vor der Antragstellung und/oder im laufenden Kalenderjahr ausschließlich Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit (§ 19 Einkommensteuergesetz) erzielt und diese mehr als 18.000 € betragen haben bzw. betragen. Dies gilt bei Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern, die vor der Beurlaubung einen Beihilfenanspruch gegen einen anderen Dienstherrn hatten, nur dann, wenn der andere Dienstherr bei Beamten des Landes, die auf Grund der Regelung des § 85a Abs. 4 Satz 2 oder des § 86 Abs. 2 Satz 3 LBG berücksichtigungsfähige Person werden, entsprechend verfährt.

4.4 Nach dem Bundesbesoldungsgesetz werden im Familienzuschlag die Kinder berücksichtigt, für die dem Beamten Kindergeld nach dem EStG oder nach Bundeskindergeldgesetz (BKGG) zusteht oder ohne Berücksichtigung der §§ 64 oder 65 EStG oder der §§ 3 oder 4 BKGG zustehen würde. Bei in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden

Kindern ist es bis zu einer Änderung der besoldungs- und versorgungsrechtlichen Vorschriften für die Gewährung von Beihilfen ausreichend, wenn einem der eingetragenen Lebenspartner für das Kind Kindergeld zusteht oder zustehen würde. Nummer 4.7 gilt entsprechend.

4.5 § 2 Abs. 2 BVO gilt auch für nicht selbst beihilfeberechtigte Kinder von Beihilfeberechtigten, die keinen Anspruch auf Familienzuschlag haben (Lohnempfänger), sofern bei Anwendung des Besoldungsgesetzes die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig wären; Nummer 4.4 gilt entsprechend.

4.6 Ein nicht selbst beihilfeberechtigtes Kind gilt auch dann als im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, wenn es wegen der Konkurrenzregelung des § 40 Abs. 5 BbesG nicht im Familienzuschlag erfasst ist.

4.7 § 2 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt in den Fällen des § 32 Abs. 5 EStG entsprechend.

4.8 Weiterhin berücksichtigungsfähig sind studierende Kinder i.S.d. § 2 Absatz 2 BVO, die von der durch das Steueränderungsgesetz 2007 vom 19. Juli 2006 (BGBl. I. S. 1652) vorgenommenen Kürzung des Bezugszeitraumes für Kindergeld und Familienzuschlag betroffen sind (d. h. Anspruchsende grds. mit Vollendung des 25. Lebensjahres), soweit sie bereits bis zum Wintersemester 2006/2007 ein Studium an einer Hoch- oder Fachhochschule aufgenommen haben.

4.9 Nicht selbst beihilfeberechtigt im Sinne des § 2 BVO sind nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts auch die Angehörigen eines Beihilfeberechtigten, die gesetzlich versichert sind, auf Grund ihrer Beschäftigung einen Beihilfenanspruch haben und damit beihilfenrechtlich auf die Sach- oder Dienstleistungen der gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung verwiesen werden. Der Beihilfeberechtigte kann in diesem Fall bei seiner Festsetzungsstelle die Aufwendungen geltend machen, die über die Sach- oder Dienstleistungen bzw. den Wert der Sach- oder Dienstleistungen hinausgehen. Hat der pflichtversicherte Angehörige Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V erhalten, können die nicht gedeckten Aufwendungen nicht geltend gemacht werden. Dies gilt entsprechend für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Gebühren.

4.10 Soweit Angehörige einen eigenen Beihilfeanspruch nach § 1 Abs. 6 BVOAng haben, ist nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts dem Beihilfeberechtigten zu den Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter Anrechnung deren eigenen Beihilfeanspruchs eine Beihilfe zu gewähren.

4.11 Beantragt der Beihilfeberechtigte erstmals Beihilfen für Aufwendungen seines eingetragenen Lebenspartners, ist dem Beihilfeantrag eine beglaubigte Kopie der Lebenspartnerschaftsurkunde beizufügen. Diese Kopie ist zu den Akten zu nehmen. Aufwendungen können für Zeiträume ab dem 26. Mai 2005 geltend gemacht werden.

§ 3
Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfange

1. in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, zur Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden sowie bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf,
2. zur Früherkennung von Krankheiten
   a) bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres für Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche und geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden,
   b) bei Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres an für eine Untersuchung im Jahr zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
   c) bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an für eine Untersuchung im Jahr zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
   d) bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an für eine Untersuchung in jedem zweiten Jahr, insbesondere zur Früherkennung von Hautkrebs, von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit,

   nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V,
3. für prophylaktische Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen (Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 – BGBl. I S. 2316, zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 – BGBl. I S. 3320),
4. in Geburtsfällen für die Entbindung, das Wochenbett und die Säuglingsausstattung,
5. für Schutzimpfungen, soweit sie nach den jeweils gültigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) öffentlich empfohlen werden,
6. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs,
7. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation.

(2) Über die Notwendigkeit und den angemessenen Umfang von Aufwendungen entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann bei Zweifel über die Notwendigkeit und den angemessenen Umfang, soweit die Verwaltungsvorschriften keine Regelung vorsehen, ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.

(3) [1]Erhält ein Beihilfeberechtigter oder eine berücksichtigungsfähige Person Sach- oder Dienstleistungen (ärztliche und zahnärztliche Versorgung, ambulante und stationäre Kran-

kenhausbehandlung, Heilmittel usw.), werden keine Beihilfen gewährt. 2Als Sach- oder Dienstleistungen gelten auch Geldleistungen bei künstlicher Befruchtung (§ 27a SGB V), bei kieferorthopädischer Behandlung (§ 29 SGB V), bei Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Absatz 1 und 2 SGB V), bei Heilmitteln (§ 32 SGB V), bei Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), bei häuslicher Krankenpflege (§ 37 Absatz 4 SGB V) und bei Haushaltshilfe (§ 38 Absatz 4 SGB V) sowie Leistungen auf Grund der Bestimmungen über die vollständige oder teilweise Kostenbefreiung (§ 62 Absatz 4 SGB V).

3Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass Pflichtversicherte 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. 4Praxisgebühren und Zuzahlungen nach § 23 Absatz 6, § 24 Absatz 3, § 28 Absatz 4, § 31 Absatz 3, § 32 Absatz 2, § 33 Absatz 2, § 37 Absatz 5, § 37a Absatz 3, § 38 Absatz 5, § 39 Absatz 4, § 40 Absätze 5 und 6, § 41 Absatz 3 und § 60 Absätze 1 und 2 SGB V sowie § 32 SGB VI und § 40 Absatz 3 SGB XI sind nicht beihilfefähig.

(4) 1Besteht ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen, sind die auf Grund dieser Vorschriften zustehenden Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. 2Dies gilt nicht hinsichtlich der Schadensersatzansprüche, die nach § 82 LBG auf den Dienstherrn oder eine Versorgungskasse übergehen, sowie nicht hinsichtlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung bzw. der gesetzlichen Rentenversicherung

1. für Personen, die freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und denen dem Grunde nach kein Beitragszuschuss nach § 257 SGB V zusteht, sofern nicht nach § 224 SGB V Beitragsfreiheit besteht,
2. für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Kinder, die von der gesetzlichen Krankenversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung einer anderen Person erfasst werden, an deren Beiträgen kein Arbeitgeber beteiligt ist, oder – bei Beteiligung eines Arbeitgebers – wenn Leistungen aus dieser Versicherung nicht in Anspruch genommen werden,
3. für in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherte, die im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht pflichtversichert waren und vom Arbeitgeber keinen Zuschuss zu den Prämien einer Lebensversicherung erhalten haben, wenn Leistungen aus dieser Versicherung nicht in Anspruch genommen werden,
4. für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten,
5. für Personen, die ihre Beiträge zur Pflegeversicherung (SGB XI) allein zu tragen haben,

6. für Personen, die am 31. Dezember 1993 als Rentner in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren; § 12 Absatz 3 Satz 2 gilt nicht.

[3]Satz 1 und Satz 2 Nummer 2 gelten entsprechend für Personen, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen kranken- und pflegeversichert sind, sofern zu dieser Versicherung ein Zuschuss nach §§ 26 Absatz 2 SGB II, 257 SGB V oder 61 SGB XI gewährt oder der Beitrag auf Grund des § 207a SGB III übernommen wird; übersteigt die Hälfte des Beitrages für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit den Beitragszuschuss nach §§ 26 Absatz 2 SGB II, 257 SGB V oder 61 SGB XI bzw. den nach § 207a SGB III übernommenen Beitrag, so gelten die Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung nur im Verhältnis des Beitragszuschusses bzw. des übernommenen Beitrages zur Hälfte des Kranken- oder Pflegeversicherungsbeitrages als zustehende Leistungen im Sinne des Satzes 1. [4]Maßgebend sind die Beiträge, der Beitragszuschuss und der übernommene Beitrag im Zeitpunkt der Antragstellung. [5]Personen, denen Sachleistungen auf Grund des Bundesversorgungsgesetzes, des Häftlingshilfegesetzes oder des Soldatenversorgungsgesetzes zustehen, sind verpflichtet, diese in Anspruch zu nehmen; Satz 1 ist insoweit nicht anzuwenden.

(5) [1]Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die zu einem Zeitpunkt entstanden sind,

1. in dem der Beihilfeberechtigte noch nicht oder nicht mehr zu den in § 1 bezeichneten beihilfeberechtigten Personen gehörte,
2. in dem eine nach § 2 berücksichtigungsfähige Person noch nicht zu diesem Personenkreis gehörte.

[2]Die Aufwendungen gelten als entstanden in dem Zeitpunkt, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z. B. der Zeitpunkt der Behandlung durch den Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker, des Einkaufs von Arzneien, der Lieferung eines Hilfsmittels.

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit von Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern, Kindern und Eltern des Behandelten; Kosten, die dem behandelnden Angehörigen im Einzelfall – z. B. für Materialien, Verbandmittel und Arzneimittel – entstehen und deren Geldwert nachgewiesen ist, sind im Rahmen der Verordnung beihilfefähig. § 5 a Absatz 2 bleibt unberührt.

VVzBVO

5. Zu § 3 Abs. 1 und 2

5.1 Für die Früherkennung von Krankheiten gelten folgende Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung:

a) *Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der Fassung vom 26. April 1976 (Beilage Nr. 28 zum BAnz. Nr. 214 vom 11. November 1976),*

b) *Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung vom 26. Juni 1998 (BAnz. Nr. 159),*

c) *Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien) in der Fassung vom 26. April 1976 (Beilage Nr. 28 zum BAnz. Nr. 214 vom 11. November 1976),*

d) *Richtlinien über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien) vom 24. August 1989 (Bundesarbeitsblatt 10/1989).*

5.2 Hält ein Facharzt oder – nach Einholung einer fachärztlichen Stellungnahme – ein praktischer Arzt eine Untersuchung in einer Diagnoseklinik wegen der Besonderheit des Krankheitsbildes für erforderlich, sind die durch die Inanspruchnahme der nächstgelegenen Diagnoseklinik entstehenden Kosten nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3, 7, 9 und 11 BVO beihilfefähig. Die ärztliche Bescheinigung, die ggf. einen Hinweis auf die fachärztliche Stellungnahme enthalten muss, ist zusammen mit dem Beihilfeantrag vorzulegen.

Sind die Voraussetzungen des Absatzes 1 nicht erfüllt, werden zu den Beförderungskosten sowie zu den bei stationärer oder nichtstationärer Unterbringung entstehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung keine Beihilfen gewährt; beihilfefähig sind nur die Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 und 9 BVO. Aufwendungen für eine stationäre Unterbringung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) können ausnahmsweise dann als beihilfefähig berücksichtigt werden, wenn sich anlässlich der Untersuchung in der Klinik die dringende Notwendigkeit einer solchen Unterbringung ergibt und dies von der Klinik bescheinigt wird.

Aufwendungen für Grunduntersuchungen zur Gesundheitskontrolle in einer Diagnoseklinik sind nicht beihilfefähig; § 3 Abs. 1 Nr. 2 BVO bleibt unberührt.

5.3 Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig, soweit sie nach den jeweils gültigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch Institut (STIKO) öffentlich empfohlen werden (vgl. hierzu auch RdErl. des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit vom 7.12.2000 – SMBl. NRW. 21260).

5.4 Den Amtsärzten werden die beamteten Ärzte gleichgestellt. Als Vertrauens(-zahn-)arzt kann auch ein als Angestellter im öffentlichen Dienst stehender Arzt (Zahnarzt) oder ein frei praktizierender Arzt (Zahnarzt) herangezogen werden. Gutachten sind nur mit Einverständnis der Betroffenen einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden; wird das Einverständnis verweigert, ist die Beihilfe unter Berücksichtigung der Zweifel der Festsetzungsstelle festzusetzen.

5.5 Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ, § 5 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 4 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände, die in der Person des Patienten liegen (patientenbezogene Bemessungskriterien) dies rechtfertigen. Derartige Umstände können

i.d.R. nur dann gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen besonders schwierig war oder einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z.B. Nr. 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, Nr. 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).

Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Festsetzungsstelle Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände die Überschreitung und/oder den Umfang der Überschreitung rechtfertigen, ist ggf. mit Einverständniserklärung des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme des zuständigen Amts(zahn)arztes und ggf. eines sonstigen medizinischen/zahnmedizinischen Sachverständigen einzuholen. Die Kosten der Begutachtungen übernimmt die Beihilfestelle.

Wird das Einverständnis verweigert und kann die Berechtigung des Anspruchs nicht anderweitig festgestellt werden, wird eine Beihilfe nicht gewährt.

Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 Abs. 1 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen i.S. der BVO angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 GOÄ, § 5 GOZ) ist nach der Begründung (s.o.) gerechtfertigt. Über Ausnahmen in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen entscheidet für den Landesbereich das Finanzministerium.

5.6 Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen erforderlich.

5.7 Abweichend von der Bestimmung 7.2 in meinem Runderlass vom 19. August 1998 (Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht – SMBl. NRW. 203204) können Kompositfüllungen künftig grundsätzlich auch bei einer analogen Bewertung nach den Positionen 215 – 217 GOZ als beihilfefähig anerkannt werden. Dabei wird ein Steigerungssatz von höchstens 2,3 als angemessen angesehen. Ein Überschreiten des 2,3 fachen Gebührensatzes ist auch bei entsprechender Begründung des behandelnden Zahnarztes beihilfenrechtlich nicht zu berücksichtigen.

5.8 Mehraufwendungen für Verblendungen (einschließlich Vollkeramikkronen bzw. – brücken, z. B. im Cerec-Verfahren) und die zahnärztlichen Leistungen sind grundsätzlich bis einschließlich Zahn 5 beihilfefähig. Bei einer Versorgung ab Zahn 6 mit verblendeten Vollkronen, Vollkeramikkronen etc. und soweit eine Brückenversorgung nach Satz 1 über Zahn 5 hinaus reicht, sind vom Bruttorechnungsbetrag je verblendeten Zahn pauschal 40 Euro (bei Kunststoffverblendungen) bzw. 80 Euro (bei Keramikverblendungen – auch

im Cerec-Verfahren) in Abzug zu bringen. Der Restbetrag sowie die zahnärztlichen Leistungen ab Zahn 6 sind grundsätzlich beihilfefähig.

5.9 Abrechnungen von Nebenkosten auf der Basis des DKG-NT (Tarif der deutschen Krankenhausgesellschaft) sind in voller Höhe beihilfefähig.

5.10 Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig.

5.11 Soweit hinsichtlich der Notwendigkeit und Angemessenheit der berechneten Leistungen erhebliche Zweifel an Heilpraktikerrechnungen bestehen, können Anfragen anonymisiert zur Prüfung(kostenfrei) an folgende Adresse gerichtet werden:

Bund Deutscher Heilpraktiker e.V.
Gebühren- u. Gutachtenkommission
Herrn Siegfried Kämper
Am Stadtgarten 2
45883 Gelsenkirchen

Deutsche Heilpraktikerverbände –DDH-
Gebühren- und Gutachterkommission
Maarweg 10
53123 Bonn

Freie Heilpraktiker e.V.
Gutachter- und GebüH-Kommission
Herrn R. Schmidt
Benrather Schlossallee 49-53
40597 Düsseldorf

Eine Durchschrift der Stellungnahme mit der vorgelegten Rechnung bitte ich dem Finanzministerium zu übersenden.

6. Zu § 3 Abs. 3

Als Sachleistung gelten nicht Leistungen nach § 30 Abs. 1 Satz 1 SGB V (in der bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Fassung), an denen sich Versicherte nach § 30 Abs. 2 SGB V zu beteiligen haben.

7. Zu § 3 Abs. 4

7.1 (gestrichen)

7.2 Nach § 2 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe – erhält Sozialhilfe nicht, wer sich vor allem durch den Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält. Danach hat eine nach der Beihilfenverordnung zustehende Beihilfe Vorrang vor der Sozialhilfe.

Erhält ein Beihilfeberechtigter, ein nicht getrennt lebender Ehegatte, ein nicht getrennt lebender eingetragener Lebenspartner oder ein berücksichtigungsfähiges Kind zunächst Sozialhilfe, kann der Träger der Sozialhilfe durch schriftliche Anzeige gegenüber der Festsetzungsstelle den Übergang des Beihilfenanspruchs auf sich bewirken (§ 93 SGB XII).

7.3 Nach Artikel II Abs. 2 erster Halbsatz der Elften Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung vom 7. Mai 1993 (GV. NW. S. 260) ist für Personen, die am 31. Dezember 1993 als Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren, § 3 Abs. 4 Satz 1 BVO hinsichtlich der Berücksichtigung der Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung nicht anzuwenden. Auf Nummer 21b wird hingewiesen.

7.4 Nach § 3 Abs. 4 Nr. 4 und 5 BVO erfolgt bei Pflegeaufwendungen keine Anrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung.

7.5 § 3 Absatz 4 Satz 2 Nr. 1 und Satz 3 gelten entsprechend für Personen, die einen Zuschuss nach § 44a Absatz 1 SGB XI erhalten.

7.6 Bei der Ermittlung der auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnenden Krankenversicherungsleistungen nach § 3 Abs. 4 Satz 3 zweiter Halbsatz BVO sind die Berechnungsgrundlagen auf volle Euro nach unten abzurunden.

Beispiel:

Einer außerhalb des öffentlichen Dienstes tätigen Ehefrau eines Beamten sind beihilfefähige Gesamtaufwendungen von 1000 Euro entstanden. Die private Krankenversicherung hat hierzu 750,50 Euro erstattet. Der Krankenversicherungsbeitrag beträgt monatlich 100,50 Euro, zu dem der Arbeitgeber einen Zuschuss von 40,70 Euro leistet. Von den Leistungen der Krankenversicherung sind auf die beihilfefähigen Gesamtaufwendungen anzurechnen

$$\frac{40 \times 750}{50} = 600 \text{ Euro}$$

Beihilfefähig sind 400 Euro.

8. Zu § 3 Abs. 5

Eine Beihilfe darf auch noch nach dem Ausscheiden aus dem Kreis der Beihilfeberechtigten gewährt werden, wenn es sich um Aufwendungen handelt, die innerhalb der Zeit entstanden sind, in der der Betreffende noch beihilfeberechtigt war.

§ 4
Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für:

1. [1]Untersuchung, Beratung und Verrichtung sowie Begutachtung bei Durchführung dieser Vorschriften durch einen Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Psychologischen Psy-

chotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; Satz 5 bleibt unberührt. [2]Aufwendungen für eine wissenschaftlich nicht anerkannte Heilbehandlung sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. [3]Sind wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen ohne Erfolg angewendet worden, so können auf Grund des Gutachtens eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) auch Aufwendungen für wissenschaftlich noch nicht anerkannte Heilbehandlungen vom Finanzministerium für beihilfefähig erklärt werden. [4]Das Finanzministerium kann allgemein bestimmen, zu welchen und unter welchen Voraussetzungen zu noch nicht wissenschaftlich anerkannten Heilbehandlungen Beihilfen gezahlt werden können; Satz 3 gilt insoweit nicht. [5]Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulant durchgeführte psychotherapeutische Leistungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung bestimmen sich nach den §§ 4a bis 4d sowie der Anlage 1 zu dieser Verordnung. [6]Aufwendungen für eine Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. [7]Zahntechnische Leistungen nach § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 316), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), sind bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen in Höhe von 60 vom Hundert beihilfefähig.

2. [1]Stationäre Behandlungen in Krankenhäusern, deren Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. März 2009 (BGBI. I S. 534), oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534), vergütet werden. [2]Beihilfefähig sind

   a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 KHEntgG, § 2 Absatz 2 BPflV),

   b) gesondert berechnete Unterkunft (ohne Einbettzimmer) und/oder Verpflegung abzüglich 15 Euro täglich und gesondert berechnete ärztliche Leistungen (§ 17 KHEntgG, § 22 BPflV) abzüglich 10 Euro täglich für insgesamt höchstens 30 Tage im Kalenderjahr,

   c) vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V),

   sofern nicht die §§ 5c, 6 oder 6a anzuwenden sind.

   [3]Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, sind nur insoweit als angemessen (§ 3 Absatz 1 Satz 1) anzuerkennen, als sie den Kosten (Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten) entspre-

chen, die die dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik nach § 108 SGB V) für eine medizinisch gleichwertige Behandlung abzüglich eines Betrages von 25 Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr berechnen würde.

3. Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Behandlungen außerhalb einer Maßnahme nach § 7 bis zum Höchstbetrag von je 30 Euro täglich für den Erkrankten und eine notwendige Begleitperson.

4. Erste Hilfe.

5. [1]Eine notwendige Berufspflegekraft, solange der Erkrankte nach dem Gutachten eines von der Festsetzungsstelle bezeichneten Arztes vorübergehend der häuslichen Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) bedarf; die Grundpflege muss überwiegen. [2]Die Kosten einer Ersatzpflegekraft können unter derselben Voraussetzung anerkannt werden. [3]Bei einer Pflege durch den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner, Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern, Geschwister, Verschwägerte ersten Grades sowie Schwager sind nur Beförderungskosten (Nummer 11) und Kosten für eine Unterbringung der Pflegekraft außerhalb der Wohnung beihilfefähig. [4]Außerdem kann eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe eines ausgefallenen Arbeitseinkommens als beihilfefähig berücksichtigt werden, wenn wegen Ausübung der Pflege eine Erwerbstätigkeit aufgegeben worden ist, die mindestens den Umfang einer Halbtagsbeschäftigung hatte; für den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner und die Eltern eines Pflegebedürftigen ist eine für die Pflege gezahlte Vergütung nicht beihilfefähig. [5]In den Fällen des Satzes 2 bis 4 sind höchstens die Kosten für eine Berufspflegekraft beihilfefähig. [6]Aufwendungen für im Haushalt des Beihilfeberechtigten bereits tätige Personen sind nur insoweit beihilfefähig, als sie nachweislich über die bisher gezahlte Vergütung hinaus durch Mehrarbeit infolge Übernahme der Pflege entstanden sind.

6. [1]Eine Familien- und Hauspflegekraft bis zum Betrag von 8 Euro je Stunde, höchstens jedoch 64 Euro täglich, wenn der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Familienangehörige oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte wegen einer stationären Unterbringung (Nummer 2, §§ 5c, 6, 6a und 8) oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (§ 7 Absatz 4) den Haushalt nicht weiterführen kann. [2]Voraussetzung ist, dass die haushaltsführende Person – ausgenommen sie ist alleinerziehend – nicht oder nur geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV erwerbstätig ist oder, soweit mehrere teilzeitbeschäftigte Personen den Haushalt führen, die Erwerbstätigkeit dieser Personen insgesamt nicht mehr als 120 vom Hundert der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden/Woche) erreicht, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. [3]Dies gilt nach

begründeter ärztlicher Bescheinigung auch für bis zu 14 Tage nach Ende der stationären Unterbringung, nach einer ambulanten Operation oder darüber hinaus, wenn dadurch ein stationärer Krankenhausaufenthalt (§ 4 Absatz 1 Nummer 2) vermieden wird (z. B. Liegeschwangerschaft), sowie bei Alleinerziehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. [4]Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. [5]Wird an Stelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspflegekraft ein Kind unter 15 Jahren oder eine in Satz 3 aufgeführte pflegebedürftige Person in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendige Beförderungskosten – auch für eine Begleitperson – bis zu den sonst berücksichtigungsfähigen Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft beihilfefähig. [6]Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung aus Anlass einer Unterbringung bei den in Nummer 5 Satz 3 genannten Personen sind nicht beihilfefähig.

7. [1]Die von Behandlern nach Nummer 1 bei ihren Verrichtungen verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten zugelassenen Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen.

   [2]Nicht beihilfefähig sind

   a) Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien – AMR) von der Verordnung ausgeschlossen sind,

   b) Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind.

   [3]Satz 2 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

   [4]Das Finanzministerium kann abweichend von Satz 2 in medizinisch begründeten Einzelfällen sowie allgemein in der Anlage 2 und ergänzend in den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung bestimmen, zu welchen Arzneimitteln (verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen), die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten oder die sich in der klinischen Erprobung befinden, Beihilfen gewährt werden können. [5]Dies gilt auch für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen.

   [6]Das Finanzministerium kann weiterhin in Anlage 2 und ergänzend in den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung Arzneimittel von der Beihilfefähigkeit ausschließen, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten, deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist. [7]Nummer 1 Satz 3 und 4 gelten entsprechend.

8. Eine vom Arzt schriftlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.

9. [1]Eine vom Arzt schriftlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe; das Finanzministerium kann bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Heilbehandlungen beihilfefähig sind. [2]Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder – ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme (§§ 6, 6a und 7) –, Massagen, Bestrahlung, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. [3]Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Klinischen Linguisten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Physiotherapeuten oder Podologen durchgeführt werden. [4]Ist die Durchführung einer Heilbehandlung in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden, sind die Aufwendungen für die Heilbehandlung bis zu 10,50 Euro täglich beihilfefähig; dies gilt entsprechend für Heilbehandlungen, mit denen zugleich berufsbildende oder allgemeinbildende Zwecke verfolgt werden. [5]Bei Behandlungen in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch notwendige Aufwendungen für Verpflegung bis zu 4,50 Euro, für Unterkunft und Verpflegung insgesamt bis zu 7,50 Euro täglich beihilfefähig, es sei denn, dass § 5 Absatz 7 oder 9 anzuwenden ist. [6]Nummer 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

10. [1]Vom Arzt schriftlich verordnete Hilfsmittel, zu denen auch Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung rechnen. [2]Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Reparatur; von den Aufwendungen für den Betrieb der Hilfsmittel ist nur der 100 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag beihilfefähig. [3]Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen zur Beschaffung von Batterien für Hörhilfen einschließlich Ladegeräte für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sowie von Pflege- und Reinigungsmitteln für Kontaktlinsen. [4]Die Mietgebühren für Hilfsmittel sind beihilfefähig, sofern sie insgesamt nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind. [5]Aufwendungen für Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung oder Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist. [6]Bei orthopädischen Maßschuhen sind die Aufwendungen nur insoweit beihilfefähig, als sie den Betrag für eine normale Fußbekleidung übersteigen. [7]Kosten für ein Brillengestell sind nicht beihilfefähig; Kosten für eine Ersatzbeschaffung von Sehhilfen (zwei Brillengläser/Kontaktlinsen) sind bei Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, bei einer Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien (sphärischer Wert) beihilfefähig. [8]Für die Ersatzbeschaffung einer Brille – mit Ausnahme von Prismenbrillen – oder von Kontaktlinsen reicht anstelle der ärztlichen Verordnung die Refraktionsbestimmung durch einen

Augenoptiker aus; die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13 Euro je Sehhilfe beihilfefähig. [9]Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung benutzt werden oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen können (sogenannte Bandscheibenmatratzen, Liegestühle, Gesundheitsschuhe, Fieberthermometer, Heizkissen, Bestrahlungslampen und dgl.). [10]Beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für folgende Hilfsmittel:

Atemmonitore,

Beatmungsgeräte,

Blindenführhunde einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb,

Blindenstöcke,

Blutdruckmessgeräte,

Bruchbänder,

CPAP-Geräte,

Ernährungspumpen,

Fußeinlagen,

Gehstützen,

Gehwagen,

Gipsbetten,

Gummistrümpfe,

Heimdialysegeräte,

Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgerät,

Hilfsgeräte (für Schwerstbehinderte, Ohnhänder u. a.),

Hörhilfen (auch Hörbrillen),

Infusionspumpen,

Inhalationsapparate,

Injektionsspritzen und -nadeln,

Insulin-Dosiergeräte,

Katheter,

Kniekappen,

Knöchel- und Gelenkstützen,

Körperersatzstücke,

Kopfschützer,

Korrekturschienen u. Ä.,

Krankenfahrstühle,

Krankenheber,

Krankenstöcke (einschließlich Gehbänkchen mit Zubehör),

Leibbinden,

Orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind,

Pflegebett in behindertengerechter Ausstattung,

Polarimeter,

Reflektometer,

Reizstromgeräte zur Behandlung der Skoliose,

Sehhilfen,

Spastikerhilfen (auch Übungsgeräte),

Sprechhilfen (auch elektronische),

Sprechkanülen,

Stützapparate,

Stumpfstrümpfe und Narbenschützer,

Suspensorien,

Ultraschallvernebler,

Vibrationstrainer bei Taubheit,

Wasser- und Luftkissen,

Wechseldruckgeräte.

[11]Aufwendungen für vorstehend nicht genannte Hilfsmittel von mehr als 1.000 Euro sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat; bei Aufwendungen von mehr als 2.500 Euro ist darüber hinaus die Zustimmung des Finanzministeriums erforderlich. [12]Die Angemessenheit der Aufwendungen bestimmt sich nach der Anlage 3 zu dieser Verordnung. [13]Der Dienstherr kann ein Hilfsmittel unentgeltlich zur Verfügung stellen; in diesem Fall wird keine Beihilfe gezahlt.

11. [1]Die Beförderung des Erkrankten und, falls erforderlich, einer Begleitperson bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen. [2]Gepäckbeförderungskosten sind daneben nicht gesondert beihilfefähig. [3]Höhere Fahr- und Transportkosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Absatz 1

Satz 2 LRKG genannte Betrag beihilfefähig. [4]Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

a) die Mitnahme weiterer Personen bei Benutzung privater Personenkraftwagen,

b) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bei einfachen Entfernungen bis zu 30 Kilometern,

c) die Mehrkosten von Hin- und Rückfahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich wäre,

d) den Rücktransport wegen Erkrankung während privater Auslandsaufenthalte.

12. [1]Einen Organspender, soweit der Empfänger zu den in § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a bis c bezeichneten Personen gehört, für

1. Aufwendungen nach den Nummern 1, 2, 3, 6, 7, 9 und 11, die aus Anlass der für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen,

2. den nachgewiesenen Ausfall an Arbeitseinkommen.

[2]Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht von anderer Seite erstattet werden oder zu erstatten sind. [3]Die Buchstaben a und b gelten auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen.

13. Aufwendungen im Zusammenhang mit der Suche eines geeigneten Knochenmarkspenders bis zu einem Betrag von 20.000 Euro.

(2)

a) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.

b) [1]Aufwendungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316, zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 – BGBl. I S. 3320) einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sowie der Suprakonstruktionen sind bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

1. größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in

- Tumoroperationen,
- Entzündungen des Kiefers,
- 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. implantatbasierter Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer oder
6. Einzelzahnlücke, soweit nicht beide Nachbarzähne überkront sind.

[2]Im Fall der Nummer 5 sind höchstens die Aufwendungen für zwei Implantate je Kieferhälfte (einschließlich vorhandener Implantate, zu denen eine Beihilfe gewährt wurde) beihilfefähig.

[3]Das Finanzministerium kann abweichend von Satz 1 und 2 in besonders begründeten medizinischen Einzelfällen Ausnahmen zulassen.

[4]Für andere Implantatversorgungen sind bis zur Höchstzahl von acht Implantaten (zwei je Kieferhälfte) – im Hinblick auf die Aufwendungen einer herkömmlichen Zahnversorgung – pauschal je Implantat 450 Euro beihilfefähig. [5]Die Aufwendungen für die Suprakonstruktion sind neben der Pauschale beihilfefähig. [6]Bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion einheitlich 250 Euro je Implantat beihilfefähig.

[7]Weitere Voraussetzung für die Zahlung einer Beihilfe ist, dass der Festsetzungsstelle ein Kostenvoranschlag vorgelegt wird und diese auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Amtszahnarztes (dies gilt nicht für Satz 1 Nummer 5 und 6 und Satz 4) vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der beabsichtigten Maßnahme und die Angemessenheit der Kosten anerkannt hat (Voranerkennungsverfahren).

c) [1]Aufwendungen für Zahnersatz (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnkronen (Nummern 214 bis 217, 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. [2]Dies gilt nicht für Beamte, die unmittelbar vor ihrer Ernennung mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt oder berücksichtigungsfähige Personen bei einem Beihilfeberechtigten waren, für An-

wärter, die nach Abschluss des Vorbereitungsdienstes unmittelbar in ein Eingangsamt der Besoldungsgruppen A 1 bis A 8 eintreten, oder wenn die Leistung nach Satz 1 auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist.

VVzBVO

9. Zu § 4 Abs. 1 Nr. 1

9.1 Nummer 5.4 gilt entsprechend.

9.2 Auf Grund des § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 4 BVO bestimme ich, dass zu Aufwendungen für Akupunkturbehandlungen Beihilfen zu gewähren sind, wenn wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethoden ohne Erfolg angewendet worden sind. Ob diese Voraussetzung gegeben ist, entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann bei Zweifel das Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes einholen. Die Aufwendungen für eine Akupunktur zur Behandlung von Schmerzen (Nummern 269 und 269a des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen, Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) sind ohne die Einschränkungen der Sätze 1 und 2 beihilfefähig.

9.3 Nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818) richten sich die Vergütungen für die beruflichen Leistungen dieser Berufsgruppe nach der GOÄ. Berechenbar sind ausschließlich Leistungen, die in den Abschnitten B und G aufgeführt sind (§ 1 Abs. 2 GOP).

Berechenbar sind aus Abschnitt B grundsätzlich nur die Ziffern 1, 3, 4, 34, 60, 70 (ausgenommen Dienst- bzw. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), 75, 80, 85, 95, 96 und aus Abschnitt G nur die Ziffern 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 870, 871.

Gebühren für Leistungen nach Abschnitt B sowie Gebühren für Leistungen nach den Nummern 808, 835, 845, 846, 847, 855, 856, 857 und 860 des Abschnittes G der GOÄ unterliegen nicht dem Voranerkennungsverfahren durch vertrauensärztliche Gutachter, sie sind unabhängig von den übrigen Behandlungsziffern nach Abschnitt G der GOÄ beihilfefähig.

Der RdErl. v. 10.12.1997 (Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht) – SMBl. NRW. 203204 – gilt entsprechend; dabei ist jedoch davon auszugehen, dass die Gebühren den 2,3fachen Satz (1,7fachen Satz / Standardtarif – § 5b GOÄ) grundsätzlich nicht überschreiten dürfen.

Nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOP gilt § 6 Abs. 2 GOÄ mit der Maßgabe, dass psychotherapeutische Leistungen, die nicht in der GOÄ enthalten sind, entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der Abschnitte B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ berechnet werden können. Derzeit wird die Notwendigkeit einer Analogbewertung allerdings nicht gesehen.

Sofern Psychotherapeuten eine Analogbewertung vornehmen und/oder den o. g. Gebührenansatz überschreiten, ist die Rechnung dem Gutachter/Obergutachter zur Begutachtung vorzulegen. Diese Begutachtung kann zum üblichen Satz (Nr. 9.4) vergütet werden.

Den Psychotherapeuten ist es verwehrt, verschreibungspflichtige Arzneimittel zu verordnen. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlungen nach den Nummern 2 und 3 der Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO) ist bis zu dem dort genannten Umfang und unter Beachtung der nachfolgenden Grundsätze anzuerkennen:

a) *Der Beihilfeberechtigte legt der Beihilfestelle das Formblatt Anlage 5 („Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie") ausgefüllt vor. Außerdem hat er (oder die berücksichtigungsfähige Person) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf Formblatt Anlage 6 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen zusätzlich mit Formblatt Anlage 6a den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz – PsychThG v. 16.6.1998, BGBl. I S. 1311) einholen.*

b) *Das ausgefüllte Formblatt Anlage 6 und ggf. das Formblatt Anlage 6a ist in einem verschlossenen, deutlich erkennbar als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag der Beihilfestelle zur Weiterleitung an den Gutachter zu übersenden.*

c) *Die Beihilfestelle beauftragt mit Formblatt Anlage 7 einen vom Finanzministerium benannten Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach Formblatt Anlage 8; sie leitet ihm dazu gleichzeitig*

   - *den ungeöffneten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten,*
   - *das ausgefüllte Formblatt Anlage 5,*
   - *das Formblatt Anlage 8 (in dreifacher Ausfertigung) und*
   - *einen an die Festsetzungsstelle adressierten, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten roten Freiumschlag*

d) *Der Gutachter teilt seine Stellungnahme nach Formblatt Anlage 8 („Psychotherapie-Gutachten") – in zweifacher Ausfertigung – in dem roten Freiumschlag der Beihilfestelle mit. Diese leitet dem behandelnden Therapeuten eine Ausfertigung zu; die zweite Ausfertigung ist in einem verschlossenen Umschlag aufzubewahren. Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme ist dem Beihilfeberechtigten ein Anerkennungsbescheid nach Formblatt Anlage 9 zu erteilen.*

e) *Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Beihilfestelle Widerspruch ein, kann die Beihilfestelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte (die berücksichtigungsfähige Person) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, seinen „Erstbericht" an den Gutachter auf Formblatt Anlage 6 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendig-*

keit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle/des Gutachters eingegangen werden soll.

f) *Der ergänzte Bericht ist der Beihilfestelle in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag zur Weiterleitung an den Obergutachter zu übermitteln.*

g) *Die Beihilfestelle beauftragt einen Obergutachter (s. Verzeichnis unter Nummer 9.4) mit der Erstellung eines Obergutachtens; sie leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:*

- *den ungeöffneten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten,*
- *Kopie des Psychotherapie-Gutachtens und*
- *einen an die Beihilfestelle adressierten, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten roten Freiumschlag.*

Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten.

Ein Obergutachten ist nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Grund einer Stellungnahme des Gutachters abgelehnt wurde, weil der Therapeut die in den Nummern 2.4.1 bis 2.4.4 und 3.4.1 bis 3.4.3 der Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO) aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

h) *Auf Grundlage der vom Obergutachter übermittelten Stellungnahme erteilt die Beihilfestelle dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.*

i) *Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (Nummern 2.3 und 3.3 der Anlage 1 [zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO]) ist der von dem behandelnden Therapeuten begründete Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt Anlage 6) mit einem Freiumschlag (s. o.) dem mit dem Erstgutachten beauftragten Gutachter zur Stellungnahme zuzuleiten. Im Übrigen gelten die Ausführungen zu „d bis h" entsprechend.*

j) *Die Beihilfestelle kann von dem Voranerkennungsverfahren (s. o.) absehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten (der berücksichtigungsfähigen Person) bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Therapeuten ergeben. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO).*

k) *Die Briefumschläge in Format DIN C 6 im Farbton orange und im Farbton rot mit den entsprechenden Aufdrucken können über die Justizvollzugsanstalt Willich I., Postfach 1204, 47860 Willich, bezogen werden. Die Mindestabgabemenge beträgt jeweils 100 Stück; der Preis beläuft sich auf 3,02 € pro 100 Stück. Bei Aufträgen unter*

25 € werden Portokosten gesondert berechnet. Der Rechnungsbetrag ist innerhalb von zwei Wochen ohne Abzug zahlbar. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen sind die Bestellungen für den jeweiligen Jahresbedarf zum 01.04. eines jeden Jahres aufzugeben.

9.4 Die im nachstehenden Verzeichnis aufgeführten Ärzte haben sich bereit erklärt, im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens für psychotherapeutische Behandlungen (Nummer 2 und 3 der Anlage 1 [zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO]) als Gutachter tätig zu werden.

Um eine Konzentration auf einzelne Gutachter/Obergutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur gutachterlichen Stellungnahme den Gutachtern/Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten. Dies bedeutet, dass die jeweilige Festsetzungsstelle bei dem ersten oder letzten Gutachter beginnt und weitere Anträge dann entsprechend der Reihenfolge (zweiter oder vorletzter) übersendet.

Die Kosten für das Gutachten betragen 41 Euro plus Mehrwertsteuer, für das in Zweifelsfällen ggf. notwendige Obergutachten 82 Euro plus Mehrwertsteuer; die Beträge sind aus den Beihilfetiteln (441 01 bzw. 446 01) zu zahlen.

Verzeichnis der Gutachter und Obergutachter für Psychotherapie

A) Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen (Nummer 2 der Anlage 1 [zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO])

1. Rosemarie Ahlert
Schulstr. 29, 72631 Aichtal

2. Dr. med. Dipl.-Psych. Menachem Amitai
Bifänge 22, 79111 Freiburg

3. Dr. med. Ludwig Barth
Mülbaurstr. 38b, 81677 München

4. Dr. med. Ulrich Berns
Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover

5. Dr. med. Dietrich Bodenstein
Waldwinkel 22, 14532 Kleinmachnow

6. Dr. med. Doris Bolk-Weischedel
Eichkampstr. 108, 14055 Berlin

7. Dr. med. Gerd Burzig
Hamburger Str. 49, 23611 Bad Schwartau

8. Dr. med. Ilan Diner
Windscheidstr. 8, 10627 Berlin

9. Prof. Dr. med. Michael Ermann
Postfach 15 13 09, 80048 München

10. Dr. med. Paul R. Franke
Harnackstr. 4, 39104 Magdeburg

11. Dr. med. Ulrich Gaitzsch
Luisenstr. 3, 69469 Weinheim

12. Dr. med. Dietrich Haupt
Wörther Str. 44, 28211 Bremen

13. Dr. F. Höhne
Vor dem Schlosse 5, 99947 Bad Langensalza

14. Dr. med. Ludwig Janus
Köpfelweg 52, 69118 Heidelberg

15. Dr. med. Horst Kallfass
Leo-Baeck-Str. 3, 14165 Berlin

16. Dr. med. Gabriele Katwan
Franzensbader Str. 6b, 14193 Berlin

17. Prof. Dr. med. Karl König
Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen

18. Dr. med. Albrecht Kuchenbuch
Lindenallee 26, 14050 Berlin

19. Prof. Dr. med. Peter Kutter
Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart

20. Prof. Dr. med. Klaus Lieberz
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit – Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapeutische Medizin –, Postfach 12 21 20, 68072 Mannheim

21. Dr. med. Günter Maass
Leibnizstr. 16 c, 65191 Wiesbaden

22. Prof. Dr. med. Michael von Rad
Städt. Klinikum München GmbH,
Krankenhaus München-Harlaching
– Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie –
Sanatoriumsplatz 2, 81545 München

23. Prof. Dr. med. Ulrich Rüger
Mittelbergring 59, 37085 Göttingen

24. Dr. med. Rainer Sandweg
Postfach 12 58, 66443 Bexbach

25. Dr. med. Günter Schmitt
Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart

26. Dr. med. Jörg Schmutterer
Damaschkestr. 65, 81825 München

27. Dr. med. Gisela Thies
Tegeleck 27, 23843 Bad Oldesloe

B) Gutachter für tiefenpsycholgisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Nummer 2 der Anlage 1 [zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO])

1. Dr. med. Ulrich Berns
Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover

2. Dr. med. Hermann Fahrig
Carl-Beck-Str. 58, 69151 Neckargemünd

3. Dr. med. Dietrich Haupt
Wörther Str. 44, 28211 Bremen

4. Dr. med. Annette Streeck-Fischer
Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen

C) Gutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen (Nummer 3 der Anlage 1 [zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO])

1. Prof. Dr. Gerd Buchkremer
Psychiatrische Universitätsklinik, Osianderstr. 22, 72076 Tübingen

2. Prof. Dr. med. Iver Hand
Falkenried 7, 20251 Hamburg

3. Dr. med. Dieter Kallinke
Postfach 10 35 46, 69025 Heidelberg

4. Dr. med. Johannes Kemper
Bauerstr. 15, 80796 München

5. Dipl. Psych. Dr. Helmut Köhler
Obere Stadt 60, 82362 Weilheim

6. Dipl-Psych. Eva Koppenhöfer
Baiertaler Straße 89, 69168 Wiesloch

7. Prof. Dr. med. Rolf Meermann
Psychosomatische Fachklinik, Bombergallee 11, 31812 Bad Pyrmont

8. Dr. med. Jochen Sturm
Altneugasse 21, 66117 Saarbrücken

9. Dr. med. Klaus H. Stutte
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,
Chefarzt a. D. der Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Jahnstr. 1, 49610 Quakenbrück

10. Dr. med. Dr. phil. Serge K. D. Sulz
Nymphenburger Str. 185, 80634 München

11. Dr. Johannes Zuber
Mercystraße 27, 79100 Freiburg

D) Gutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen (Nummer 3 der Anlage 1 [zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO])

1. Dr. med. Peter Altherr
Westbahnstr. 12, 76829 Landau

2. Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt
Postfach 12 34, 69192 Schriesheim

3. Dr. med. Horst Trappe
Breslauer Str. 29, 49324 Melle

4. Dipl. Psych. Dr. phil. Gerhard Zarbock,
Bachstrstaße 48, 22083 Hamburg

5. Dr. Johannes Zuber
Mercystraße 27, 79100 Freiburg

E) Obergutachter

a) für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen

1. Dr. med Ludwig Barth
Mühlbaurstr. 38b, 81677 München

2. Dr. med. Doris Bolk-Weischedel
Eichkampstr. 108, 14055 Berlin

3. Dr. med. Horst Kallfass
Leo-Baeck-Str. 3, 14165 Berlin

4. Prof. Dr. med. Karl König
Hermann-Föge-Weg 6, 37073 Göttingen

5. Prof. Dr. med. Peter Kutter
Brenntenhau 20 A, 70565 Stuttgart

6. Prof. Dr. med. Ulrich Rüger
Mittelbergring 59, 37085 Göttingen

7. Dr. med. Günter Schmitt
Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart

8. Dr. med. Gisela Thies
Tegeleck 27, 23843 Bad Oldesloe

9. Dr. med. Roland Vandieken
Am Buchenhang 17, 53115 Bonn

b) für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen

1. Dr. med. Dietrich Haupt
Wörther-Str. 44, 28211 Bremen

2. Dr. med. Annette Streeck-Fischer
Herzberger Landstr. 53, 37085 Göttingen

c) für Verhaltenstherapie von Erwachsenen

1. Dr. med. Franz Rudolf Faber
Postfach 11 20, 49434 Neuenkirchen/Oldenburg

2. Prof. Dr. med. Iver Hand
Falkenried 7, 20251 Hamburg

3. Dr. med. Dieter Kallinke
Postfach 10 35 46, 69025 Heildelberg

4. Dr. med. Johannes Kemper
Bauerstr. 15, 80796 München

d) für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen

1. Dr. med. Johannes Kemper
Bauerstr. 15, 80796 München

2. Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt
Postfach 12 34, 69192 Schriesheim

9.5 In Ausbildung befindliche psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nicht selbstständig Leistungen i.S. der Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO) erbringen. Soweit sie während der zweiten Hälfte ihrer Ausbildung Behandlungen durchführen, muss dies unter Aufsicht eines nach Anlage 1 anerkannten Therapeuten (Supervisor) erfolgen, der allein diese Leistungen in Rechnung stellen darf.

9.6 Neben der Nr. 849 GOÄ sind körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.

9.7 Aufwendungen für die Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich sind nur beihilfefähig für die Behandlung der

a) *Tendinosis calcarea;*

b) *Pseudarthrose (nicht heilender Knochenbruch);*

c) *Fasziitis plantaris (Fersensporn).*

Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT ist ausschließlich der analoge Ansatz der Ziffer 1800 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge (da keine Operationsleistung) beihilfefähig. Aufwendungen für eine Radiale ESWT sind mangels Wirksamkeitsnachweises der Therapie nicht beihilfefähig.

9.8 Die Verordnung von Soziotherapie dürfen nur Ärzte vornehmen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung „Psychiatrie oder Nervenheilkunde" zu führen. Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. Es können insgesamt höchstens 120 Therapieeinheiten innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren berücksichtigt werden. Die Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten.

Soziotherapie können nur die seitens der GKV anerkannten Leistungserbringer durchführen. Es sind dies Diplom-SozialarbeiterInnen/-SozialpädagogInnen und Fachkrankenschwestern/-pfleger für Psychotherapie (§ 4 Absatz 1 Nr. 9 Satz 3 BVO gilt insoweit nicht). Eine aktuelle Liste der anerkannten Leistungserbringer ist bei der jeweiligen Ortskrankenkasse am Wohnort des Beihilfeberechtigten zu erfragen.

Die Aufwendungen der Soziotherapie sind bis auf weiteres nur in der Höhe beihilfefähig, in der sie von der Ortskrankenkasse im Rahmen ihres Vertrages mit dem Leistungserbringer vereinbart sind.

9a. Zu § 4 Abs. 1 Nr. 2

9a.1 Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der Krankenhausarzt.

Für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts (Berechnungstage) können seitens des Krankenhauses 45 € für Unterkunft und Verpflegung abgerechnet werden. Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, können bei vollstationären Behandlungen nicht abgerechnet werden. Der Betrag von 45 € ist beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Begleitperson sind nicht beihilfefähig.

9a.2 Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz (Kinderhospiz), in dem eine palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sind für die ersten 9 (Kinderhospiz: 18) Monate der Versorgung grundsätzlich nach § 4 Absatz 1 Nr. 2 Buchstaben a und b BVO beihilfefähig. Die Abzugsbeträge nach § 4 Absatz 1 Nr. 2 Buchstabe b BVO bleiben unberücksichtigt. Nach Ablauf von 9 Monaten (Kinderhospiz 18 Monaten) gelten die §§ 5 bis 5d BVO.

9a.3 Von den nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO beihilfefähigen Aufwendungen wird der Selbstbehalt für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts abgezogen.

9a.4 Zweibettzimmerzuschläge sind nur in der Höhe angemessen, wie sie zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart wurden. Soweit Zweifel an der Höhe des berechneten Zweibettzimmerzuschlags bestehen, ist der Beihilfestelle vom Beihilfeberechtigten eine Kopie der

Zweibettzimmerabrechnung seiner PKV vorzulegen; um Zeitverzögerungen bei der Abrechnung zu vermeiden, ist ggf. die Beihilfe mit dem berechneten Zweibettzimmerzuschlag unter Vorbehalt und mit der Auflage festzusetzen, den Erstattungsbescheid der PKV nachzureichen. Liegt für die berechnende Krankenanstalt keine Vereinbarung mit dem PKV-Verband vor, ist im Rahmen einer Vergleichsberechnung der Zweibettzimmerzuschlag der zum Behandlungsort nächstgelegenen Krankenanstalt heranzuziehen, mit der eine Vereinbarung getroffen wurde.

9a.5 Die Selbstbeteiligungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 b BVO sind innerhalb eines Kalenderjahres für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zu einem Betrag von jeweils insgesamt 750 Euro in Abzug zu bringen.

9a.6 Die beihilfenrechtliche Vergleichsberechnung nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 Satz 3 BVO gilt auch für so genannte „Anschlussheilbehandlungen", soweit eine Abrechnung nicht nach § 6 BVO sondern nach § 4 BVO erfolgt. Betreibt der Träger der „Privatklinik" (ohne Zulassung nach § 108 SGB V) auf dem Grundstück der Klinik oder in unmittelbarer Nähe hierzu eine weitere Klinik mit Zulassung nach § 108 SGB V, kann aus Vereinfachungsgründen die Vergleichsberechnung auch zwischen diesen Kliniken erfolgen. Rechnet die aufgesuchte „Privatklinik" (ohne Zulassung nach § 108 SGB V) eine an den Fallpauschalenkatalog des Krankenhausentgeltgesetzes angelehnte „DRG" ab, ist darauf zu achten, dass der Vergleichsklinik (der Maximalversorgung) sämtliche Diagnosen sowie Prozeduren (OPS) des Behandlungsfalles vorgelegt werden. Für die Vergleichsberechnung ist der am Tag der Aufnahme in die Privatklinik gültige Zahlbasisfallwert (incl. Zuschläge und Zusatzentgelte etc.) der vergleichbaren Klinik der Maximalversorgung maßgebend. Ggf. anfallende Kosten der Begutachtung trägt die Beihilfestelle.

9a.7 Bei Behandlungen in Kliniken, deren medizinische Leistungen mit den Leistungen der unter § 1 Abs. 1 Bundespflegesatzverordnung fallenden Krankenhäuser vergleichbar sind, gilt Nummer 9a.6 entsprechend. Soweit die dem Behandlungsort oder der Beihilfestelle nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung keine vergleichbaren Leistungen anbietet, ist die Vergleichsberechung an Hand der vergleichbaren Pflegesätze der dem Behandlungsort nächstgelegenen Klinik nach § 108 Nr. 3 SGB V durchzuführen.

9a.8 Die nach §§ 6 und 9 KHEntgG neben einer Fallpauschale zusätzlich berechneten Zusatzentgelte sind beihilfefähig. Dies gilt auch für den DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5, für den Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen und für sonstige Zuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 sowie für Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Aufwendungen für eine gemäß § 22 BPflV oder § 17 KHEntgG in Rechnung gestellte Wahlleistung „gesondert berechenbare Unterkunft/Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer" für den Entlassungs- oder Verlegungstag sind nicht beihilfefähig.

9b. Zu § 4 Abs. 1 Nr. 5

Bei vorübergehender Erkrankung einer Person, die in einem Altenheim nicht wegen krankheitsbedingter dauernder Pflegebedürftigkeit wohnt, ist ein zu den allgemeinen Heimkosten erhobener Pflegekostenzuschlag nach § 4 Abs. 1 Nr. 5 BVO beihilfefähig.

10. Zu § 4 Abs. 1 Nr. 7 und Nr. 9

10.1a Nach § 4 Abs. 1 Nr. 7 und der Anlage 2 sind grundsätzlich nur Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, soweit sie nicht nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von der Verordnung in der GKV ausgeschlossen sind, sowie Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. (Für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gelten diese Einschränkungen nicht). Eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie auf Grund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Als Therapiestandard gilt ein Arzneimittel, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. (Das Finanzministerium kann in begründeten Einzelfällen Ausnahmen zulassen – § 4 Abs. 1 Nr. 7 Satz 4 1. Halbsatz BVO –).

Demnach sind beihilfefähig:

1. *Abführmittel*

   nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphat-bindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.

2. *Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit)*

   nur als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.

3. *Acetylsalicylsäure und Paracetamol*

   nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden.

4. *Acidosetherapeutika*

   nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Nierensuffizienz sowie bei Neoblase.

5. *Antihistaminika*

– *nur in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien,*

– *nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien,*

– *nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruitus,*

– *nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikodien nicht ausreichend ist.*

6. *Antimykotika*

nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.

7. *Antiseptika und Gleitmittel*

nur für Patienten mit Katheterisierung.

8. *Arzneimittel zur sofortigen Anwendung*

– *Antidote bei akuten Vergiftungen,*

– *Lokalanästhetika zur Injektion.*

9. *Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödem (Mannitol, Sorbitol).*

10. *Butylscopolamin (parenteral)*

nur zur Behandlung in der Palliativmedizin.

11. *Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination)*

– *nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,*

– *nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäqivalent bedürfen,*

– *bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.*

12. *Calciumverbindungen (als Monopräparate) nur*

– *bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus,*

– *bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.*

13. *Citrate*

nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.

14. *E. coli Stamm Nissle 1917*

nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.

15. *Eisen-(II)-Verbindungen*

nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanaemie.

16. *Flohsamen und Flohsamenschalen*

nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierter Diarrhöen.

17. *Folsäure und Folinate*

nur bei Therpie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms,

18. *Ginkgo biloba blätter-Extrakte*

nur in Zusammenhang mit der Behandlung der Demenz (mindestens Pflegestufe 1).

19. *Harnstoffhaltige Dermatika (mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 %)*

nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für den jeweiligen Patienten indiziert sind.

20. *Hypericum perforatum-Extrakt (hydroalkoholischer Extrakt, min. 300 mg pro Applikationsform)*

nur zur Behandlung mittelschwerer depressiver Episoden.

21. *Iodide*

nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.

22. *Iod-Verbindungen*

nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.

23. *Kaliumverbindungen als Monopräparate*

nur zur Behandlung der Hypokaliaemie.

24. *L-Methionin*

nur zur Vermeidung der Steinneubildung bei Phosphatsteinen bei neurigener Blasenlähmung, wenn Ernährungsempfehlungen und Blasenentleerungstraining erfolglos geblieben sind.

25. *Lactulose und Lactitol*

nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.

26. Levocarnitin

nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.

27. Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung

einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.

28a. Magnesiumverbindungen (oral),

nur bei angeborenen Magnesiumverlusterkrankungen.

28b. Magnesiumverbindungen (parenteral)

nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.

29. Metixenhydrochlorid

nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.

30. Mistel-Präparate (parenteral, auf Mistellektin normiert)

nur in der Palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.

31. Niclosamid

nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.

32. Nystatin

nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patienten.

33. Ornithinaspartat

nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-) Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.

34. Pankreasenzyme

nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose.

35. Phosphatbinder

nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse.

36. Phosphatverbindungen

bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.

37. Salicylsäurehaltige Zubereitungen (mind. 2% Salicylsäure)

nur in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.

38. Synthetische Tränenflüssigkeit

bei Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen (trockenes Auge Grad 2), Epidermolysis bullosa, occulärem Pemphigoid, Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.

39. Synthetischer Speichel

nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.

40. Topische Anästhetika und/oder Antiseptika

nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z. B. Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus).

41. Vitamin K als Monopräparate

nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.

42. Wasserlösliche Vitamine (auch in Kombination) nur bei Dialyse.

43. Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate

nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).

44. Zinkverbindungen als Monopräparat

nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenen Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.

Bei den o.g. Indikationsgebieten sind auch Aufwendungen für Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie beihilfefähig, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete als wissenschaftlich allgemein anerkannt gilt und der Arzt/Heilpraktiker dies mit der Verordnung bestätigt. Bei diesen Arzneimitteln ist zu beachten, dass nach den Grundsätzen der klassischen Homöopathie jede Behandlung mit einem individuell auf den Patienten, sein Persönlichkeitsprofil und sein jeweiliges Krankheitsbild abgestimmten Arzneimittel erfolgt. Das gleiche Arzneimittel kann dadurch bei ganz unterschiedlichen Erkrankungen eingesetzt werden.

Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel mit o.g. Wirkstoffen sind auch außerhalb der o.g. Indikationen beihilfefähig, wenn die zur Behandlung der Erkrankung alternativ zur Verfügung stehenden verschreibungspflichtigen Arzneimittel teurer sind. Der Nachweis ist durch den Beihilfeberechtigten bzw. seinen Arzt zu führen.

10.1b) Unabhängig von der Verschreibungsart sind nicht beihilfefähig bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmitteln, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt,

b) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals, Nasen- und Ohrenbereich,

c) Abführmittel außer zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphat-bindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase,

d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit (unberührt bleibt die Anwendung gegen Erbrechen bei Tumortherapie und anderen schwerwiegenden Erkrankungen z. B. Menierescher Symtomkomplex).

10.1c Aufwendungen für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukt nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt und apothekenpflichtig sind, und die bei Anwendung der am 31. Dezember 1994 geltenden Fassung des § 2 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes Arzneimittel gewesen wären, sind beihilfefähig (vgl. § 31 Abs. 1 SGB V).

10.2 Aufwendungen für die folgenden Mittel (Anlage 2 Nr. 4 a und b BVO) sind – von den genannten Ausnahmen abgesehen – nicht beihilfefähig:

- *Genussmittel, sämtliche Weine (auch medizinische Weine) und der Wirkung nach ähnliche, Ethylalkohol als einen wesentlichen Bestandteil (mind. 5 Volumenprozent) enthaltene Mittel (ausgenommen Tinkturen im Sinne des Deutschen Arzneibuches und tropfenweise einzunehmende ethlyalkoholhaltige Arzneimittel) sowie Mittel, bei denen die Gefahr besteht, dass sie wegen ihrer wohlschmeckenden Zubereitung als Ersatz für Süßigkeiten genossen werden,*
- *Mineral-, Heil oder andere Wässer,*
- *Mittel, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle usw. dienen einschl. Medizinische Haut- und Haarwaschmittel sowie Medizinische Haarwässer und kosmetische Mittel. Ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Basiscremes, Basissalben, Haut und Kopfhautpflegemittel, auch Rezepturgrundlagen, soweit und solange sie Teil der arzneilichen Therapie (Intervall-Therapie bei Neurodermitis/endogenen Ekzem, Psoriasis, Akne-Schältherapie und Strahlentherapie) sind und nicht der Färbung der Haut und -anhangsgebilde sowie der Vermittlung von Geruchseindrücken dienen,*
- *Balneotherapeutika, ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Balneotherapeutika bei Neurodermitis/endogenem Ekzem, Psoriasis und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises,*
- *Mittel, die der Veränderung der Körperform (z. B. Entfettungscreme, Busencreme) dienen sollen,*
- *Mittel zur Raucherentwöhnung,*
- *Saftzubereitungen für Erwachsene, von in der Person des Patienten begründeten Ausnahmen abgesehen,*
- *Würz- und Süßstoffe, Obstsäfte, Lebensmittel im Sinne des § 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes, Krankenkost- und Diätpräparate,*
- *Abmagerungsmittel und Appetitzügler,*
- *Anabolika, außer bei neoplastischen Erkrankungen,*
- *Stimulantien (z. B. Psychoanaleptika, Psychoenergetika und Leistungsstimulantien), ausgenommen bei Narkolepsie und schwerer Zerebralsklerose sowie beim hyperkinetischen Syndrom und bei der so genannten minimalen zerebralen Dysfunktion vorpubertärer Schulkinder,*
- *so genannte Zellulartherapeutika und Organhydrolysate,*

- *so genannte Geriatrika und so genannte Arteriosklerosemittel,*
- *Roborantien, Tonika und appetitanregende Mittel,*
- *Insekten-Abschreckmittel,*
- *Fixe Kombinationen aus Vitaminen und anderen Stoffen, ausgenommen und somit beihilfefähig sind Vitamin D-Fluorid-Kombinationen zur Anwendung bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und zur Osteoporoseprophylaxe,*
- *Arzneimittel, welche nach § 11 Absatz 3 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG) vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1869, 1870), nur mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise:*

  „Traditionell angewendet:

  a) zur Stärkung oder Kräftigung,

  b) zur Besserung des Befindens,

  c) zur Unterstützung der Organfunktion,

  d) zur Vorbeugung,

  e) als mild wirkendes Arzneimittel“

  in den Verkehr gebracht werden.

10.2.a Aufwendungen für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn diese auf Grund einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung notwendig sind, bei

- *Ahornsirupkrankheit,*
- *AIDS-assoziierten Diarrhöen,*
- *Angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel,*
- *Angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden*
- *Colotis ulcerosa,*
- *Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,*
- *Kurzdarmsyndrom,*
- *Morbus Crohn,*
- *Mukoviszidose,*
- *Multiplen Nahrungsmittelallergien,*

– *Niereninsuffizienz,*

– *Phenylketonurie,*

– *Sondenernährung über eine operativ gelegte Magensonde (sog. PEG-Sonde),*

– *erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z. B. Mundboden- und Zungenkarzinom),*

– *Tumortherapien (auch nach der Behandlung),*

– *postoperative Nachsorge.*

10.2.b Aufwendungen für Elementardiäten sind für Säuglinge (bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr) mit Kuhmilcheiweißallergie beihilfefähig; dies gilt ferner für einen Zeitraum von sechs Monaten bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis, sofern Elementardiäten zu diagnostischen Zwecken eingesetzt werden.

10.3 Beihilfefähig sind ferner Aufwendungen für folgende nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel:

1. *Gasbindende Mittel vor diagnostischen Maßnahmen (Carminativa, Amara, Acida),*

2. *Mineralstoffpräparate zur oralen Anwendung*

- *bei Hämodialysebehandlung,*

- *Elektrolytsubstitution bei schwerer Diarrhoe, bei Nierenerkrankungen,*

- *Zink-Verbindungen als Monopräparate bei nachgewiesenem Zinkmangel,*

- *Magnesium- und Magnesium-Kalium-Verbindungen zur kardialen Therapie,*

- *zum Ausgleich des Säure-Basen-Haushalts,*

3. *Mittel zur Auflösung von Cholesteringallensteinen, zur Behandlung bei Präcoma/Coma hepatikum und bei hepatischer Encephalopathie,*

4. *Mittel zum Schutz der Gelenkfunktionen bei Abbauerscheinungen des Knorpels zur lokalen und systematischen Anwendung (sog. Chondroprotektiva und Antiarthrotika),*

5. *Venentherapeutika zur topischen und systematischen Anwendung bei varicösem Syndrom und chronisch venöser Insuffizienz, Verödungsmittel,*

6. *Vitamin D zur Prävention der Rachitis des Kindes, Vitamin K zur Prophylaxe bei Neugeborenen, die Gabe von Vitaminen bei irreversiblem Malassimilationssyndrom jeglicher Ursache sowie bei parenteraler Ernährung und Sondenernährung und bei länger dauernder Infusionstherapie.*

10.4 Die Ermächtigung nach § 4 Absatz 1 Nr. 7 Satz 6 BVO findet derzeit keine Anwendung; Abschnitt F Nummer 19 der Arzneimittelrichtlinien gilt insoweit nicht. Die Anlagen 8, 9 und 12 der Arzneimittelrichtlinien sind zu berücksichtigen; die Anlagen 1 bis 6, 10, 11 und 13 der Arzneimittelrichtlinien finden dagegen derzeit keine Anwendung.

10.5 Die Versorgung mit Arzneimitteln, Verbandmittel und dergleichen setzt eine ärzt-/zahnärztliche oder Heilpraktiker -Verordnung voraus. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der erneuten Unterschrift des Arztes/Zahnarztes/Heilpraktikers. Werden auf ein Rezept Heilmittel, Verbandmittel und dergleichen mehrmals beschafft, sind die Kosten für Wiederholungen nur insoweit beihilfefähig, als sie vom Arzt/Zahnarzt/Heilpraktiker besonders vermerkt worden sind. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Kosten der einmaligen Wiederholung beihilfefähig.

10.6 Aufwendungen für eine Behandlung der Legasthenie oder Akalkulie sind grundsätzlich nicht beihilfefähig, da es sich bei der Legasthenie im Regelfall nicht um eine Krankheit handelt. Sofern der Behandlung im Ausnahmefall Krankheitswert zugrunde liegt, ist sie im Rahmen der Anlage 1 zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO beihilfefähig.

10.7 Die in § 4 Abs. 1 Nr. 9 Satz 3 BVO genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen für die eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie können die Aufwendungen für die Behandlung übergangsweise durch „Heilpraktiker/Heilpraktikerinnen (Sprachtherapie)“, denen auf der Grundlage des RdErl. d. Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit v. 11.9.1998 (n.V.) – III B 2 0417.7 – eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis erteilt wurde, als beihilfefähig anerkannt werden. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Behandler in ihrem Beruf erbringen. Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.

10.8 Aufwendungen für eine medizinische Trainingstherapie mit Sequenztrainingsgeräten (MedX-Therapie, medizinische Kräftigungstherapie – GMKT –, David-Wirbelsäulenkonzept sowie das Trainingskonzept des Forschungs- und Präventionszentrums – FPZ, Köln –) sind nur unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

1. *Es besteht eine Schmerzsymptomatik von durchgängig mindestens 6 Monaten bzw. rezidivierend seit 2 Jahren;*

2. *vor Behandlungsbeginn (Zeitraum von drei Monaten) sind mindestens 20 Behandlungen klassische Krankengymnastik, Bewegungsübungen und/oder gerätegestützte Krankengymnastik erfolgt;*
3. *der Amtsarzt hat vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit einer fortführenden bzw. ergänzenden Behandlung durch eine medizinische Trainingstherapie bestätigt. (Die Kosten der Begutachtung sind beihilfefähig).*

Als beihilfefähig können bis zu 18 Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass Therapieplanung und Ergebniskontrolle zwingend durch einen Arzt erfolgen. Die Durchführung jeder Therapiesitzung hat in den Behandlungsräumen unter ärztlicher Aufsicht zu erfolgen; dies ist durch den Arzt auf seiner Rechnung zu bestätigen. Die Durchführung therapeutischer, aber auch diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.

Folgende Analogbewertungen sind beihilfefähig:

1. *Eingangsuntersuchung zur medizinischen Trainingstherapie, einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nr. 842 GOÄ. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nr. 842 GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie berücksichtigungsfähig.*
2. *Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen analog Nr. 846 GOÄ, zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nr. 558 GOÄ, zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nr. 506 GOÄ.*

Die Nrn. 846 analog, 558 analog und 506 GOÄ sind pro Sitzung jeweils einmal berücksichtigungsfähig.

Fitness- und Krafttrainingsmethoden, die nicht den Anforderungen der ärztlich geleiteten medizinischen Trainingstherapie entsprechen (s.o.) können – auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten (z. B. MedX-Therapiemaschinen) mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden – nicht als beihilfefähig anerkannt werden.

10.9 Aufwendungen für eine Orthokin-Therapie einschließlich des verabreichten Serums sind nach § 4 Absatz 1 Nr. 1 Satz 2 BVO nicht beihilfefähig.

11. Zu § 4 Abs. 1 Nr. 10

11.1 Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung weicher Kontaktlinsen sind bei gleich bleibender Sehschärfe 2 Jahre, von Brillengläsern 4 Jahre nach der Erstbeschaffung bis zu einem Betrag von 100 € (je Kontaktlinse) bzw. 150 € (je Brillenglas) beihilfefähig.

11.2 Eine Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien liegt auch 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, nicht jedoch, wenn sowohl die Werte für das linke als auch für das rechte Auge um jeweils 0,25 Dioptrien zu- oder abgenommen haben. Bei Kurzsichtigkeit sind die Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung auch dann beihilfefähig, wenn sich mit der neuen Sehhilfe die Sehschärfe (Visus) um mindestens 20 Prozentpunkte verbessert.

11.3 Einschleifkosten von Brillengläsern sind bis zu einem Betrag von 11 € je Glas beihilfefähig. Mehraufwendungen für die Entspiegelung (ausgenommen sind höherbrechende G läser) und Härtung von Brillengläsern sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für höherbrechende Gläser sind ab 6 Dioptrie beihilfefähig. Mehraufwendungen für phototrope Gläser (z. B. Colormaticgläser, Umbramaticgläser) sind nur bei Albinismus, Pupillotonie und totaler Aniridie (Fehlen der Regenbogenhaut) beihilfefähig. Aufwendungen für Sportbrillen sind nur beihilfefähig, wenn sie von Schülern während des Schulsports getragen werden müssen. Aufwendungen für Bildschirmbrillen sind nicht beihilfefähig.

11.4 Bei orthopädischen Maßschuhen sind die Aufwendungen um den Betrag für eine normale Fußbekleidung zu kürzen. Als Kürzungsbetrag sind bei Erwachsenen 70 € (für Hausschuhe 30 €) und bei Kindern bis zu 16 Jahren 42 € (für Hausschuhe 18 €) anzusetzen.

11.5 Betragen die beihilfefähigen Aufwendungen für ein in § 4 Abs. 1 Nr. 10 BVO nicht aufgeführtes Hilfsmittel mehr als 1.000 € und hat der Beihilfeberechtigte die erforderliche vorherige Anerkennung nicht eingeholt, so sind die Aufwendungen bis 600 € beihilfefähig. § 13 Abs. 8 Satz 1 BVO bleibt unberührt.

11.6 Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln zählen Treppenlift und Auffahrrampe. Die Kosten sind im Rahmen des § 5 Abs. 4 Satz 3 BVO beihilfefähig.

11.7 Die Unterhaltskosten (Futter, Tierarzt, Versicherungen etc.) für einen Blindenführhund können ohne Nachweis bis zu 100 € im Monat als beihilfefähig anerkannt werden, sofern der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Kosten in dieser Höhe entstanden sind. Werden höhere Kosten geltend gemacht, ist die Vorlage von Belegen erforderlich.

11.8 Folgende Hilfsmittel können vom Dienstherrn im Zusammenwirken mit der Krankenversicherung der erkrankten Person unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden (§ 4 Abs. 1 Nr. 10 letzter Satz BVO):

Atemmonitore (Überwachungsmonitore für Säuglinge),

CPAP-Geräte (Geräte zur Schlafapnoebehandlung),

elektronische Lesehilfen,

Infusionspumpen,

Inhalationsapparate,

Krankenfahrstühle,

Sauerstoffgeräte.

Sofern ein in Satz 1 aufgeführtes Hilfsmittel verordnet wird, hat der Beihilfeberechtigte eine Bescheinigung darüber vorzulegen, ob dieses Hilfsmittel von seiner Krankenversicherung leihweise überlassen wird oder ob es von der erkrankten Person selbst beschafft werden muss.

Bei einer leihweisen Überlassung stellt die Krankenversicherung die ihr entstandenen Kosten der Beihilfenfestsetzungsstelle in Rechnung; eines besondere Beihilfeantrags bedarf es nicht. Die Aufwendungen sind mit dem nach § 12 BVO zustehenden Bemessungssatz der Krankenversicherung zu erstatten und unter dem Beihilfetitel zu buchen. Die medizinische Notwendigkeit und die Art (Neukauf, Miete [Monatsbetrag oder Pauschale] oder Wiedereinsatz) der Hilfsmittelversorgung wird von der Krankenversicherung geprüft; die von ihr getroffene Entscheidung ist für die Festsetzungsstelle bindend.

11.9 Aufwendungen für Batterien für Cochlea-Implantate sind auch bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, beihilfefähig. § 4 Absatz 1 Nr. 10 Satz 2 BVO gilt entsprechend.

11a. Zu § 4 Abs. 1 Nr. 11

11a.1 Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für Fahrten eines Elternteils zum Besuch eines im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung eines Amts- oder Vertrauensarztes der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist; § 4 Abs. 1 Nr. 11 Buchstabe c BVO gilt entsprechend.

11a.2 Als niedrigste Beförderungsklasse unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen gilt der Bundesbahntarif Sparpreis 25 mit einem Rabatt von 25 % auf den Normaltarif einschließlich der Kosten der Platzreservierung.

11b. Zu § 4 Abs. 1 Nr. 12

11b.Die seitens der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) im Rahmen von Organtransplantationen in Rechnung gestellten Organisations- und Flugkostenpauschalen sind beihilfefähig.

11c. Zu § 4 Abs. 2 Buchstabe b)

11.c Wird eine Implantatversorgung gewählt, obwohl die Indikationen nach § 4 Absatz 2 Buchstabe b BVO nicht vorliegen, oder umfasst bei Vorliegen der dort genannten Indika-

tionen die Versorgung mehr Implantate als nach dem amtsärztlichen Gutachten notwendig wären, sind die Aufwendungen grundsätzlich nicht beihilfefähig.

Es bestehen im Hinblick auf die Aufwendungen für eine grundsätzlich beihilfefähige herkömmliche Zahnersatzversorgung allerdings keine Bedenken, neben den Aufwendungen für die Suprakonstruktion für insgesamt 8 Implantate (je 2 für jede Kieferhälfte) je Implantat 450 € als beihilfefähige Aufwendungen anzuerkennen (bereits vorher durch Implantate ersetzte Zähne, für die eine Beihilfe gewährt wurde, sind auf die Gesamtzahl anzurechnen); bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion einheitlich 250 € je Implantat beihilfefähig. Mit den Pauschalbeträgen 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.

Steht am Wohnort des Beihilfeberechtigten kein Amtszahnarzt zur Verfügung (z. B. Wohnsitz im Ausland), ist das Gesundheitsamt am (letzten) Dienstort zuständig.

Liegen die Indikationen des § 4 Absatz 2 Buchstabe b BVO nicht vor, kann die Festsetzungsstelle auf die Einholung des amtszahnärztlichen Gutachtens verzichten. Wünscht der Beihilfeberechtigte in diesen Fällen eine amtszahnärztliche Begutachtung und Beratung – auch im Hinblick auf alternative Zahnersatzbehandlungen – kann dies durch die Beihilfestelle mit dem Hinweis, dass die Begutachtungskosten nicht beihilfefähig sind, vermittelt werden.

Wird ein notwendiges Gutachten eingeholt, sind dessen Kosten beihilfefähig.

§ 4a
Psychotherapeutische Leistungen

(1) [1]Zu den psychotherapeutischen Leistungen gehören Aufwendungen für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 4b), tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 4c) sowie Verhaltenstherapien (§ 4d). Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien sowie Verhaltenstherapien sind nur beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen (depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie),
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen),
4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen,
5. Essstörungen,

6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen,
9. Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

[2]Psychotherapie kann auch neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

1. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
2. seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
3. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,
4. psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

[3]Die Leistungen müssen von einem Arzt oder einem Therapeuten nach Anlage 1 Nummer 2 bis 4 erbracht werden. [4]Eine Sitzung der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie oder Verhaltenstherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(2) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von seelischen Krankheiten nach Absatz 1 dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biografischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie bis zu acht probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens der in den Verwaltungsvorschriften benannten Gutachter zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

(3) [1]Für die psychosomatische Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 1 Nummer 2 und 3 nicht erfüllt sein. [2]Aufwendungen für Maßnahmen nach

Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.

(4) Aufwendungen für ein katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzeptes beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für eine Rational Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes beihilfefähig.

(6) [1]Vor Behandlungen durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor Einleitung des Begutachtungsverfahrens eine somatische Abklärung erfolgen. [2]Diese Abklärung muss ein Arzt vornehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich bestätigen.

(7) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(8) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 4b bis 4d,
2. die in Anlage 1 Nummer 1 aufgeführten Behandlungsverfahren.

§ 4b
Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung umfasst

1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 oder
2. übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

(2) [1]Aufwendungen sind je Krankheitsfall beihilfefähig für

1. verbale Intervention als Einzelbehandlung für bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,
2. autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich, sowie
3. Hypnose als Einzelbehandlung für bis zu zwölf Sitzungen.

[2]Leistungen nach Nummer 1 dürfen in derselben Sitzung nicht mit denen nach den Nummern 2 und 3 kombiniert werden.

[3]Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.

§ 4c
Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 GOÄ sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	50 Sitzungen	40 Sitzungen
besondere Fälle:	weitere 30 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht:	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen

2. analytische Psychotherapie

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten:	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen:	nochmals weitere 80 Sitzungen	nochmals weitere 40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht:	weitere begrenzte Behandlungsdauer von max. bis zu 60 Sitzungen	weitere begrenzte Behandlungsdauer von max. bis zu 30 Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten:	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen:	nochmals weitere 30 Sitzungen	nochmals weitere 15 Sitzungen

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	90 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten:	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen:	nochmals weitere 40 Sitzungen	nochmals weitere 30 Sitzungen

In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten nach § 4a belegte notwendige weitere Behandlung auch für eine über die in Nummer 3 und 4 zugelassene höchste Zahl von Sitzungen hinaus im Einvernehmen mit dem Finanzministerium anerkannt werden.

(2) Der Beihilfefähigkeit steht nicht entgegen, wenn bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen einbezogen werden.

(3) [1]Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. [2]Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines dazu besonders begründeten Erstantrages durchgeführt werden.

§ 4d
Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 GOÄ sind nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bei Erwachsenen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht:	weitere 15 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen
nur in besonders begründeten Ausnahmefällen:	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

2. bei Kindern und Jugendlichen einschließlich notwendiger begleitender Behandlung von Bezugspersonen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht:	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
nur in besonders begründeten Ausnahmefällen:	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

(2) [1]Von dem Anerkennungsverfahren nach § 4a Absatz 2 Nummer 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten nach Anlage 1 Nummer 2 bis 4 vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als 10 Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. [2]Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. [3]Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. [4]Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 4a Absatz 2 Nummer 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen.

§ 5
Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf

(1) [1]Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die häusliche Pflege nach Maßgabe des § 5a, für teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 5b und für vollstationäre Pflege nach Maßgabe des § 5c beihilfefähig. [2]Bei Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach § 5d.

(2) [1]Dauernde Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Personen wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. [2]Erforderlich ist, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mindestens zwei dieser Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. [3]Voraussetzung für eine Beihilfengewährung ist, dass die zu pflegende Person einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI zuzuordnen ist.

(3) [1]Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf (§ 45a SGB XI) liegt vor, wenn bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15 SGB XI) zusätzlich ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. [2]Dies gilt entsprechend für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen (§ 87b SGB XI).

(4) [1]Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI) sind im Rahmen des § 4 Absatz 1 Nummer 10 beihilfefähig. [2]Bei stationärer Pflege gehören hierzu nur Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt oder individuell angepasst oder die überwiegend nur dem Pflegebedürftigen allein überlassen werden, sofern sie nicht üblicherweise von der Einrichtung vorzuhalten sind.

[3]Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen (§ 40 Absatz 4 SGB XI) sind bis zu 2.557 Euro je Maßnahme beihilfefähig, soweit die Pflegeversicherung hierzu Leistungen erbringt.

(5) [1]Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit, der Art und dem notwendigen Umfang der Pflege, der Pflegestufe sowie dem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf Stellung nimmt. [2]Bei Versicherten in der Pflegeversicherung sind deren Feststellungen zugrunde zu legen; dies gilt auch für Befristungen nach § 33 Absatz 1 Sätze 4 bis 8 SGB XI. [3]Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe gezahlt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(6) [1]Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 SGB XI sind beihilfefähig, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die Pflegeversicherung besteht. [2]§ 37 Absatz 4 Satz 1 SGB XI bleibt unberührt. [3]Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 und 6 SGB XI.

(7) Aufwendungen für eine Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) sind für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig, wenn Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden oder Leistungen der Pflegeversicherung beantragt worden sind und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

VVzBVO

12. Zu § 5

12.1 Zu Absatz 1

Derzeit nicht besetzt.

12.2 Zu Absatz 2

12.2.1 Krankheiten oder Behinderungen sind

- *Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,*
- *Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,*
- *Störungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.*

12.2.2 Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Zu den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zählen:

- *im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren sowie die Darm- oder Blasenentleerung,*
- *im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,*
- *im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und der Kleidung oder das Beheizen der Wohnung.*

Ein alleiniger Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung reicht nicht aus.

12.2.3 Aufwendungen für eine berufliche oder soziale Eingliederung oder zur Förderung der Kommunikation sind nicht beihilfefähig.

12.2.4 Aufwendungen für medizinische Behandlungen sind nach § 4 BVO beihilfefähig.

12.2.5 Bei einem pflegebedürftigen Kind ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden Kind gleichen Alters maßgebend.

12.2.6 Bei der Zuordnung zu den Pflegestufen sind die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale zur Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeitsrichtlinien – PflRi) vom 7. November 1994 in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

12.3 Zu Absatz 3

Derzeit nicht besetzt.

12.4 Zu Absatz 4

12.4.1 Die Pflegekassen überlassen technische Pflegehilfsmittel vorrangig leihweise. In Rechnung gestellte Leih- bzw. Leasinggebühren (auch Pauschalbeträge) sowie Aufwendungen für notwendige Änderungen (Anpassungen), Instandsetzungen und Ersatzbeschaffungen sowie für die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel sind beihilfefähig. Bei selbst beschafften Pflegehilfsmitteln ist zu beachten, dass diese Hilfsmittel in dem vom Spitzenverband Bund der Kranken-/Pflegekassen erstellten Pflegehilfsmittelverzeichnis aufge-

führt sind. Mehrkosten für eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Ausstattung des Pflegehilfsmittels sowie dadurch bedingte Folgekosten sind nicht beihilfefähig. Hinsichtlich der Betriebskosten dieser Hilfsmittel gilt § 4 Absatz 1 Nr. 10 Satz 2 2. Halbsatz BVO entsprechend.

12.4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind beihilfefähig.

12.4.3 Eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen liegt auch vor, wenn den Besonderheiten des Einzelfalles durch einen Umzug in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung (z. B. Umzug aus dem Obergeschoss in eine Parterrewohnung) Rechnung getragen werden kann. In diesem Fall können die Umzugskosten bis zum Betrag von 2.557 € als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die Pflegekasse/Pflegeversicherung einen Zuschuss geleistet hat.

12.4.4 Der Betrag von 2.557 € steht je Maßnahme zur Verfügung. Dabei sind alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung (und damit auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs) zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als eine Verbesserungsmaßnahme zu werten. Dies gilt auch dann, wenn die Verbesserungsmaßnahmen in Einzelschritten verwirklicht werden. Ändert sich die Pflegesituation und werden weitere Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich, kann der Betrag von 2.557 € erneut geltend gemacht werden.

12.4.5 Der seitens der jeweiligen Pflegekasse/Pflegeversicherung vom Pflegebedürftigen einbehaltene Eigenanteil ist beihilfenrechtlich unbeachtlich.

12.5 Zu Absatz 5

12.5.1 Die von der Pflegekasse oder der Pflegeversicherung festgestellte Pflegestufe ist durch geeignete Unterlagen (z. B. Leistungsmitteilung, Mitteilung nach § 44 Absatz 4 SGB XI bei Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen) nachzuweisen. Bei nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit Versicherten bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens.

12.5.2 Wird ein Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder einer höheren Pflegestufe zunächst bei einer Pflegekasse oder einer privaten Pflegeversicherung gestellt, ist für den Beginn der Beihilfengewährung dieser Antrag maßgebend.

12.5.3 Die Zuordnung zu einer Pflegestufe sowie die Bewilligung von Leistungen können durch die zuständige Pflegekasse oder private Pflegeversicherung befristet werden. Die Befristung erfolgt, wenn eine Verringerung des Hilfebedarfs zu erwarten ist. Die Befristung kann wiederholt werden und darf insgesamt die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Die Entscheidung der Pflegekasse/Pflegeversicherung ist für die Beihilfestelle bindend. Die entsprechenden Bescheinigungen sind durch den Beihilfeberechtigten beizubringen.

Um eine nahtlose Beihilfengewährung sicherzustellen, soll die Beihilfestelle den Beihilfeberechtigten darauf hinweisen, dass er rechtzeitig vor Ablauf der Befristung die Beihil-

festelle über die weitere Entscheidung der Pflegekasse/Pflegeversicherung hinsichtlich einer Befristungsverlängerung (ggf. mit geänderte Pflegestufe) unterrichtet.

12.5.4 Erhebt der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflege stufe sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zur rechtskräftigen Feststellung der Pflegestufe auszusetzen; sodann ist über den Widerspruch zu entscheiden und dieser ggf. als unbegründet zurückzuweisen.

12.6 Zu Absatz 6

Aufwendungen für Beratungsbesuche sind grundsätzlich nur im Zusammenhang mit häuslicher Pflege nach § 5a Absatz 2 BVO beihilfefähig. Beihilfefähig sind je Beratungseinsatz bei Pflegestufe I und II halbjährlich jeweils bis zu 21 € und bei Pflegestufe III vierteljährlich jeweils bis zu 31 €.

Bei Pflegebedürftigen, bei denen zusätzlich die Voraussetzungen des § 5 Absatz 3 BVO vorliegen, sind die Aufwendungen für Beratungsbesuche innerhalb der in Satz 2 genannten Zeiträume zweimal beihilfefähig.

Pflegebedürftige, bei denen die Voraussetzungen des § 5 Absatz 3 BVO vorliegen, ohne dass sie mindestens die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal Aufwendungen bis zu 21 € pro Beratungseinsatz geltend machen.

§ 5a
Häusliche Pflege

(1) [1]Aufwendungen für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB XI) sind je nach Pflegestufe des § 15 SGB XI beihilfefähig bis zu monatlich

1. in Stufe I
   a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
2. in Stufe II
   a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,
3. in Stufe III
   a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

[2]Entstehen auf Grund besonderen Pflegebedarfs in der Pflegestufe III (§ 36 Absatz 4 Satz 1 SGB XI) höhere Aufwendungen, sind diese ab 1. Juli 2008 bis zu weiteren 1.918 Euro monatlich beihilfefähig.

(2) [1]Bei einer häuslichen Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 SGB XI monatlich höchstens folgende Pauschalen beihilfefähig:

1. in Stufe I
   a) 215 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 225 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 235 Euro ab 1. Januar 2012,
2. in Stufe II
   a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 430 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 440 Euro ab 1. Januar 2012,
3. in Stufe III
   a) 675 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 685 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 700 Euro ab 1. Januar 2012.

[2]Wird die Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, ist die Pauschale nach Satz 1 – mit Ausnahme für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Absatz 1 Nummer 2), einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (§ 6) oder des Monats, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist – entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. [3]Daneben sind die Kosten für die Schulung der Pflegeperson (§ 45 SGB XI) beihilfefähig. [4]Aufwendungen für Beratungen nach § 5 Absatz 6 sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig. [5]Darüber hinaus sind Aufwendungen für Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 170 Absatz 1 Nummer 6 SGB VI) sowie die in § 44a SGB XI genannten zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit beihilfefähig.

(3) [1]Ist die Pflegeperson nach Absatz 2 wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert, so sind die Aufwendungen für die Ersatzpflege (§ 39 Satz 3 SGB XI) im Kalenderjahr bis zu weiteren

a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,

b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,

c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012

beihilfefähig.

[2]Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind neben der Pauschale nach Absatz 2 Satz 1 auf Nachweis die notwendigen Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind (begrenzt auf den Betrag nach Satz 1), beihilfefähig; wird die Ersatzpflege durch diese Person erwerbsmäßig ausgeübt, gilt Satz 1 entsprechend.

(4) [1]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. [2]Die Pflegepauschale nach Absatz 2 wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die pflegebedürftige Person beihilfefähige Aufwendungen nach Absatz 1 geltend macht. [3]Die hinsichtlich des Verhältnisses der Inanspruchnahme von häuslicher Pflege nach Absatz 1 und 2 gegenüber der Pflegeversicherung getroffene Entscheidung ist für die Beihilfegewährung bindend.

VVzBVO

12 a Zu § 5a

12 a.1 Zu Absatz 1

12 a.1.1 Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die mittelbar oder unmittelbar in einem Vertragsverhältnis zu einer Pflegeversicherung stehen. In Frage kommen Pflegekräfte,

- *die bei der Pflegeversicherung angestellt sind (§ 77 Absatz 2 SGB XI),*
- *die bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung nach den §§ 71 Absatz 1, 72 SGB XI angestellt sind,*
- *mit denen die Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Absatz 1 SGB XI abgeschlossen hat.*

12 a.1.2 Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Nummer 12.2 und § 14 Absatz 4 SGB XI). Aufwendungen für darüber hinausgehende Leistungen sind nicht beihilfefähig. Die Aufwendungen für die häusliche Pflege können nur in Höhe der Beträge als angemessen (§ 3 Absatz 2 BVO) angesehen werden, die auf Grund des § 89 SGB XI zwischen den Trägern der Pflegedienste und den Leistungsträgern vereinbart wurden; dabei ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig. In Zweifelsfällen ist daher von dem Pflege dienst eine entsprechende Vergütungsvereinbarung einzuholen und zu den Akten des Beihilfeberechtigten zu nehmen. Soweit bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III ein besonderer Pflegebedarf besteht, sind die Aufwendungen zusätzlich bis zu 1.918 € monatlich beihilfefähig. Es bedarf keiner förmlichen Anerkennung des Pflegebedürftigen als Härtefall nach § 36 Absatz 4 Satz 1 SGB XI durch die zuständige Pflegekasse/ Pflegeversicherung.

12 a.1.3 Wird die Pflege nicht für einen vollen Monat erbracht, wird der beihilfefähige Pauschalbetrag nach § 5a Absatz 1 BVO nicht anteilig gekürzt. Auf die Notwendigkeit und Angemessenheit der geltend gemachten Kosten ist in diesem Fall verstärkt zu achten.

12 a.1.4 Neben den Pflegekosten sind die Aufwendungen für medizinische Behandlungen beihilfefähig. Hier zu zählen insbesondere Injektionen, Anlegen und Wechseln von Verbänden, Kathetern etc., Darmspülungen, Dekubitusversorgung (nicht Dekubitusprophylaxe), Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Verabreichung von Sondennahrung.

12 a.1.5 Entstehen in Pflegefällen ohne formale Anerkennung als Härtefall nach § 36 Absatz 4 SGB XI auf Grund besonderen Pflegebedarfs in der Pflege stufe III höhere Aufwendungen, sind die Aufwendungen für häusliche Pflege bis zu einem monatlichen Gesamtbetrag von 3.388 € (1.470 € plus 1.918 €) beihilfefähig; dieser Betrag gilt auch, wenn neben der häuslichen Pflege zusätzlich teilstationäre Pflege in Anspruch genommen wird (Kombinationen nach § 5b Absatz 3 oder 5 BVO).

In diesen Fällen ist zunächst der Berechnung der Pflegeversicherung zu folgen. Die den Höchstbetrag für häusliche Pflege nach § 5a Absatz 1 Satz 1 BVO überschreitenden Aufwendungen können zusätzlich als beihilfefähig anerkannt werden, soweit unter Einbeziehung der beihilfefähigen Aufwendungen nach den §§ 5a Absatz 1 und 5 b Absatz 2 BVO der Gesamtbetrag von 3.388 € nicht überschritten wird (s. unten die Beispiele zu § 5b Absatz 3 oder 5 BVO).

12 a.2 Zu Absatz 2

12 a.2.1 Die Pflege für den Pflegebedürftigen muss in einer häuslichen Umgebung erbracht werden. Dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein anderer Haushalt sein, in der der Pflegebedürftige aufgenommen wurde. Unbeachtlich ist, ob die Pflege durch Angehörige, Lebenspartner, sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen, erwerbsmäßige Pflegekräfte oder eine vom Pflegebedürftigen angestellte Pflegeperson erbracht wird. Die Prüfung, ob die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind, obliegt der zuständigen Pflegekasse/Pflegeversicherung.

12 a.2.2 Die häusliche Pflege wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Pflegebedürftige in einem Altenwohnheim oder einer Altenwohnung lebt. Eine Beihilfengewährung nach § 5a Absatz 2 BVO ist grundsätzlich aber ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der sich der Pflegebedürftige aufhält, um ein Pflegeheim nach § 71 Absatz 2 i. V. m. § 72 SGB XI handelt. Hält sich der Pflegebedürftige in einer nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung (nicht Einrichtungen i. S. des § 71 Absatz 4 SGB XI) auf, besteht auf Grund der insoweit selbst sichergestellten Pflege ein Beihilfenanspruch nach § 5a Absatz 2 BVO.

12 a.2.3 Ist ein pflegebedürftiger Schüler wochentags in einer Einrichtung (nicht Einrichtungen i. S. des § 71 Absatz 4 SGB XI, sondern z. B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Werkstatt und Wohnheim für Menschen mit Behinderungen, Kindergarten) in-

ternatsmäßig untergebracht, besteht für diese Zeit ein Anspruch auf Beihilfe nach § 5a Absatz 2 BVO. Es wird unterstellt, dass der Schwerpunkt der häuslichen Pflege erhalten bleibt.

Demgegenüber ist von einer dauerhaften Internatsunterbringung auszugehen, wenn der Pflegebedürftige nicht regelmäßig jedes Wochenende in den Haushalt der Familie zurückkehrt, da in diesen Fällen der Lebensmittelpunkt innerhalb des z. B. Internats anzunehmen ist. Dennoch kann eine anteilige Beihilfe nach § 5a Absatz 2 BVO für die Zeiträume gewährt werden, in denen der Pflegebedürftige im häuslichen Bereich gepflegt wird. Auf Nummer 12 c.5 wird hingewiesen.

12 a.2.4 Bei Durchführung einer vollstationären Krankenhausbehandlung/stationären Rehabilitationsmaßnahme erfolgt für die ersten vier Wochen keine Kürzung der Pauschale. Die Vier-Wochen-Frist beginnt mit dem Aufnahmetag. Bei einer Kürzung setzt die Gewährung der Pauschale mit dem Entlassungstag wieder ein.

12 a.3 Zu Absatz 3

12 a.3.1 Verhinderungspflege kann nur zum Tragen kommen, wenn die häusliche Pflege durch Angehörige, Lebenspartner, Nachbarn, Bekannte oder sonstige Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, durchgeführt wird. Pflegekräfte einer zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI und Pflegekräfte, mit denen die Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 SGB XI geschlossen hat, sind keine an der Pflege gehinderte Pflegepersonen i. S. des § 5a Absatz 3 BVO.

12 a.3.2 Die Ersatzpflege kann durch eine nicht erwerbsmäßig pflegende Person (z. B. Angehörige, Lebenspartner, Nachbarn, Bekannte) oder durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI (z. B. ambulante Dienste) sowie andere nicht zugelassene Dienste, die im Rahmen einer Erwerbstätigkeit die Ersatzpflege durchführen, erbracht werden.

12 a.3.3 Wird die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt durchgeführt, ist grundsätzlich nur der bisherige Pauschalbetrag nach § 5a Absatz 2 Satz 1 BVO beihilfefähig. Soweit dieser Ersatzpflegeperson durch die übernommene Pflege nachweislich Kosten entstehen (z. B. Fahrtkosten, Verdienstausfall etc.) sind diese Kosten zusätzlich bis zu einem Jahresbetrag von 1.470 € beihilfefähig.

12 a.3.4 Die Ersatzpflege muss nicht im Haushalt des Pflege bedürftigen durchgeführt werden. Sie kann daher insbesondere in einem Wohnheim für Menschen mit Behinderungen, einem Internat, einer Krankenwohnung, einem Kindergarten, einer Schule, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung (unabhängig von einer Zulassung nach § 72 SGB XI) durchgeführt werden. Beihilfefähig bis zum Höchstbetrag sind ausschließlich die pflege bedingten Kosten. Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten, medizinische Behandlungspflege und

soziale Betreuung sind hierbei nicht zu berücksichtigen. Soweit die Einrichtung lediglich eine Gesamtsumme oder einen Tagessatz – ohne weitere Spezifizierung – in Rechnung stellt, ist für die hier nicht beihilfefähigen Aufwendungen aus Vereinfachungsgründen ein pauschaler Abzug vom Rechnungsbetrag in Höhe von 20 v. H. vorzunehmen. Auf Nummer 12 c.5.5 wird hingewiesen.

12 a.3.5 Der Anspruch auf Ersatzpflege entsteht mit jedem Kalenderjahr neu. Wird der Betrag von 1.470 € in einem Jahr nicht ausgeschöpft, erfolgt keine Übertragung des Restbetrages in das nächste Jahr.

12 a.4 Zu Absatz 4

12 a.4.1 Wird ein Pflegebedürftiger innerhalb eines Monats sowohl durch eine geeignete Pflegekraft wie auch durch eine selbst beschaffte Pflegehilfe gepflegt, ist hinsichtlich der Aufwendungen für die Pflegekraft die anteilige Berechnung zunächst nach dem zustehenden Höchstbetrag nach § 5a Absatz 1 Satz 1 BVO (Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag und dem Rechnungsbetrag) vorzunehmen. Entsprechend diesem Verhältnis ist die anteilige Pauschale nach § 5a Absatz 2 Satz 1 BVO (Pflegegeld) beihilfefähig.

Beispiel:

Einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II entstehen für eine geeignete Pflegekraft im August 2008 Aufwendungen in Höhe von 400 €. Daneben wird er durch seine Ehefrau gepflegt.

Die Pflegeversicherung erbringt eine Kombinationsleistung, bei der die zustehende Pflegesachleistung (entspricht § 5a Absatz 1 Satz 1 BVO) in Höhe von 40,82 v. H. und das zustehende Pflegegeld (entspricht § 5a Absatz 2 Satz 1 BVO) in Höhe von 59,18 v. H. gewährt werden.

Die Aufwendungen für die Pflegekraft sind in Höhe von 400 € (40,82 v. H. des Höchstbetrages von 980 € – § 5a Absatz 1 Satz 1 BVO) beihilfefähig. Die Pauschale nach § 5a Absatz 2 BVO ist daneben in Höhe von 248,56 € (59,18 v. H. von 420 € – Pauschale Pflegestufe II) beihilfefähig.

§ 5b
Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

(1) [1]Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind beihilfefähig, wenn häusliche Pflege (§ 5a) nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. [2]Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

(2) [1]Beihilfefähig sind im Rahmen der Höchstbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und

die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. [2]Je nach Pflegestufe sind beihilfefähig bis zu monatlich

1. in Stufe I
   a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
2. in Stufe II
   a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,
3. in Stufe III
   a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
   b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
   c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

(3) [1]Wird teilstationäre Pflege in Zusammenhang mit häuslicher Pflege nach § 5a Absatz 1 in Anspruch genommen, sind die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat bis zu 150 vom Hundert der in § 5a Absatz 1 für die jeweilige Pflegestufe genannten Beträge beihilfefähig. [2]Dabei mindert sich der Betrag nach § 5a Absatz 1 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(4) [1]Wird teilstationäre Pflege in Zusammenhang mit häuslicher Pflege nach § 5a Absatz 2 in Anspruch genommen, wird die beihilfefähige Pauschale nach § 5a Absatz 2 nicht gemindert, soweit die Aufwendungen nach Absatz 2 je Kalendermonat 50 vom Hundert des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nach § 5a Absatz 1 nicht übersteigen. [2]Ansonsten mindert sich die beihilfefähige Pauschale nach § 5a Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem teilstationäre Pflege nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(5) [1]Wird neben einer teilstationären Pflege nach Absatz 2 eine Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) aus häuslicher Pflege nach § 5a Absatz 1 und 2 notwendig, ist die Beihilfe nach Absatz 2 ungekürzt zu gewähren, soweit sie je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 5a Absatz 1 vorgesehenen beihilfefähigen Höchstbetrages nicht übersteigt. [2]Ansonsten findet § 5a Absatz 4 Satz 2 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den die Pflegepauschale nach § 5a Absatz 2 zu kürzen ist, von einem Gesamtbeihilfeanspruch in Höhe von 150 vom Hundert auszugehen ist und die beihilfefähige Restpauschale auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

(6) [1]Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch eine teilstationäre Pflege nicht aus, sind die Aufwendungen für eine Pflege in einer vollstationären Einrichtung beihilfefähig (Kurzzeitpflege – § 42 SGB XI –). [2]Dies gilt

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder § 6 oder
2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(7) [1]Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. [2]Die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind beihilfefähig bis zu

a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,

b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,

c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

(8) [1]Bei pflegebedürftigen Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind die Aufwendungen für Kurzzeitpflege nach Absatz 6 und 7 auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen für Kurzzeitpflege zugelassenen Einrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. [2]§ 5c Absatz 5 Satz 1 gilt insoweit nicht.

VVzBVO

12 b Zu § 5b

12 b.1 Zu Absatz 1

12 b.1.1 Kann die häusliche Pflege eines Pflegebedürftigen nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden, besteht ein zeitlich nicht begrenzter Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege.

12 b.1.2 Beförderungskosten sind regelmäßig Bestandteil der teilstationären Pflegesätze und nur im Rahmen der Höchstbeträge nach § 5b Absatz 2 BVO beihilfefähig.

12 b.2 Zu Absatz 2

Sofern die Tages- und Nachtpflegeeinrichtung eine sog. „Abwesenheitsvergütung“ auf Grund der bestehenden vertraglichen Regelungen berechnet, ist diese bis zu den in § 5b Absatz 2 BVO genannten Höchstbeträgen beihilfefähig.

12 b.3 Zu Absatz 3

Werden die Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege ausschließlich mit Aufwendungen nach § 5a Absatz 1 BVO geltend gemacht, sind die Aufwendungen insgesamt je Kalen-

dermonat bis zum 1,5-fachen Satz des für die jeweilige Pflegestufe benannten Höchstbetrages beihilfefähig. Wird Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. des jeweiligen Höchstbetrages nach § 5a Absatz 1 BVO in Anspruch genommen, ist der Höchstbetrag um den über 50 liegenden Vomhundertsatz zu mindern. Eine Aufstockung der Höchstbeträge nach § 5 Absatz 1 BVO auf über 100 v. H. erfolgt hingegen bei der Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege in einem Umfang von weniger als 50 v. H. nicht.

Beispiel 1:

Einer pflegebedürftigen Person der Pflegestufe III sind im August 2008 pflegebedingte Aufwendungen nach § 5a Absatz 1 BVO in Höhe von 1.470 € (Höchstbetrag) entstanden. Daneben wird eine Beihilfe für Aufwendungen der Tages- und Nachtpflege in Höhe von 735 € beantragt. Die Aufwendungen für die Tages- und Nachtpflege in Höhe von 735 € betragen bis zu 50 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Absatz 1 BVO und sind daher neben dem Betrag in Höhe von 1.470 € im vollen Umfang beihilfefähig.

Beispiel 2:

Einer pflegebedürftigen Person der Pflegestufe III sind im August 2008 neben den pflegebedingten Aufwendungen nach § 5a Absatz 1 BVO in Höhe von 1.470 € Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege in Höhe von 1.176 € entstanden. Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier 80 v. H. des Höchstbetrages von 1.470 €) geltend gemacht werden, ist der Höchstbetrag nach § 5a Absatz 1 BVO (1.470 €) um den über 50 liegenden Vomhundertsatz (80 ./. 50 = 30) zu mindern. Beihilfefähig sind somit bis zu 1.029 € (70 v. H. von 1.470 €) und 1.176 € (Tages- und Nachtpflege).

Beispiel 3:

Einer pflegebedürftigen Person der Pflegestufe III sind auf Grund besonderen Pflegebedarfs im August 2008 pflegebedingte Aufwendungen für einen Pflegedienst in Höhe von 1.800 € entstanden. Daneben wird eine Beihilfe für Tages- und Nachtpflege in Höhe von 1.176 € geltend gemacht.

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier 80 v. H. des Höchstbetrages von 1.470 € geltend gemacht werden, ist der Höchstbetrag nach § 5a Absatz 1 Satz 1 BVO (1.470 €) um den über 50 liegenden Vomhundertsatz (80 ./. 50 = 30) zu mindern.

Beihilfefähig sind somit zunächst 1.029 € (70 v. H. von 1.470 €) und 1.176 € (Tages- und Nachtpflege). Dies entspricht auch der Berechnung der Pflegeversicherung.

Auf Grund besonderen Pflegebedarfs sind zusätzliche Aufwendungen für häusliche Pflege nach § 5a Absatz 1 BVO in Höhe von 330 € (1.800 € ./. 1.470 €) entstanden.

Der Betrag von 330 € ist neben den Beträgen von 1.029 € und 1.176 € beihilfefähig, da der bei hilfefähige Gesamtbetrag von 2.535 € den Höchstbetrag von 3.388 € nicht überschreitet.

12 b.4 Zu Absatz 4

Werden die monatlichen Aufwendungen für Tagesund Nachtpflege ausschließlich mit Aufwendungen nach § 5a Absatz 2 BVO geltend gemacht, ist die Pauschale nach § 5a Absatz 2 BVO in voller Höhe beihilfefähig, soweit die Aufwendungen für die Tages- und Nachtpflege nicht mehr als 50 v. H. des jeweiligen Höchstbetrages nach § 5a Absatz 1 BVO betragen. Betragen die Aufwendungen für die Tages- und Nachtpflege mehr als 50 v. H. ist die Pauschale nach § 5a Absatz 2 um den über 50 liegenden Vomhundertsatz zu mindern. Eine Aufstockung der Pauschale auf über 100 v. H. ist hingegen bei der Inanspruchnahme der Leistungen der Tages- und Nachtpflege im Umfang von weniger als 50 v. H. der Höchstbeträge nach § 5a Absatz 1 BVO nicht möglich.

Beispiel 1:

Die Aufwendungen eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe III für Tages- und Nachtpflege betragen im Monat August 2008 735 €. Daneben wird die Pauschale nach § 5a Absatz 2 BVO in Höhe von 675 € geltend gemacht.

Die Pauschale nach § 5a Absatz 2 BVO wird nicht gekürzt, da Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege in einem Umfang von bis zu 50 v. H. (735 € entsprechen 50 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Absatz 1 BVO in Höhe von 1.470 €) geltend gemacht werden.

Beispiel 2:

Die Aufwendungen eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe III für Tages- und Nachtpflege betragen im August 2008 1.176 €. Daneben wird die Pauschale nach § 5a Absatz 2 BVO geltend gemacht. Da Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier: 80 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Absatz 1 BVO) geltend gemacht werden, ist die Pauschale nach § 5a Absatz 2 BVO um den über 50 liegenden Vomhundertsatz (80 ./. 50 = 30) zu mindern. Beihilfefähig ist daher ein Pauschalbetrag in Höhe von 472,50 € (70 v. H. von 675 €).

12 b.5 Zu Absatz 5

Sofern in einem Monat Aufwendungen für Tages und Nachtpflege neben Aufwendungen für eine häusliche Pflege nach § 5a Absatz 1 und Absatz 2 BVO geltend gemacht werden, erfolgt keine Kürzung der Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege soweit sie 50 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Absatz 1 BVO nicht übersteigen. Betragen die geltend gemachten Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege mehr als 50 v. H. des jeweiligen Höchstbetrages nach § 5a Absatz 1 BVO, ist bei der Berechnung des anteiligen Pflegegeldes nach § 5a Absatz 2 BVO von einem Gesamtbeihilfeanspruch in Höhe von 150 v. H. des Betrages nach § 5a Absatz 1 BVO auszugehen. Darüber hinaus ist die anteilige Pauschale auf den Betrag begrenzt, der sich ohne Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege ergeben würde.

Beispiel 1:

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II macht für August 2008 Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege in Höhe von 294 € geltend. Daneben sind Aufwendungen nach § 5a Absatz 1 BVO in Höhe von 588 € entstanden. Zusätzlich wird der Pflegebedürftige durch seine Ehefrau gepflegt.

Die Tages- und Nachtpflege übersteigt mit 30 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Absatz 1 BVO nicht die maßgebliche Grenze von 50 v. H. des genannten Höchstbetrages. Von daher ergeben sich für die Berechnung der Kombinationsleistung für Aufwendungen nach § 5a Absatz 1 und Absatz 2 BVO keine Auswirkungen. Da die geltend gemachten Aufwendungen nach § 5a Absatz 1 BVO sich auf 60 v. H. des Höchstbetrages von 980 € belaufen, beträgt die anteilige Pflegepauschale somit 168 € (40 v. H. der Höchstpauschale nach § 5a Absatz 2 BVO).

Der Gesamtbeihilfeanspruch nach § 5a Absatz 1 und 2 BVO bleibt damit insgesamt auf den Betrag begrenzt, der sich ohne Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege ergeben würde.

Beispiel 2:

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III macht für August 2008 Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege in Höhe von 882 € geltend. Daneben sind Aufwendungen nach § 5a Absatz 1 BVO in Höhe von 735 € entstanden. Zusätzlich wird der Pflegebedürftige durch seine Tochter gepflegt.

Die Aufwendungen für die Tages- und Nachtpflege übersteigen mit 60 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Absatz 1 BVO den Wert von 50 v. H. des genannten Höchstbetrages. Dies reduziert den Anspruch im Rahmen der Kombinationsleistung. Für die Tages- und Nachtpflege und für Leistungen nach § 5a Absatz 1 BVO wurden insgesamt 110 v. H. des beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 5a Absatz 1 BVO geltend gemacht. Im Hinblick auf den Gesamtbeihilfeanspruch in Höhe von 150 v. H. kann als Pflegepauschale ein Betrag von 270 € (40 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Absatz 2 BVO in Höhe von 675 €) anerkannt werden.

Beispiel 3:

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III macht für August 2008 Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege in Höhe von 1.150,80 € geltend. Der Pflegebedürftige ist seitens seiner Pflegeversicherung als Härtefall nach § 36 Absatz 4 SGB XI anerkannt. Daneben sind Aufwendungen nach § 5a Absatz 1 BVO in Höhe von 959 € entstanden. Zusätzlich wird der Pflegebedürftige durch eine Nachbarin gepflegt.

Die Aufwendungen für die Tages- und Nachtpflege übersteigen den Wert von 50 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Absatz 1 BVO (60 v. H. von 1.918 €). Dies schmälert den Anspruch im Rahmen der Kombinationsleistung. Die Aufwendungen für die Tages- und Nachtpflege sowie einen Pflegedienst (1.150 € + 959 € = 2.109 €) betragen insgesamt 73,33 v. H. des Gesamtbeihilfeanspruchs von 2.877 € (150 v. H. von 1.918 €), sodass nur

eine anteilige Pflegepauschale in Höhe von 180 € (26,67 v. H. von 675 €) als beihilfefähig anerkannt werden kann.

12 b.6 Zu Absatz 6

12 b.6.1 Erhält der Pflegebedürftige eine Pauschale nach § 5a Absatz 2 BVO, wird diese für den Aufnahme- und Entlassungstag der Kurzzeitpflege weitergewährt. Dies gilt auch bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege in mehreren Teilzeiträumen, da jeweils am ersten und letzten Tag der Kurzzeitpflege die Voraussetzungen für die Pauschale als erfüllt anzusehen sind.

12 b.6.2 Soweit die Kurzzeitpflegeeinrichtung mit der Pflegekasse/Pflegeversicherung eine sog. „Abwesenheitsvergütung" (§§ 75 Absatz 2 Nr. 5, 87a Absatz 1 Sätze 5 und 6 SGB XI) vertraglich vereinbart hat, sind die in Rechnung gestellten Beträge bis zu der von der Pflegekasse/Pflegeversicherung anerkannten Höhe beihilfefähig.

12 b.7 Zu Absatz 7

Die besonderen Regelungen der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege für pflegebedürftige Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gelten nicht für diejenigen Personen, die bereits in entsprechenden Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen wohnen und ggf. in den Ferien oder an den Wochenenden für die „Kurzzeitpflege" in der Einrichtung bleiben. Beihilfenrechtlich ist die Entscheidung der Pflegeversicherung abzuwarten.

§ 5c
Vollstationäre Pflege

(1) Bei der stationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI) sind der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (§ 84 Absatz 2 Satz 2 SGB XI) in Betracht kommende Pflegesatz für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege beihilfefähig.

(2) [1]Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten (§ 82 Absatz 3 SGB XI) sind nicht beihilfefähig, es sei denn, dass sie unter Anrechnung des zustehenden Pflegewohngeldes (§ 4 Pflegeeinrichtungsförderverordnung – PflFEinrVO) die folgenden monatlichen Eigenanteile übersteigen:

1. bei Beihilfeberechtigten mit
   a) einem Angehörigen 40 vom Hundert,
   b) mehreren Angehörigen 35 vom Hundert

   des um 520 Euro – bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 390 Euro – verminderten Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen 70 vom Hundert des Einkommens.

[2]Einkommen sind die monatlichen (Brutto-)Dienstbezüge (ohne sonstige variable Bezügebestandteile) oder Versorgungsbezüge, das Erwerbseinkommen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten. [3]Angehörige im Sinne des Satzes 2 sind nur der Ehegatte, der eingetragene Lebenspartner sowie die Kinder, die nach § 2 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind. [4]Wird zu den Aufwendungen für die Pflege eines Angehörigen eine Beihilfe gewährt, sind dem Einkommen des Beihilfeberechtigten das Erwerbseinkommen, die Versorgungsbezüge sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners hinzuzurechnen. [5]Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

(3) [1]Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen nach Absatz 1 und 2 beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. [2]Die Angemessenheit der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach § 87a Absatz 1Satz 7 SGB XI.

(4) Bei einer Pflege in einer Pflegeeinrichtung, die die Voraussetzungen des § 71 Absatz 2 SGB XI erfüllt, sind höchstens die niedrigsten vergleichbaren Kosten einer zugelassenen Einrichtung am Ort der Unterbringung oder seiner nächsten Umgebung beihilfefähig; Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.

(5) Leistungen entsprechend § 87a Absatz 4 SGB XI sind beihilfefähig, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wird.

(6) [1]Aufwendungen, die für die vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe entstehen, in denen die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund stehen (§§ 43a und 71 Absatz 4 SGB XI), sind bis zur Höhe von monatlich 256 Euro beihilfefähig. [2]Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig.

VVzBVO

12 c Zu § 5c

12 c.1 Zu Absatz 1

12 c.1.1 Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen seitens der Pflegekasse/ Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Absatz 3 SGB XI).

12 c.1.2 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 SGB XI sind grundsätzlich nicht beihilfefähig.

12 c.2 Zu Absatz 2

12 c.2.1 Dienstbezüge sind die in § 1 Absatz 2 BBesG genannten Bruttobezüge; Versorgungsbezüge sind die laufenden Bezüge nach Anwendung von Ruhens- und Anrechnungsvorschriften. Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG bleibt unberücksichtigt. Zu den Renten zählen nicht die Beitrags anteile oder Beitragszuschüsse des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung. Krankenkassenbeiträge und Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt, auch wenn die Beiträge von den Versorgungsbezügen oder der Rente einbehalten werden. Zur Rente gehören nicht Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI.

12 c.2.2 Als Erwerbseinkommen i. S. der Sätze 2 und 4 sind Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit, aus selbstständiger Arbeit, aus Gewerbebetrieb, aus Land- und Forstwirtschaft sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen; Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) bleiben außer Ansatz. Dabei ist bei einem monatlich schwankenden Einkommen ein Durchschnitt der letzten 12 Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen. Einkommen der Kinder bleiben unberücksichtigt.

12 c.2.3 Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten für die Berechnung der Beihilfen maßgebend.

12 c.2.4 Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem der Heimbewohner aus dem Heim entlassen wird oder verstirbt. Zieht ein Pflegebedürftiger in ein anderes Heim um, darf nur das aufnehmende Pflegeheim ein Gesamtheimentgelt für den Verlegungstag berechnen.

12 c.2.5 Soweit die Pflegekasse/Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen der Pflegeeinrichtung nach § 87a Absatz 4 SGB XI ein Zusatzentgelt von 1.536 € bewilligt, hat sich die Beihilfestelle mit dem jeweiligen Bemessungssatz des Pflegebedürftigen zu beteiligen.

12 c.3

Zu Absatz 3

Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. Soweit bei Abwesenheit drei Kalendertage überschritten werden, sind seitens der Pflegeeinrichtung ab dem 4. Tag Abschläge von mindestens 25 v. H. der Pflegevergütung und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung vorzunehmen.

12 c.4 Zu Absatz 4

Derzeit nicht besetzt.

12 c.5 Zu Absatz 5

12 c.5.1 Anspruchsvoraussetzung für eine Beihilfengewährung ist, dass mindestens die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind. Die Entscheidung der jeweiligen Pflegekasse/Pflegeversicherung und deren Leistungsbewilligung ist abzuwarten; sie ist für die Beihilfestelle bindend.

12 c.5.2 Die Beschäftigung und Betreuung in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 5 BVO. Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind daher nicht beihilfefähig. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z. B. Fahrkosten).

12 c.5.3 Berechnet die Einrichtung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen eine Platz gebühr, ist grundsätzlich für einen Zeitraum bis zu 28 Tagen die „Pauschale" weiterzugewähren. Wird dieser Zeitraum auf Grund einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Absatz 1 Nr. 2 BVO) oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (§ 6 BVO) oder einer stationären Müttergenesungskur bzw. Mutter-/Vater-Kind Kur (§ 6a BVO) überschritten, gilt Satz 1 entsprechend, wenn die Pflegekasse/Pflegeversicherung für diesen Zeitraum die „Pauschale" (§ 43a SGB XI) gewährt.

12 c.5.4 Neben dem Beihilfenanspruch nach § 5c Absatz 5 BVO kann für die Zeit einer Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten) eine Beihilfe nach § 5a Absatz 1 oder 2 BVO gewährt werden. Dabei zählen der An- und Abreise tag (z. B. häusliche Pflege ab Freitagabend) als volle Tage. Für die Berechnung der Pflegepauschale ist der maßgebende Höchstbetrag für die jeweilige Pflegestufe zu berücksichtigen. Der für die Pflegestufe maßgebende Pauschal betrag wird durch 30 dividiert und mit der Zahl der zu Hause verbrachten Tage (plus An- und Abreisetag) multipliziert. Der sich ergebende anteilige Pauschalbetrag darf jedoch zusammen mit dem Höchstbetrag nach § 5c Absatz 5 BVO den für die jeweilige Pflegestufe festgelegten Höchstbetrag nach § 5a Absatz 1 oder 2 BVO nicht übersteigen.

12 c.5.5 Kann z. B. an den Wochenenden oder in Ferienzeiten die häusliche Pflege nicht sichergestellt werden, besteht in diesem Fall die Möglichkeit, Beihilfen nach § 5a Absatz 3 BVO zu gewähren. Eine Anrechnung auf den beihilfefähigen Betrag nach § 5c Absatz 5 BVO ist nicht vorzunehmen. Sofern für die pflegebedürftige Person in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für Behinderte Menschen sichergestellt wird, können zusätzliche Kosten nicht nach § 5a Absatz 3 BVO berücksichtigt werden. Diese Kosten sind mit der Anerkennung nach § 5c Absatz 5 BVO abgegolten.

§ 5d
Zusätzliche Betreuungsleistungen bei häuslicher und vollstationärer Pflege

(1) Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege der Pflegestufen I, II oder III sowie Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, und bei denen die Pflegeversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben, erhalten Beihilfen zu den Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 3.

(2) [1]Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen nach Absatz 1 sind bis zu 100 Euro (Grundbetrag) oder 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich beihilfefähig. [2]Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegeversicherung festgelegt und ist für die Berechnung der Beihilfe maßgeblich. [3]Aufwendungen für Beratungsbesuche nach § 5 Absatz 6 sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig.

(3) [1]Der monatliche Höchstbetrag nach Absatz 2 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. [2]Wird der für das jeweilige Kalenderjahr zustehende Jahreshöchstbetrag vom Pflegebedürftigen nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. [3]Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht nicht ausgeschöpft worden, kann der nicht verbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

(4) Die von vollstationären Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf mit der jeweiligen Pflegeversicherung vereinbarten und berechneten Vergütungszuschläge nach § 87b SGB XI sind neben den Aufwendungen nach § 5c Absatz 1 beihilfefähig.

VVzBVO

12 d Zu § 5d

12 d.1 Zu Absatz 1

12 d.1.1 Beihilfeberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflege stufen I, II oder III mit einem auf Dauer bestehenden erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (= erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) sowie Personen, die zwar in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind, jedoch keinen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der das Ausmaß der Pflege stufe I erreicht. Ob die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, entscheidet die jeweilige Pflegekasse/Pflegeversicherung. Die Entscheidung ist für die Beihilfestelle bindend.

12 d.1.2 Die zusätzlichen Betreuungsleistungen dienen der Erstattung von Aufwendungen, die der pflege bedürftigen Person im Zusammenhang mit

- *Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege,*
- *Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegediensten mit besonderen Angeboten der allgemeinen Anleitung und Betreuung,*
- *niedrigschwelligen Betreuungsangeboten*

entstehen.

Die Bewilligung durch die jeweilige Pflegekasse/Pflegeversicherung ist seitens der Beihilfenstelle abzuwarten.

12 d.2 Zu Absatz 2

Der Anspruch auf bis zu 100 € (Grundbetrag) bzw. bis zu 200 € (erhöhter Betrag) entsteht monatlich. Ein Vorgriff auf zukünftig entstehende Beihilfeansprüche ist nicht möglich. Nicht in Anspruch genommene Beträge für zurückliegende Monate können in den Folgemonaten berücksichtigt werden. Der Anspruch gilt ab dem Monat der Bewilligung durch die Pflegeversicherung und für den vollen Monat; es erfolgt keine tageweise Berechnung.

12 d.3 Zu Absatz 3

Die in einem Kalenderjahr von der pflegebedürftigen Person nicht in Anspruch genommenen Beträge sind auf das nächste Kalenderhalbjahr zu übertragen. Ein Antrag ist hierzu nicht erforderlich. Wird der auf das folgende Kalenderhalbjahr übertragene Anspruch (Guthaben) nicht ausgeschöpft,verfällt dieser Anspruch; gleiches gilt in den Fällen des § 5d Absatz 3 Satz 3 BVO mit Ablauf des Jahres 2009.

§ 6
Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

(1) [1]Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind neben den Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe für höchstens 23 Kalendertage (es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich) einschließlich der Reisetage sowie den ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig. [2]Voraussetzung ist, dass die Festsetzungsstelle auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der Maßnahme anerkannt hat, die Behandlung nicht durch eine Maßnahme nach § 7 oder durch andere ambulante Maßnahmen ersetzt werden kann und im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Maßnahme nach § 6a oder § 7 durchgeführt worden ist. [3]Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt oder ein Vertrauensarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z. B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwerer Fall von Morbus Bechterew)

für notwendig erachtet. [4]Wird die Maßnahme nicht innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides begonnen, ist ein neues Anerkennungsverfahren durchzuführen. [5]Die Behandlungskosten nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 sind auch dann beihilfefähig, wenn die Beihilfefähigkeit der Rehabilitationsmaßnahme nicht anerkannt wird. [6]Die Kosten der amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten sind beihilfefähig. [7]Zu den Kosten der Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird bei notwendigen Behandlungen in einem Ort außerhalb von Nordrhein-Westfalen insgesamt ein Zuschuss von 100 Euro, innerhalb von Nordrhein-Westfalen von 50 Euro gezahlt.

(2) [1]Die Maßnahme muss in einer Einrichtung durchgeführt werden, die die Voraussetzungen nach § 107 Absatz 2 SGB V erfüllt. [2]Soweit eine Einrichtung auch über Abteilungen verfügt, die die Voraussetzungen nach § 107 Absatz 1 SGB V erfüllen, gilt für von diesen Abteilungen erbrachte Leistungen § 4 Absatz 1 Nummer 2.

(3) [1]Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Behandlung sind in Höhe der Preisvereinbarung (Pauschale) beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat. [2]Werden neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung Leistungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 oder 9 in Rechnung gestellt, ist die Pauschale nach Satz 1 um 30 vom Hundert zu kürzen; der Restbetrag ist beihilfefähig. [3]Verfügt die Einrichtung über keine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens 104 Euro täglich beihilfefähig.

(4) [1]Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, sowie bei Kindern, die aus medizinischen Gründen einer Begleitperson bedürfen und bei denen der Amtsarzt die Notwendigkeit der Begleitung bestätigt hat, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Kurtaxe der Begleitperson bis zu 55 Euro täglich beihilfefähig. [2]Absatz 1 Satz 7 gilt sinngemäß.

VVzBVO

13. Zu § 6

13.1 Nummer 5.4 Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Dass die beantragte stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht durch eine Maßnahme nach § 7 BVO mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar ist, ist im Rahmen der Verordnung des behandelnden Arztes überprüfbar zu begründen und durch den Amtsarzt zu bestätigen (Ausnahme Anschlussheilbehandlungen).

13.2 Bei der Anschlussheilbehandlung handelt es sich um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, in deren Rahmen die während einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) begonnenen Leistungen fortgesetzt werden, um einen langfristigen Erfolg zu erreichen. In diesen Fällen kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme – ggf. auch nachträglich – anerkannt werden, wenn der Krankenhausarzt deren Notwendigkeit bescheinigt und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme spätestens einen

Monat nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Bei einer zuvor ambulant durchgeführten Chemo- oder Strahlentherapie gilt eine anschließend notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme ebenfalls als Anschlussheilbehandlung.

13.3 Der Zuschuss nach § 6 Absatz 1 Satz 7 BVO in Höhe von 100 Euro kann gewährt werden, wenn bei Beihilfeberechtigten mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen durch das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens bestätigt wird, dass der gewünschte Heilerfolg nur durch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung außerhalb NRW's erreicht werden kann. Ist dies nicht der Fall, wird unabhängig von dem Ort der gewählten Einrichtung ein Zuschuss von 50 Euro gewährt. Beihilfeberechtigten mit Wohnsitz außerhalb von NRW werden pauschal 100 Euro, höchstens aber die tatsächlichen Kosten erstattet.

13.4 Treten mehrere Personen (Behandlungsbedürftige Person einschließlich Begleitpersonen) die Rehabilitationsmaßnahme gleichzeitig mit einem privaten Personenkraftwagen an, wird der Zuschuss für die erste Person zu 100 % und für den/die Mitfahrer zu jeweils 50 % gewährt. Ist die Hin- und Rückfahrt nur im Krankenwagen möglich, gilt § 4 Absatz 1 Nr. 11 Satz 3 entsprechend.

13.5 Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und ggf. der Behandlung (soweit nicht einzeln berechnet) sind auch bei Anschlussheilhandlungen in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger geschlossen hat. Soweit die Einrichtung mit mehreren Sozialversicherungsträgern unterschiedliche Preisvereinbarungen getroffen hat, bestehen keine Bedenken, die für den Beihilfeberechtigten günstigste Vereinbarung zu berücksichtigen, die für die vergleichbare Indikation abgeschlossen wurde.

13.6 Wird die Preisvereinbarung der Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger durch den Beihilfeberechtigten nicht beigebracht, sind die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nr. 1, 7 und 9, für das amtsärztliche Gutachten sowie den ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig. Daneben wird ein Zuschuss nach § 7 Absatz 3 Satz 2 BVO gewährt.

§ 6a
Beihilfefähige Aufwendungen für stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-/Vater-Kind-Kuren

(1) [1]Zu den Kosten einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes (Müttergenesungskur) oder in einer gleichartigen Einrichtung, die Leistungen in Form einer Mutter-/Vater-Kind-Kur erbringt (§ 41 Absatz 1 SGB V), werden – soweit die Einrichtungen über Versorgungsverträge nach § 111a SGB V verfügen – Beihilfen bis zu einer Dauer von 23 Kalendertagen (bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen) einschließlich der Reisetage gewährt. [2]§ 7 Absatz 2 gilt entsprechend. [3]Wird die Maßnahme nach Satz 1 ausschließlich

auf Grund der Erkrankung eines Kindes notwendig, ist § 7 Absatz 2 Buchstabe b Satz 1 nicht anzuwenden.

(2) [1]Beihilfefähig sind neben den Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, die Kurtaxe, das amtsärztliche Gutachten, den ärztlichen Schlussbericht sowie die Fahrkosten. [2]§ 6 Absatz 1 Satz 7 und Absatz 3 gelten entsprechend; ist die Rehabilitationsmaßnahme nicht anerkannt worden (§ 7 Absatz 2), sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 beihilfefähig.

(3) [1]Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Kurtaxe der Begleitperson bis zu 55 Euro täglich beihilfefähig. [2]§ 6 Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

VVzBVO

13a Zu § 6a

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Müttergenesungskur bzw. einer Mutter/Vater-Kind-Kur setzt voraus, dass der Amtsarzt vor Behandlungsbeginn die Kurbedürftigkeit der Mutter/des Vaters und/oder eines Kindes bestätigt hat. Für mitgenommene nicht behandlungsbedürftige Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr wird jeweils ein Zuschuss nach § 7 Absatz 3 Satz 2 BVO gewährt, soweit die Kosten der Unterbringung und Verpflegung dieser Kinder nicht im Rahmen der mit dem Sozialversicherungsträger getroffenen Vereinbarung für den oder die Behandlungsbedürftigen mit abgegolten ist. Eine Kur nach Satz 1 kann auch bei behandlungsbedürftigen Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bewilligt werden, wenn der Amtsarzt bestätigt, dass zum Behandlungserfolg die Anwesenheit der Mutter/des Vaters zwingend erforderlich ist; für die Kosten der Mutter/des Vaters gilt Satz 2 sinngemäß.

§ 7
Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Zu den Kosten einer unter ärztlicher Leitung in einem Ort des vom Finanzministerium aufgestellten Kurorteverzeichnisses durchgeführten ambulanten Kur werden Beihilfen bis zu einer Dauer von 23 Kalendertagen einschließlich der Reisetage, bei einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (Absatz 4) bis zu 20 Behandlungstagen sowie bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen (einschließlich der Reisetage) gewährt.

(2) Voraussetzung für die Gewährung einer Beihilfe nach Absatz 1 ist, dass

a) vor der erstmaligen Antragstellung eine Wartezeit von insgesamt drei Jahren Beihilfeberechtigung nach diesen oder entsprechenden Beihilfevorschriften erfüllt ist,

b) im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine anerkannte Maßnahme nach Absatz 1 oder den §§ 6 oder 6a durchgeführt wurde. Von

der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn nach dem Gutachten des zuständigen Amtsarztes aus zwingenden medizinischen Gründen (z. B. in schweren Fällen von Morbus Bechterew) eine Kurmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,

c) ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Maßnahmen nach Absatz 1 wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind,

d) die medizinische Notwendigkeit vor Beginn einer Maßnahme nach Absatz 1 durch begründete ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen und durch ein Gutachten des zuständigen Amtsarztes bestätigt ist,

e) die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Maßnahme nach Absatz 1 anerkannt hat,

f) die Maßnahme nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides oder innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen wird,

g) die ordnungsgemäße Durchführung der Maßnahme nach Absatz 1 durch Vorlage eines Schlussberichtes oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen wird.

(3) [1]Beihilfefähig sind bei ambulanten Kurmaßnahmen die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9, für das amtsärztliche Gutachten sowie den ärztlichen Schlussbericht. [2]Zu den Fahrkosten, den Aufwendungen für Kurtaxe sowie Unterkunft und Verpflegung wird ein Zuschuss von 30 Euro täglich einschließlich der Reisetage gewährt. [3]Ist die Beihilfefähigkeit der Kurmaßnahme nach Absatz 1 nicht anerkannt worden, sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 beihilfefähig. [4]Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Voraussetzung für eine ständige Begleitperson behördlich festgestellt ist, und bei Kindern, bei denen der Amtsarzt bestätigt hat, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist, wird zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Kurtaxe sowie Fahrkosten der Begleitperson ein Zuschuss von 20 Euro täglich gewährt.

(4) [1]Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen, die mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag geschlossen haben, sind nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 beihilfefähig. [2]Absatz 2 Buchstaben b bis g gelten sinngemäß. [3]Wird die ambulante Rehabilitationsmaßnahme durch die Einrichtung pauschal abgerechnet, sind die Aufwendungen in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit dem Sozialversicherungsträger getroffen hat. [4]Nebenkosten (z. B. Verpflegungs- und Unterbringungskosten [Ruheraum], Kurtaxe) sind – soweit in der Pauschalpreisvereinbarung nicht enthalten – bis zu einem Betrag von insgesamt 20 Euro täglich beihilfefähig. [5]Soweit die Einrichtung nicht über einen kostenlosen Fahrdienst verfügt, sind notwendige Fahrkosten bis zu einem Betrag von 40 Euro täglich beihilfefähig.

VVzBVO

14. Zu § 7

14.1 Die Aufwendungen für eine Kur sind auch dann beihilfefähig, wenn die Kur deshalb nicht ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, weil der Beihilfeberechtigte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, daran gehindert wurde.

14.2 Das Heilkurorteverzeichnis „Inland" und „EU-Ausland" ist den Verwaltungsvorschriften als Anlage 3 beigefügt. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen können auch in einem Ort außerhalb des Kurorteverzeichnisses durchgeführt werden.

14.3 Als Wartezeit nach § 7 Abs. 2 Buchstabe a BVO gilt die Zeit ab erstmaligen Eintritt in den öffentlichen Dienst. Kuren von Kindern sowie Kuren, die nach dem Gutachten des zuständigen Amtsarztes aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. in schweren Fällen von Morbus Bechterew) durchgeführt werden müssen, können auch innerhalb der Wartezeit bewilligt werden.

14.4 Ist die An- und /oder Abreise zum Kurort nur im Krankenwagen möglich, gilt Nummer 13.4 Satz 2 entsprechend.

14.5 Eine Anschlussheilbehandlung kann auch im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden.

14.6 Die Aufwendungen für seitens der ambulanten Rehabilitationseinrichtung verordneten bzw. während der Rehabilitationsmaßnahme verabreichten Arzneimittel sind grundsätzlich neben der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarten Pauschale (§ 7 Absatz 4 Satz 3 BVO) beihilfefähig. Bei den Nebenkosten nach § 7 Absatz 4 Satz 3 BVO kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass mindestens Kosten in Höhe von 20 Euro täglich angefallen sind; ein Einzelnachweis ist daher nur in begründeten Ausnahmefällen notwendig.

14.7 Die bisher durch das Finanzministerium mit einzelnen Ambulanten Rehabilitationseinrichtungen getroffenen Preisabsprachen werden hiermit zum 01.01.2007 aufgehoben.

14.8 Die Notwendigkeit weiterer – nicht in der Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger enthaltener – Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1,7 und 9 BVO ist durch einen Amtsarzt zu bestätigen.

14.9 Ist zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme eine Begleitperson aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich, gilt für die Aufwendungen der Begleitperson § 7 Absatz 4 Satz 4 BVO entsprechend.

14.10 Nach § 7 Absatz 1 BVO sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen die Aufwendungen für 20 Behandlungstage beihilfefähig. Ist aus dringenden medizinischen Gründen in Zusammenhang mit neuropsychologischen Behandlungen (z. B. Schlaganfallpatient) eine Verlängerung der Behandlung geboten, kann die Beihilfestelle einer Verlängerung bis zu weiteren 15 Behandlungstagen zustimmen.

§ 8
Beihilfefähige Aufwendungen bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation sowie bei Empfängnisregelung

(1) [1]Aus Anlass eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs sind die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft und die ärztliche Behandlung nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 2, 3, 6, 7 und 11 beihilfefähig. [2]Satz 1 gilt entsprechend für einen Schwangerschaftsabbruch, der unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuches vorgenommen wurde, mit der Ausnahme, dass die Aufwendungen für die Vornahme des Abbruchs (bei einer vollstationären Behandlung nur für den Tag des Abbruchs) nicht beihilfefähig sind.

(2) Aus Anlass einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation sind die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 2, 3, 6, 7 und 11 beihilfefähig.

(3) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung und künstlichen Befruchtung einschließlich der hierzu erforderlichen ärztlichen Untersuchungen.

(4) [1]Aufwendungen für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung) sind beihilfefähig, wenn

1. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
2. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
3. ausschließlich Ei- und Samenzellen des Beihilfeberechtigten und seines Ehegatten verwendet werden,
4. sich der Beihilfeberechtigte und sein Ehegatte vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a SGB V erteilt worden ist.

[2]Dies gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. [3]Bei anderen Inseminationen ist Satz 1 Nummer 1 zweiter Halbsatz und Nummer 4 nicht anzuwenden. [4]Weitere Voraussetzung ist, dass die Ehegatten das 25. Lebensjahr, die Ehefrau noch nicht das 40. Lebensjahr und der Ehemann noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet haben. [5]Für die Zuordnung der Aufwendungen für die ICSI- und die IVF-Behandlung ist das Kostenteilungsprinzip zu beachten. [6]Die vom Gemeinsa-

men Bundesausschuss nach § 27a Absatz 4 SGB V erlassenen Richtlinien zur Künstlichen Befruchtung gelten in der jeweils geltenden Fassung entsprechend.

VVzBVO

18. Zu § 8

18.1 Zu der ärztlichen Behandlung anlässlich der unmittelbaren Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs zählen insbesondere:

1. *die Anästhesie,*
2. *der operative Eingriff,*
3. *die vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter,*
4. *die Injektion von Medikamenten,*
5. *die Gabe wehenauslösender Medikamente,*
6. *die Assistenz durch einen anderen Arzt,*
7. *die körperlichen Untersuchungen im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitung und die Überwachung im direkten Anschluss an die Operation sowie die in Zusammenhang mit diesen Leistungen entstandenen Sachkosten.*

18.2 Über die Notwendigkeit einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation entscheidet die Beihilfestelle auf der Grundlage eines amtsärztlichen Gutachtens. Die Kosten des Gutachtens sind beihilfefähig.

18.3 entfällt

18.4 Die maßgebliche Altersgrenze für die Ehegatten (§ 8 Absatz 4 Satz 4 BVO) muss in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus bzw. des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. Liegt nur bei einem Ehegatten die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach 27a Absatz 4 SGB V (Künstliche Befruchtung) erlassenen Richtlinien gelten in der jeweils aktuellen Fassung entsprechend.

18.5 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. Außerdem sind Aufwendungen für die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die medizinisch nicht notwendig war, sind nicht beihilfefähig.

18.6 Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen zur künstlichen Befruchtung ist – ebenso wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine körperbezogene Betrachtungsweise (vgl. 27a Absatz 3 Satz 3 SGB V) maßgebend. Das so genannte „Verursacherprinzip" (vgl. Urteil des BGH v. 3. März 2004 – IV ZR 25/03) ist beihilfenrechtlich unbeachtlich. Für

die Zuordnung der Aufwendungen der ICSI- und der IVF-Behandlung ist das Kostenteilungsprinzip (körperbezogene Kostenaufteilung) – § 8 Absatz 4 BVO – wie folgt anzuwenden:

1. *Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung des männlichen Samens sind dem Mann zu zuordnen;*
2. *Die Kosten der IVF einschließlich aller extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Ei- und Samenzellen, der Hormonbehandlung sowie der Beratung sind der Frau zuzuordnen.*

§ 9
Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

(1) [1]Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für

1. die Hebamme oder den Entbindungspfleger im Rahmen der Gebührenordnung,
2. die ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung,
3. die vom Arzt, von der Hebamme oder vom Entbindungspfleger verbrauchten Stoffe und Verbandmittel sowie die auf schriftliche ärztliche Verordnung beschafften Stoffe, wie Heilmittel, Verbandmittel und dergleichen; § 4 Absatz 1 Nummer 7 gilt entsprechend,
4. die Unterkunft und Verpflegung in Entbindungsanstalten; § 4 Absatz 1 Nummer 2 gilt entsprechend,
5. eine Hauspflegerin bei Geburten (auch bei Fehl- und Totgeburten) in der Wohnung oder einer ambulanten Entbindung in einer Entbindungsanstalt, sofern die Wöchnerin nicht bereits von einer Kraft nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 gepflegt wird, für einen Zeitraum bis zu 14 Tagen, beginnend mit dem Tage der Geburt; § 4 Absatz 1 Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend,
6. die durch die Niederkunft unmittelbar veranlassten Fahrten; § 4 Absatz 1 Nummer 11 gilt entsprechend,
7. Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung,
8. eine Familien- und Hauspflegekraft; § 4 Absatz 1 Nummer 6 gilt entsprechend.

[2]Zu den Kosten für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird bei Lebendgeburten ein Zuschuss von 170 Euro gewährt. [3]Der Zuschuss wird auch gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind unter zwei Jahren als Kind annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung (§§ 1747, 1748 BGB) erteilt ist, es sei denn, dass für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung bereits eine Beihilfe gewährt worden ist.

(2) Bedarf die Mutter während der Stillzeit einer stationären Behandlung und wird der Säugling mit ihr zusammen untergebracht, sind auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung des Säuglings beihilfefähig.

VVzBVO

19. zu § 9 Abs. 1

19.1 Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zu Grunde gelegt. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.

19.2 Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (z.B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) nach der Hebammengebührenordnung bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht in der Hebammengebührenordnung etwas anderes bestimmt ist.

19.3 Bei Mehrlingsgeburten sowie in Fällen, in denen mehrere Kinder angenommen oder mit dem Ziel der Annahme in den Haushalt aufgenommen werden, wird der Zuschuss nach § 9 Abs. 1 Satz 2 für jedes Kind gewährt.

§ 10
Beihilfefähige Aufwendungen bei Behandlung im Ausland

(1) [1]Aufwendungen für eine Krankenbehandlung oder Entbindung im Ausland sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung oder Entbindung am inländischen Wohnort oder letzten früheren inländischen Dienstort des Beihilfeberechtigten oder in dem ihnen am nächsten gelegenen geeigneten inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären. [2]Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist regelmäßig ein Kostenvergleich nicht erforderlich, es sei denn, dass gebietsfremden Personen regelmäßig höhere Gebühren als ansässigen Personen berechnet werden. [3]Beförderungskosten zum Behandlungsort sind abweichend von § 4 Absatz 1 Nummer 11 nicht beihilfefähig. [4]Ist eine Behandlung nach Absatz 3 Nummer 2 nur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland möglich, findet § 4 Absatz 1 Nummer 11 Satz 1 bis 3 Anwendung.

(2) [1]Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung am inländischen

Wohnort oder in dem ihm am nächsten gelegenen inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären. [2]§ 6 und § 7 gelten sinngemäß. [3]Bei ambulanten Kurmaßnahmen in den in Satz 1 genannten Staaten sind die Aufwendungen nur dann beihilfefähig, wenn der Nachweis erbracht werden kann, dass der Behandlungsort als Kurort anerkannt ist. [4]Wird die Behandlung außerhalb der in Satz 1 genannten Staaten durchgeführt, sind die Aufwendungen nach Satz 1 nur dann beihilfefähig, wenn im Inland oder in den in Satz 1 genannten Staaten kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist und die Behandlung vor Beginn vom Finanzministerium auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens anerkannt worden ist. [5]Hinsichtlich der Beförderungskosten gilt Absatz 1 Satz 3 und 4.

(3) Aufwendungen für eine Krankenbehandlung im Ausland sind ohne die Einschränkung des Absatzes 1 beihilfefähig,

1. wenn ein Beihilfeberechtigter auf einer Auslandsdienstreise erkrankt und die Krankenbehandlung nicht bis zur Rückkehr ins Inland aufgeschoben werden kann,
2. wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung im Ausland dringend notwendig und im Inland kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist; die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen muss vor Beginn der Behandlung von der Festsetzungsstelle anerkannt worden sein,
3. wenn sie 1.000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen.

(4) Bei Aufwendungen von im Ausland wohnenden Beihilfeberechtigten und im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Personen gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.

VVzBVO

20. Zu § 10

20.1 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe maßgebenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Deutsche Mark umzurechnen, sofern der auf die Aufwendungen entfallende Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird (z. B. durch Umtauschbestätigung der Bank). Den Belegen über die Aufwendungen ist eine Übersetzung beizufügen.

20.2 Nummer 5.4 gilt entsprechend.

20.3 Für Pflichtversicherte sowie für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, denen zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag dem Grunde nach ein Zuschuss nach § 257 SGB V zusteht oder die beitragsfrei nach § 224 SGB V versichert sind, werden Beihilfen für eine Behandlung im Ausland nur gewährt, wenn im Ausland keine Sachleistung oder Kostenerstattung erlangt werden konnte und das Ausland nicht zum Zwecke der Behandlung aufgesucht wurde. § 3 Abs. 4 BVO bleibt unberührt.

20.4 Ausländische Krankenanstalten und Einrichtungen können auch dann als stationäre Einrichtungen i.S. der §§ 6, 6a BVO anerkannt werden, wenn wegen fehlender Regelungen

eine Überwachung durch die zuständige Gesundheitsbehörde oder eine Konzessionierung nicht erfolgt.

20.5 Aufwendungen, die im Kleinen Walsertal (Österreich) und in der Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang (Schweiz) entstehen, sind grundsätzlich wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Bezüglich der Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang gilt Satz 1 ausschließlich für Behandlungen von Krankheiten, die nicht in Deutschland oder einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum durchgeführt werden können (Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima ist zwingend medizinisch indiziert); die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich grundsätzlich nach § 6 BVO, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO medizinisch indiziert ist. Da über die Art der Behandlung (Krankenhaus- oder stationäre Rehabilitationsbehandlung) regelmäßig erst der leitende Arzt nach der Ein Eingangsuntersuchung entscheidet, ist im Interesse des Beihilfeberechtigten in jedem Fall ein Anerkennungsverfahren nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BVO durchzuführen.

20.6 Als ausländische Kurorte (§ 10 Absatz 2 Satz 3 BVO) anerkannt sind die in der Anlage 3 Teil 1b aufgeführten Orte. Diesen sind Kurorte bzw. Kurbetriebe gleichgestellt, die nach Auskunft des europäischen Heilbäderverbandes (EHV) die für die Durchführung von Heilkuren in der Bundesrepublik Deutschland vorgeschriebenen Qualitätsstandards erfüllen. Es wird gebeten, dem Finanzministerium von Stellungnahmen des EHV zu entsprechenden Anfragen jeweils eine Mehrausfertigung zu übersenden.

20.7 Der Kostenvergleich nach § 10 Abs. 1 Satz 2 BVO kann entfallen, wenn ein Bescheinigung der ausländischen Krankenanstalt oder des ausländischen Arztes vorgelegt wird, nach der die berechneten Gebührensätze denen für Inländer entsprechen. Als Nachweis nach § 10 Abs. 2 Satz 3 BVO reicht eine Bescheinigung des Kurortes aus, dass dieser nach jeweiligem Landesrecht als Kurort anerkannt ist. Eventuelle Übersetzungskosten trägt der Beihilfeberechtigte.

20.8 In den Fällen des § 10 Abs. 3 Nr. 3 sind alle anlässlich des Krankheitsfalles entstandenen Aufwendungen (z. B. Arztkosten, Arzneimittel) zusammenzurechnen.

§ 11
Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(1) In Todesfällen sind die Aufwendungen beihilfefähig für die Überführung der Leiche oder Urne

1. bei einem Sterbefall im Inland
   a) vom Sterbeort zur Beisetzungsstelle oder
   b) vom Sterbeort zum nächstgelegenen Krematorium und von dort zur Beisetzungsstelle,

höchstens jedoch bis zur Höhe der Überführungskosten an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes;

2. bei einem Sterbefall im Ausland
   a) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten auf einer Dienstreise in entsprechender Anwendung der Nummer 1,
   b) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei privatem Aufenthalt im Ausland bis zur Höhe der Kosten einer Überführung von der deutschen Grenze zum Familienwohnsitz,
   c) eines im Ausland wohnenden Beihilfeberechtigten oder eines im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz, höchstens über eine Entfernung von 500 Kilometern.

(2) [1]Kann der Haushalt beim Tode des den Haushalt allein führenden Elternteils nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft bis zur Dauer von sechs Monaten bis zu der in § 4 Absatz 1 Nummer 6 genannten Höhe beihilfefähig, falls im Haushalt mindestens ein Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiges Kind lebt, das nach § 2 Absatz 2 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist. [2]In Ausnahmefällen kann die Frist auf ein Jahr verlängert werden. [3]§ 4 Absatz 1 Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. [4]Wird an Stelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspflegekraft ein Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiges Kind (Satz 1) in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendige Beförderungskosten – auch für eine Begleitperson – bis zu den sonst berücksichtigungsfähigen Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft beihilfefähig. [5]§ 4 Absatz 1 Nummer 6 letzter Satz gilt entsprechend.

VVzBVO

21. Zu § 11 Abs. 1

(gestrichen)

§ 12
Bemessung der Beihilfen

(1) [1]Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz); maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (§ 3 Absatz 5 Satz 2). [2]Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für

a) den Beihilfeberechtigten (§ 1 Absatz 1 Nummer 1 und 4) sowie für entpflichtete Hochschullehrer 50 vom Hundert,

b) den Empfänger von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfeberechtigt ist, 70 vom Hundert,

c) den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner 70 vom Hundert,

d) ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, 80 vom Hundert.

[3]Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind, beträgt der Bemessungssatz bei dem Beihilfeberechtigten nach Satz 2 Buchstabe a 70 vom Hundert. [4]Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 vom Hundert; die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.

(2) Für die Anwendung von Absatz 1 Satz 2 und 3 gelten die Aufwendungen

a) nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,

b) einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,

c) nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 als Aufwendungen der Mutter,

d) nach § 11 Absatz 2 als Aufwendungen eines Kindes.

(3) [1]Der Bemessungssatz nach Absatz 1 Satz 2 und 3 ermäßigt sich um 10 vom Hundert bei Personen, an deren Beiträgen zur Krankenversicherung sich ein Rentenversicherungsträger beteiligt, sofern ihnen dem Grunde nach eine Beitragsentlastung von mindestens 80 Euro monatlich zusteht. [2]Dies gilt nicht für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

(4) Sind Versicherte trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung für bestimmte Krankheiten von den Leistungen ausgeschlossen oder sind die Leistungen auf Dauer eingestellt worden, so erhöht sich der Bemessungssatz für Aufwendungen in diesen Fällen um 20 vom Hundert, höchstens auf 90 vom Hundert.

(5) [1]Die Bemessungssätze der Absätze 1, 3 und 4 können von der Festsetzungsstelle im Einzelfall erhöht werden,

a) wenn die Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung entstanden sind und keine Leistungen einer Krankenversicherung erbracht werden,

b) im Falle einer Leichenüberführung, wenn der Tod während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich angeordneten Umzuges eingetreten ist und die Leiche an den Familienwohnsitz überführt wird,

c) in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, mit Zustimmung des Finanzministeriums.

[2]Eine Erhöhung der Bemessungssätze nach Satz 1 ist ausgeschlossen, wenn der Beihilfeberechtigte für sich und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen für ambulante und stationäre Krankheits- und Pflegefälle keinen ausreichenden Versicherungsschutz nachweisen kann.

(6) Das Finanzministerium kann unter den Voraussetzungen des Absatzes 5 Buchstabe c für Ehegatten und eingetragene Lebenspartner, deren Aufwendungen nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b nicht beihilfefähig sind, die Gewährung von Beihilfen zulassen.

(7) [1]Die Beihilfe darf zusammen mit den erbrachten Leistungen einer Versicherung sowie Leistungen auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. [2]Unberücksichtigt bleiben Leistungen aus Krankenhaustagegeldversicherungen und sonstigen Summenversicherungen, soweit sie 80 Euro täglich nicht überschreiten, sowie Krankentagegeldversicherungen. [3]Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. [4]Aufwendungen nach den §§ 5, 5a bis d sind getrennt abzurechnen; dabei sind die Pauschalen nach § 5 Absatz 4 und der beihilfefähige Betrag nach § 5a Absatz 2 als dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen zu berücksichtigen. [5]Aufwendungen nach § 9 Absatz 1 Satz 2 bleiben bei Anwendung der Sätze 1 bis 3 unberücksichtigt. [6]Das Gleiche gilt in den Fällen, in denen nach § 3 Absatz 3 eine Beihilfengewährung ausgeschlossen ist.

VVzBVO

21a. Zu § 12 Abs. 1

21a.1 Die Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 12 Abs. 1 Satz 3 BVO bezieht sich auf alle Aufwendungen, die in dem Zeitraum entstanden sind, in dem der Familienzuschlag für zwei oder mehr Kinder zusteht bzw. zustünde.

21a.2 In den Fällen des § 12 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz BVO ist durch gemeinsame schriftliche Erklärung derjenige zu bestimmen, der den erhöhten Bemessungssatz erhalten soll; in der Erklärung ist anzugeben, welche Festsetzungsstelle für den weiteren Berechtigten zuständig ist. Die Festsetzungsstelle, bei der der erhöhte Bemessungssatz beantragt wird, übersendet eine Kopie der Erklärung der anderen Festsetzungsstelle.

21a.3 § 12 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz BVO ist auch anzuwenden, wenn ein Beihilfeberechtigter Anspruch auf Beihilfen nach personenbezogenen Bemessungssätzen auf Grund von Vorschriften eines anderen Dienstherrn hat.

21.a.4 Nummer 4.8 gilt entsprechend.

21b. Zu § 12 Abs. 3

Nach Artikel II Abs. 2 zweiter Halbsatz der Elften Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung vom 7. Mai 1993 (GV. NW. S. 260) gilt § 12 Abs. 3 Satz 1 BVO auch für Personen, die am 31. Dezember 1993 als Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren und bei denen die Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung nicht anzurechnen sind; auf Nummer 7.3 wird hingewiesen.

22. Zu § 12 Abs. 4

Eine ausreichende Versicherung ist anzunehmen, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt oder offenkundig ist, dass die Versicherung in den üblichen Fällen stationärer oder ambulanter Krankenbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt. Eine rechtzeitige Versicherung liegt z.B. vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

22a. entfallen

22b. Zu § 12 Abs. 7

22b.1 Die sich nach Anwendung des Bemessungssatzes ergebende Beihilfe wird insoweit vermindert, als sie zusammen mit den anrechenbaren Leistungen von dritter Seite zu einer über die tatsächlichen Aufwendungen hinausgehenden Erstattung führen würde. Als tatsächliche Aufwendungen gelten neben den beihilfefähigen Aufwendungen auch die Kosten, zu denen lediglich wegen Überschreitung von Höchstgrenzen keine Beihilfen gewährt werden können, die aber im Übrigen dem Grunde nach beihilfefähig sind (z. B. bei einem Krankenhausaufenthalt die Aufwendungen für ein Einbettzimmer, bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen und Müttergenesungskuren sowie ambulanten Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen die gesamten Kosten für Unterkunft und Verpflegung und bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen sowie Inlays die gesamten Kosten für zahntechnische Leistungen).

22b.2 Der Nachweis über die Leistungen der Krankenversicherung usw. ist durch entsprechende Bescheinigungen zu erbringen. Bei sog. Quotenversicherungen können die Leistungen durch Vorlage der Versicherungsverträge oder anderer geeigneter Versicherungsunterlagen nachgewiesen werden.

22b.3 Sind bei der Höchstbetragsberechnung Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen, kann auf Antrag des Beihilfeberechtigten bei stationärer Krankenhausbehandlung die Höchstbetragsberechnung auf den einzelnen Krankheitsfall bezogen werden, sofern dies für den Beihilfeberechtigten günstiger ist.

22b.4 Bei der Beihilfengewährung zu Aufwendungen in Todesfällen bleiben Leistungen aus Lebensversicherungen und Sterbegeldversicherungen unberücksichtigt. § 14 Abs. 2 Satz 2 BVO bleibt unberührt.

§ 12a
Kostendämpfungspauschale

(1) [1]Die nach Anwendung des § 12 Absatz 7 verbleibende Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem Aufwendungen entstanden sind (§ 3 Absatz 5 Satz 2), in den Besoldungsgruppen A 7 bis A 16, B 1 bis B 11, C 1 bis C 4, H 1 bis H 5, R 1 bis R 7 und W 1 bis W 3 um eine Kostendämpfungspauschale gekürzt. [2]Sie beträgt für

Stufe	Besoldungsgruppe	Betrag
1	A 7 bis A 11	150 Euro,
2	A 12 bis A 15, B 1, C 1, C 2, H 1 bis H 3, R 1,W 1, W 2	300 Euro,
3	A 16, B 2, B 3, C 3, H 4, H 5, R 2, R 3, W 3	450 Euro,
4	B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7	600 Euro,
5	Höhere Besoldungsgruppen	750 Euro;

soweit in der Besoldungsgruppe W 1 eine Zulage nach der Vorbemerkung Nummer 1 Absatz 3 zur Bundesbesoldungsordnung W und in den Besoldungsgruppen W 2 und W 3 neben dem Grundgehaltssatz ein monatlicher Leistungsbezug nach den §§ 12 und/oder 14 Landesbesoldungsgesetz bezogen wird, ergibt sich die Höhe der Kostendämpfungspauschale durch einen Vergleich des monatlichen Gesamtbezuges mit den jeweils niedrigsten Grundgehaltsstufen bzw. den Grundgehaltssätzen der Besoldungsgruppen A und B der Stufen 3 bis 5 nach Halbsatz 1.

(2) Die Beträge nach Absatz 1 werden bei Teilzeitbeschäftigung im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit vermindert.

(3) [1]Die Beträge nach Absatz 1 bemessen sich

1. bei Ruhestandsbeamten, Richtern im Ruhestand sowie früheren Beamten und Richtern (§ 1 Absatz 1 Nummer 2) nach dem Ruhegehaltssatz,
2. bei Witwern sowie Lebenspartnern (§ 1 Absatz 1 Nummer 3) nach 60 vom Hundert des Ruhegehaltssatzes;

dabei darf die Kostendämpfungspauschale in den Fällen der Nummer 1 70 vom Hundert und in den Fällen der Nummer 2 40 vom Hundert der Beträge nach Absatz 1 nicht übersteigen. [2]Für die Zuteilung zu den Stufen nach Absatz 1 ist die Besoldungsgruppe maßgebend, nach der die Versorgungsbezüge berechnet sind; Zwischenbesoldungsgruppen werden der Besoldungsgruppe mit derselben Ordnungsziffer zugeordnet. [3]Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezüge ein Grundgehalt (Gehalt) nach einer früheren Besoldungsgruppe, eine Grundvergütung oder ein Lohn

zugrunde liegt, sowie für Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezüge in festen Beträgen festgesetzt sind.

(4) Bei Waisen (§ 1 Absatz 1 Nummer 3), bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie bei Beihilfeberechtigten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, entfällt die Kostendämpfungspauschale.

(5) Die Kostendämpfungspauschale nach den Absätzen 1 bis 3 vermindert sich um 60 Euro für jedes berücksichtigungsfähige Kind oder jedes Kind, das nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist.

(6) Die Höhe der Kostendämpfungspauschale des laufenden Kalenderjahres richtet sich – unabhängig vom Entstehen der mit dem ersten Beihilfeantrag des Jahres geltend gemachten Aufwendungen – nach den zum Zeitpunkt der erstmaligen Antragstellung im laufenden Kalenderjahr maßgebenden Verhältnissen; dies gilt auch für die Kostendämpfungspauschale vergangener Jahre, soweit in diesen kein Beihilfeantrag gestellt wurde.

(7) Für Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen (§ 3 Absatz 1 Nummer 2 und 3) oder Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 5) entfällt die Kostendämpfungspauschale.

VVzBVO

22c. Zu § 12a

22c.1 Bei der ersten Antragstellung im Kalenderjahr ist bei Angehörigen der Besoldungsgruppen W 1 bis W 3 mit Zulage oder Leistungsbezug das Monatsbrutto (Grundgehalt plus Leistungsbezug bzw. Zulage) des Antragsmonats der Vergleichsberechnung zu Grunde zu legen. Einmalzahlungen nach § 12 LBesG bleiben außer Ansatz.

Für die Ermittlung der Kostendämpfungspauschale der Besoldungsgruppen W 1 und W 2 ist in der Besoldungsgruppenstufe 3 das niedrigste Grundgehalt der Besoldungsgruppe A 16, in der Stufe 4 das der Besoldungsgruppe B 4 sowie in der Stufe 5 das Grundgehalt der Besoldungsgruppe B 8 maßgebend; dies gilt entsprechend für die Besoldungsgruppe W 3 für die Stufen 4 und 5.

22c.2 Bei Witwen, Witwern, hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartnern und in den Fällen der Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und sonstige Personen in Todesfällen (§ 14 BVO) entfällt im Jahr des Todes des Beihilfeberechtigten – und, soweit es sich noch um Aufwendungen des Verstorbenen handelt, auch in dem Folgejahr – die Kostendämpfungspauschale.

22c.3 Bei Personen mit Ansprüchen auf Leistungen der Krankheitsfürsorge nach § 85 a Abs. 4 LBG, nach § 86 Abs. 2 Satz 3 LBG sowie nach § 6a Abs. 6 LRiG entfällt die Kostendämpfungspauschale; dies gilt nicht bei einer Teilzeitbeschäftigung.

22c.4 Bei privat krankenversicherten Arbeitnehmern ist die jeweilige Vergütungsgruppe des Arbeitnehmers der entsprechenden Besoldungsgruppe eines Beamten nach dem Bundesbesoldungsgesetz zuzuordnen. Die Vergleichbarkeit richtet sich nach § 11 Satz 2 BAT.

22c.5 Die Kostendämpfungspauschale ist auf volle 5 € abzurunden.

§ 13
Verfahren

(1) [1]Die Beihilfen werden auf Antrag gewährt; eine Antragstellung durch Telefax ist nicht zulässig. [2]Als Festsetzungsstellen entscheiden

1. das Landesamt für Besoldung und Versorgung über Anträge der Beihilfeberechtigten der Obersten Landesbehörden und der dem Finanzministerium nachgeordneten Behörden und Einrichtungen,
2. die Bezirksregierungen über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs, der Beihilfeberechtigten der Staatlichen Rechnungsprüfungsämter und der Beihilfeberechtigten der übrigen Behörden und Einrichtungen des Landes einschließlich der Landesbetriebe innerhalb ihres Bezirks, soweit nicht in den Nummern 3 bis 7 eine abweichende Regelung getroffen ist,
3. die Oberlandesgerichte über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs und nach näherer Bestimmung des Justizministeriums über die Anträge der Beihilfeberechtigten der anderen Gerichte sowie der dem Justizministerium nachgeordneten Behörden und Einrichtungen,
4. die Landräte über die Anträge der Beihilfeberechtigten der von ihnen geleiteten Kreispolizeibehörden mit Ausnahme der Anträge der Landräte als Leiter der Kreispolizeibehörden,
5. die Schulämter über die Anträge der Lehrer an den öffentlichen Grundschulen und Hauptschulen und an den ihrer Schulaufsicht unterstehenden öffentlichen Förderschulen,
6. die Kunsthochschulen und Einrichtungen im Hochschulbereich über die Anträge ihrer Beihilfeberechtigten, soweit in einer Vereinbarung nach Artikel 2 § 1 Absatz 5 Hochschulfreiheitsgesetz vom 31. Oktober 2006 (GV. NRW. S.474) oder nach Artikel 7 § 5 Hochschulfreiheitsgesetz nicht etwas anderes geregelt ist,
7. die Pensionsregelungsbehörden über die Anträge der Versorgungsempfänger; die Pensionsregelungsbehörden des Landes entscheiden auch über die Anträge der Versorgungsempfänger des Landes, wenn diese im Landesdienst wieder beschäftigt werden.

[3]Das Finanzministerium kann im Einvernehmen mit der jeweiligen obersten Dienstbehörde in begründeten Ausnahmefällen eine von Satz 2 abweichende Zuständigkeitsregelung treffen. [4]In den Fällen des Satzes 2 Nummer 4 und 5 können kommunale Versorgungskassen, Kreise oder kreisfreie Städte mit der Festsetzung der Beihilfen beauftragt werden.

(1a) [1]Die oberste Fachaufsicht über die Festsetzung der Beihilfen obliegt dem Finanzministerium. [2]Über Widersprüche gegen Beihilfefestsetzungen entscheiden die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3, 6 und 7 zuständigen Stellen; über Widersprüche gegen Beihilfefestsetzungen der nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 und 5 zuständigen Stellen entscheidet die jeweils zuständige Bezirksregierung. [3]Satz 2 gilt entsprechend für die Vertretung des Landes vor den Gerichten der Verwaltungsgerichtsbarkeit.

(2) [1]Die Anträge sind der zuständigen Festsetzungsstelle unter Beifügung der Originalbelege vorzulegen; dies gilt nicht in den in Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz genannten Fällen der Zuschussgewährung und in den Fällen, in denen Versicherungsleistungen einzeln nachzuweisen sind. [2]Für den Antrag, die Kassenanweisung und die Mitteilung über die Gewährung der Beihilfe sind die vom Finanzministerium herausgegebenen Formblätter zu verwenden. [3]Andere als Landesbehörden sind hinsichtlich der Kassenanweisung und der Mitteilung über die Gewährung der Beihilfe an diese Formblätter nicht gebunden. [4]Die in den Anträgen enthaltenen Beihilfedaten unterliegen einer besonderen Geheimhaltung. [5]Aufwendungen für Halbwaisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden.

(3) [1]Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen (§ 3 Absatz 5 Satz 2), spätestens jedoch ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt wird; die Antragsfrist beginnt für den Fall

1. der Zuschussgewährung nach § 6 Absatz 1 Satz 7, § 6a Absatz 2 Satz 2, § 7 Absatz 3 Satz 2, Satz 4 sowie Absatz 4 Satz 4 mit dem Tag der Beendigung der Maßnahme,
2. der Beihilfe für die häusliche Pflege (§ 5a Absatz 2) mit dem ersten Tag nach Ablauf des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde,
3. der Zuschussgewährung für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung mit dem Tage der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt.

[2]Zu verspätet geltend gemachten Aufwendungen darf eine Beihilfe nur gewährt werden, wenn das Versäumnis entschuldbar ist. [3]Arztrechnungen und Zahnarztrechnungen sollen die Diagnose sowie Stempel und Unterschrift des Ausstellers enthalten.

(4) [1]Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. [2]Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so wird abweichend von Satz 1 hierfür eine Beihilfe gewährt, wenn diese Aufwendungen 15 Euro übersteigen.

(5) Die Belege sind vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle durch Stempelaufdruck „Für Beihilfezwecke verwendet“ kenntlich zu machen.

(6) Die Beihilfebescheide sind mit einer Rechtsbehelfsbelehrung (§ 58 Ausführungsgesetz zur Verwaltungsgerichtsordnung) zu versehen.

(7) Auf eine zu erwartende Beihilfe können angemessene Abschlagszahlungen geleistet werden.

(8) [1]Bei Beihilfen von mehr als 500 Euro, bei stationären Behandlungen oder ambulanten Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen von mehr als 1.000 Euro, hat der Beihilfeberechtigte die ihm von der Festsetzungsstelle zurückgegebenen Belege für die beihilfefähigen Aufwendungen noch drei Jahre nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Anfordern vorzulegen, soweit sie nicht bei einer Versicherung verbleiben. [2]Die Festsetzungsstelle hat ihn bei der Rückgabe der Belege hierauf hinzuweisen.

(9) [1]Ist eine nach dieser Verordnung erforderliche vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit ohne Verschulden des Antragstellers unterblieben, wird die Beihilfe dennoch gewährt. [2]Dies gilt nicht für Aufwendungen nach den §§ 6, 6a und 7.

(10) Bei Vorliegen einer wirtschaftlichen Notlage bleibt die Gewährung einer Unterstützung auf Grund der Unterstützungsgrundsätze zu nicht beihilfefähigen Aufwendungen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen unberührt.

(11) [1]Zum Zwecke der Beihilfenfestsetzung dürfen durch die Festsetzungsstelle Belege und Schriftstücke in elektronischer Form abgebildet und gespeichert, die in ihnen enthaltenen Daten elektronisch ausgelesen und weiterverarbeitet werden. [2]In diesem Fall sind abweichend von Absatz 2 Satz 1 erster Halbsatz keine Originalbelege vorzulegen; die vorgelegten Belege werden digitalisiert und anschließend vernichtet. [3]Die Absätze 5 und 8 finden keine Anwendung.

(12) Soweit Maßnahmen nach Absatz 11 in zentralen Einrichtungen vorgenommen werden, sind diese Teil der jeweiligen Festsetzungsstelle.

VVzBVO

23. Zu § 13 Abs. 1 Nr. 5

Pensionsregelungsbehörde ist im kommunalen Bereich der letzte Dienstherr.

24. Zu § 13 Abs. 2

24.1 Für den Beihilfeantrag, die Kassenanordnung und die Mitteilung über die Gewährung der Beihilfe s ollen die als Anlagen 1 und 2 beigefügten Formblätter verwendet werden. Es können auch Kassenanordnungen, die für die gleichzeitige Fertigung der Auszahlungsanordnung und des Überweisungsträgers eingerichtet sind, sowie Sammelanordnungen verwendet werden. Bei Unfällen (einschl. häuslicher Unfälle, Sport-, Spiel- und Schulunfälle) ist ein Unfallbericht nach Anlage 11 vorzulegen. Sofern Beihilfen mittels eines automatisierten Verfahrens festgesetzt werden, können dem Verfahren angepasste Vordrucke verwendet werden.

24.2 Für Beihilfeanträge aus Anlass dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 5 BVO) ist das als Anlage 12 beigefügte Formblatt zu verwenden. Die Beihilfen aus Anlass dauernder Pfle-

gebedürftigkeit sind für aktive Beamte unter Titel 441 02 und für Versorgungsempfänger unter Titel 446 02 zu buchen.

24.3 Auf die Vorlage der Originalbelege kann verzichtet werden, wenn

- von der Krankenversicherung bestätigte Kopien vorgelegt werden oder
- Festsetzungsstellen mit einer IT-Unterstützung arbeiten. Dies gilt nicht für Auslandsrechnungen.

24.4. Soweit bei sozialhilfeberechtigten Personen die Abwicklung der krankheitsbedingten Kosten nach § 264 SGB V über eine gesetzliche Krankenversicherung erfolgt, kann auf die Vorlage der Originalbelege verzichtet und die von der Krankenkasse erstellte Quartalsabrechnung der Beihilfenberechnung zu Grunde gelegt werden. Die nach § 264 Abs. 7 SGB V zu entrichtenden Verwaltungskosten sind nicht beihilfefähig.

24a. Zu § 13 Abs. 3

24a. Stempel und Unterschrift des Ausstellers sind dann nicht erforderlich, wenn der Beleg eindeutig dem Rechnungsaussteller zugeordnet werden kann (z. B. bei Rechnungslegung durch privatärztliche Verrechnungsstellen und bei Verwendung von vorgedruckten Kopfbögen).

24b. Zu § 13 Abs. 4

Die Antragsgrenze von 200 € gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

25. Zu § 13 Abs. 6

25.1 Ein Abschlag darf auch dann gewährt werden, wenn eine dem Grunde nach zustehende Beihilfe nicht festgesetzt werden kann, weil zunächst die Klärung eines etwaigen Schadensersatzanspruchs abgewartet werden muss; bei der Bemessung des Abschlages kann ein möglicher Ersatzanspruch außer Betracht bleiben. Der Abschlag ist unverzüglich abzuwickeln, sobald der Ersatzanspruch geklärt ist.

25.2 Bei stationärer Krankenhausbehandlung und bei Dialysebehandlung kann auf Antrag des Beihilfeberechtigten ein Abschlag auch unmittelbar an das Krankenhaus oder die Dialyse-Institution überwiesen werden. Das als Anlage 4 beigefügte Formblatt sollte nach Möglichkeit für die Beantragung der Abschlagszahlung verwendet werden.

25.3 In den Fällen des § 5a Abs. 2 und § 5c BVO können jeweils für die Dauer von bis zu sechs Monaten Abschläge auf die Beihilfe gezahlt werden. Der Beihilfeberechtigte ist darauf hinzuweisen, dass nach Ablauf dieses Zeitraums zur endgültigen Festsetzung der Beihilfe ein Antrag (§ 13 Abs. 1 BVO) erforderlich ist. Weitere Abschläge können nur nach Eingang des Antrags bewilligt werden.

§ 14
Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und andere Personen in Todesfällen

(1) [1]Zu den beihilfefähigen Aufwendungen, die einem verstorbenen Beihilfeberechtigten entstanden waren, und zu den in § 11 Absatz 1 genannten Aufwendungen aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten werden dem hinterbliebenen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner oder den Kindern des Verstorbenen Beihilfen gewährt. [2]Empfangsberechtigt ist derjenige, der die Rechnungen zuerst vorlegt. [3]Die Beihilfe ist nach dem Hundertsatz zu bemessen, der dem verstorbenen Beihilfeberechtigten zugestanden hat.

(2) Andere als die in Absatz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten Beihilfen zu den in Absatz 1 genannten Aufwendungen, sofern sie Erbe sind; Absatz 1 Satz 2 und Satz 3 gelten entsprechend.

VVzBVO

26. Zu § 14

26.1 Kinder im Sinne des § 14 Abs. 1 BVO sind die leiblichen sowie die als Kind angenommenen Kinder. Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis seines Todes danach noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.

26.2 Der Beihilfeantrag kann durch einen Testamentsvollstrecker gestellt werden.

§ 15
Belastungsgrenze

(1) [1]Ab dem 1. Januar 2010 dürfen Selbstbehalte nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 7 und Nummer 2 Satz 2 und 3 sowie die Kostendämpfungspauschale nach § 12a im Kalenderjahr insgesamt 2 Prozent der Bruttojahresdienstbezüge oder Bruttojahresversorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen des Beihilfeberechtigten (Belastungsgrenze) nicht überschreiten. [2]Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind die jährlichen Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres. [3]Variable Bezügebestandteile, kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag, Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten sowie Einkünfte berücksichtigungsfähiger Personen bleiben außer Ansatz. [4]Die Beträge nach Satz 1 sind mit Ausnahme der Kostendämpfungspauschale nur in Höhe des Beihilfenbemessungssatzes nach § 12 zu berücksichtigen.

(2) [1]Die Feststellung der Belastungsgrenze erfolgt durch die Beihilfestelle. [2]Maßgeblich für die Zuordnung der Selbstbehalte und Kostendämpfungspauschale zur Belastungsgrenze ist das Entstehen der Aufwendungen (§ 3 Absatz 5 Satz 2). [3]Wird die Belastungsgrenze

nach Absatz 1 Satz 1 überschritten, sind für das betreffende Kalenderjahr keine weiteren Selbstbehalte in Abzug zu bringen.

§ 16
Besondere Bestimmungen für die Gemeinden, Gemeindeverbände und die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts

(1) [1]Über die Beihilfeanträge der Beihilfeberechtigten der Gemeinden und Gemeindeverbände entscheidet der Dienstvorgesetzte; dieser tritt in den Fällen des § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 3, Nummer 9 Satz 6 und Nummer 10 Satz 11 Absatz 2 Buchstabe b Satz 3, § 4c Absatz 1 Satz 2, § 10 Absatz 2 und § 12 Absatz 5 und 6 an die Stelle des Finanzministeriums. [2]Dies gilt entsprechend für begründete Einzelfälle nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 2. Über Beihilfeanträge des Dienstvorgesetzten entscheidet dessen allgemeiner Vertreter.

(2) [1]Absatz 1 gilt entsprechend für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts. [2]Die Hochschulen im Sinne des § 1 Absatz 2 Hochschulgesetz können in einer Vereinbarung nach § 77 Absatz 2 oder 3 Hochschulgesetz abweichende Regelungen erlassen.

§ 17
Personenbezogene Bezeichnungen

Die personenbezogenen Bezeichnungen in dieser Verordnung beziehen sich auf beide Geschlechter.

§ 18[1]
Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Übergangs- und Schlussvorschriften

(1) [1]Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. April 2009 in Kraft und gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. März 2009 entstanden sind. [2]Sie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2015 außer Kraft.

(2) [1]Die Beihilfenverordnung vom 27. März 1975 (GV. NRW. S. 332), zuletzt geändert durch Verordnung vom 27. Juni 2008 (GV. NRW. S. 530), tritt mit Ablauf des 31. März 2009 außer Kraft. [2]Sie gilt weiter für Aufwendungen, die bis zum 31. März 2009 entstanden sind.

1 Redaktioneller Hinweis: Die Veröffentlichung im KABl. erfolgte am 31. März 2010.

Anlage 1
(zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1. Psychotherapeutische Maßnahmen

1.1 Aufwendungen für folgende Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

a) Familientherapie,

b) Funktionelle Entspannung nach Dr. Fuchs,

c) Gesprächspsychotherapie (z. B. nach Rogers),

d) Gestaltungstherapie,

e) Körperbezogene Therapie,

f) Konzentrative Bewegungstherapie,

g) Logotherapie,

h) Musiktherapie,

i) Heileurhythmie,

j) Psychodrama,

k) Respiratorisches Biofeedback,

l) Transaktionsanalyse.

1.2 Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 4a bis 4d gehören Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen, sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind. Entsprechendes gilt für Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung, für heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie für psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

2. Psychosomatische Grundversorgung

2.1 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von Fachärzten für

- Allgemeinmedizin,
- Augenheilkunde,
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Innere Medizin,

- Kinder- und Jugendmedizin,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Neurologie,
- Phoniatrie und Pädaudiologie,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

durchgeführt wird.

2.2 Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von

- Ärzten,
- Psychologischen Psychotherapeuten,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

durchgeführt wird und diese Personen über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Interventionen verfügen.

3. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

3.1 Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese Personen Fachärzte für einen der folgenden Fachbereiche sein:

- Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
- Ärzte mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

Fachärzte für

- Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Psychiatrie und Psychotherapie oder
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

sowie Ärzte mit der Berufsbezeichnung „Psychotherapie“ können nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) durchführen. Ärzte mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Zusatzbezeichnung

„Psychoanalyse“ können auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

3.2 Psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) können Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie eine vertiefte Ausbildung erfahren haben (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).

3.3 Wird die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

Psychologische Psychotherapeuten können nur Leistungen für diejenige Psychotherapie erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), für die sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen sind. Therapeuten, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen, können tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

3.4 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 PsychThG können Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die sie eine vertiefte Ausbildung erfahren haben (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).

3.5 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, müssen sie

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

3.6 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), für die sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen sind. Therapeuten, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen, können fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

3.7 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

3.8 Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in besonderen Ausnahmefällen ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung des Therapeuten vorgelegt und die Behandlung durch die Beihilfestelle im Vorfeld anerkannt wird. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 4a Absatz 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen.

4. Verhaltenstherapie

4.1 Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese Fachärzte für eines der folgenden Fachgebiete sein:

- Psychotherapeutische Medizin,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie oder
- Ärzte der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während der Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

4.2 Psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 PsychThG können Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren haben.

4.3 Wird die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, müssen diese

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutische Ausbildungsinstitut verfügen.

4.4 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 oder 4.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 und oder 4.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Anlage 2
(zu § 4 Absatz 1 Nummer 7)

1. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für alle nach dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln – Arzneimittelgesetz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. Oktober 2007 (BGBl. I S. 2510), zugelassenen Arzneimittel, sofern sie nicht nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 2 oder im Rahmen dieser Anlage ausgeschlossen sind.
2. Aufwendungen für Arzneimittel, insbesondere für Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial, deren Anwendung auf Grund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolges, besondere Fachkenntnisse erfordert, die über das Übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel), sind nur beihilfefähig, wenn die Verordnung in Abstimmung mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie im Sinne des § 73d Absatz 2 SGB V erfolgt. Die Wirkstoffe und Anwendungsgebiete nach Satz 1 bestimmen sich nach § 73d Absatz 1 SGB V.
3. Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption nur bei Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres und bei Personen ab Vollendung des 48. Lebensjahres
4. Beihilfefähig sind Aufwendungen für zugelassene nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eingesetzt werden (Begleitmedikation), wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist oder wenn es zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auftretenden schwerwiegenden, schädlichen, unbeabsichtigten Reaktionen eingesetzt wird (unerwünschte Arzneimittelwirkungen).
5. Beihilfefähig sind Aufwendungen für zugelassene nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen im Rahmen einer ambulanten Behandlung durch den Arzt/Zahnarzt mit einer einmaligen Anwendung verbraucht werden.
6. Aufwendungen für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 oder 2 des Medizinproduktegesetzes (MPG) zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, sind indikationsbezogen beihilfefähig, wenn sie in der Anlage V der jeweils aktuellen Fassung der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt sind.

7. Bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind – unabhängig von der Verschreibungspflicht – die Aufwendungen für folgende Arzneimittel nicht beihilfefähig:
   a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt,
   b) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,
   c) Abführmittel außer zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukovizidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikamentation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase,
   d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit (unberührt bleibt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei Erbrechen bei Tumortherapie und anderen schwerwiegenden Erkrankungen, z. B. Menierescher Symtomkomplex).
8. Nicht beihilfefähig sind (unabhängig vom Alter des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Person sowie der Verschreibungspflicht):
   a) Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen. Es sind dies z. B. Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, sogenannte Krankenkost und diätetische Lebensmittel einschließlich Produkten für Säuglinge oder Kleinkinder. Abweichend von Satz 1 sind beihilfefähig Aufwendungen für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung im Zusammenhang mit enteraler und parentaler Ernährung im Rahmen der jeweils aktuellen Fassung des Abschnitts I der Arzneimittel-Richtlinien/AM-RL in der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009 – veröffentlicht im BAnz. 2009, Nummer 49a; zuletzt geändert am 18. Juni 2009 – veröffentlicht im BAnz. 2009, Nummer 119 S. 2786, sowie den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung.
   b) Aufwendungen für Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dies sind Arzneimittel, deren Einsatz grundsätzlich durch die private Lebensführung bedingt ist oder die auf Grund ihrer Zweckbestimmung insbesondere
      - nicht oder nicht ausschließlich zur Behandlung von Krankheiten dienen,
      - zur individuellen Bedürfnisbefriedigung oder zur Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen,

- zur Behandlung von Befunden angewandt werden, die lediglich Folge natürlicher Alterungsprozesse sind und deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist,
- zur Anwendung bei kosmetischen Befunden angewandt werden, deren Behandlung in der Regel nicht notwendig ist.

Hierzu gehören insbesondere Aufwendungen für Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.

Das Finanzministerium kann in medizinisch begründeten Einzelfällen oder allgemein (u. a. für Aufwendungen für potenzsteigernde Mittel, wenn diese für andere Erkrankungen als der erektilen Dysfunktion erforderlich sind und es keine anderen zur Behandlung der Krankheit zugelassenen Arzneimittel gibt, sie im Einzelfall nicht verträglich sind oder sich als unwirksam erwiesen haben) in den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung Ausnahmen zulassen.

Anlage 3
(zu § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 11)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel

Für die Angemessenheit der Aufwendungen für die Anschaffung von Hilfsmitteln gelten die nachfolgenden Regelungen:

1. Blutdruckmessgerät

   Als beihilfefähiger Höchstbetrag wird ein Betrag von 80 Euro festgesetzt.

2. Hörgerät

   Als beihilfefähiger Höchstbetrag (je Ohr) wird ein Betrag von 1.400 Euro festgesetzt. Mit diesem Betrag sind sämtliche Nebenkosten mit Ausnahme der Kosten einer medizinisch notwendigen Fernbedienung abgegolten. Die Mindesttragedauer beträgt fünf Jahre.

3. Perücke

   Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zu einem Höchstbetrag von 800 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z. B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall (z. B. auf Grund einer Chemotherapie) vorliegt. Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn die Tragedauer laut ärztlichem Attest den Zeitraum von 12 Monaten überschreiten wird. Die Kosten für die Ersatzbeschaffung einer Perücke sind beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens 12 Monate, bei der gleichzeitigen Nutzung von zwei Perücken mindestens 24 Monate vergangen sind. Dies gilt nicht bei Kindern, deren Kopfform sich verändert hat.

4. Therapiedreirad, Therapietandem, Handy-Bike und Roll-Fiets

   Bei der Anschaffung der o. g. Hilfsmittel ist der Beihilfenberechung der Grundpreis der jeweils einfachsten Ausführung des Hilfsmittels zugrunde zu legen. Von dem Grundpreis ist als Selbstbehalt für die häusliche Ersparnis (Anschaffung eines normalen Fahrrades) für einen Erwachsenen ein Betrag von 500 Euro und für ein Kind (bis 16 Jahre) von 250 Euro in Abzug zu bringen. Auf Grund der jeweiligen Körperbehinderung notwendige Zusatzkosten für Sonderausstattungen sind dem Grundpreis hinzuzurechnen.

5. Blutzuckerteststreifen (Glucose-Teststreifen)

   Als beihilfefähiger Höchstbetrag je Teststreifen wird ein Betrag von 0,70 Euro festgesetzt.

Anlagen VVzBVO

Von der Wiedergabe des Heilkurorteverzeichnisses (Anlage 3 der Verwaltungsverordnung zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen - VVzBVO) sowie der weiteren Anlagen (Anlagen 1-2, 4-11 enthalten diverse Vordrucke) wird abgesehen.

Die Anlagen der VVzBVO können von Mitarbeitenden aus dem Bereich der Ev. Kirche von Westfalen (einschließlich Diakonie) über die Rechtsbibliothek Nordrhein-Westfalen von LexisNexis Deutschland über den Link http://www.lexisnexis.de/lexonline unter Eingabe der Stichwörter "Verwaltungsverordnung, Beihilfenverordnung NRW" aufgerufen werden. Bitte beachten Sie: Aus lizenzrechtlichen Gründen ist die Rechtsbibliothek passwortgeschützt, da der Zugriff auf alle Institutionen aus Kirche und Diakonie der Evangelischen Kirche von Westfalen, die Mitarbeitenden sowie die in Gremien tätigen Personen beschränkt ist. Die Zugangsdaten der „Rechtsbibliothek“ wurden mit Rundschreiben Nr. 1/2010 vom 6. Januar 2010 allen Institutionen der Evangelischen Kirche von Westfalen bekannt gegeben.