Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (VVzBVO)

Vom 15. September 2014

RdErl. d. Finanzministeriums B 3100 – 0.7 – IV A 4 **(KABl 2014 S. 221)**

Änderungen

Lfd. Nr.	Änderndes Recht	Datum	Fundstelle	Paragrafen	Art der Änderung
1	Sechste Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW	1. Dezember 2015	KABl. 2016 S. 2	Anlage 2	aufgehoben

Artikel I

Zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen bestimme ich:

1

Zu § 1 Beihilfeberechtigte Personen

1.1

Absatz 1

1.1.1

Nach § 74 Absatz 1 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.

1.1.2

Witwer, hinterbliebene eingetragene Lebenspartner und Waisen beihilfeberechtigter Personen sind ab dem Tod der beihilfeberechtigten Person selbst beihilfeberechtigt.

1.1.3

Während der Elternzeit besteht ggf. ein Anspruch auf eine besoldungsabhängige Erstattung von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung.

1.2
Absatz 2 (nicht besetzt)

1.3
Absatz 3

1.3.1
Nummer 1

1.3.1.1
Bedienstete, die auf unbestimmte Zeit beschäftigt werden, sind beihilfeberechtigt.

1.3.1.2
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 § 22 Absatz 4 BeamtStG geendet hat und der Antragsteller innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden wieder in den öffentlichen Dienst übernommen worden ist.

1.3.1.3
Lehrer erhalten keine Beihilfen, wenn sie regelmäßig wöchentlich weniger als die Hälfte der Pflichtstundenzahl unterrichten.

1.3.1.4
Beamte, denen eine unterhälftige Teilzeitbeschäftigung nach den §§ 65 Absatz 4, 65a oder 67 LBG bewilligt worden ist, erhalten weiterhin Leistungen der Krankenfürsorge nach § 71 Absatz 3 bzw. § 76 Absatz 2 Satz 3 LBG.

1.3.2
Nummer 2

1.3.2.1
Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist die Konkurrenzregelung des § 1 Absatz 3 Nummer 2 BVO[1] nicht auf Versorgungsempfänger anzuwenden, die auf Grund einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung einen Beihilfeanspruch haben und damit beihilferechtlich 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.

1.3.3
Nummer 3 (nicht besetzt)

---

1 Nr. **731.1**.

1.4
Absatz 4

1.4.1
Bei laufenden Abordnungen (Beginn vor dem 1. April 2009) kann es bei der Regelung nach § 1 Absatz 4 BVO in der bis zum 31. März 2009 geltenden Fassung verbleiben, soweit keine anderen Vereinbarungen zwischen den Dienstherren getroffen werden bzw. der Beihilfeberechtigte nicht die Anwendung des § 14 Absatz 4 BeamtStG beantragt. Einzelfallbezogene Vereinbarungen der Dienstherren über die Erstattung der Beihilfekosten sollten im Rahmen der Vereinbarungen über die Erstattung der Besoldung getroffen werden und sind seitens der Beihilfestellen zu beachten.

1.4.2
Eine Abordnung oder Versetzung liegt nicht vor, wenn ein Bediensteter einem anderen Dienstherrn zur Ausbildung zugewiesen wird. In diesem Fall zahlt der zuweisende Dienstherr die Beihilfen.

1.5
Absatz 5 (nicht besetzt)

1.6
Absatz 6

1.6.1
§ 1 Absatz 6 BVO ist beim Übertritt oder bei der Übernahme eines Beamten in den Dienst eines anderen Dienstherrn entsprechend anzuwenden (vgl. § 3 Absatz 5 BVO).

1.7
Absatz 7

1.7.1
Mit der Regelung des § 1 Absatz 7 Satz 2 BVO wird sichergestellt, dass der Beihilfeanspruch aus einem eigenen Ruhegehalt dem nachträglich erworbenen Beihilfeanspruch als Hinterbliebener vorgeht. Die bisherige Regelung, nach der Versorgungsempfänger mit mehreren Versorgungsansprüchen die Beihilfen von der Stelle erhalten, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge zuständig ist, kann in den Fällen, die bereits vor dem 1. April 2009 bestanden, beibehalten werden, wenn der Beihilfeberechtigte dies beantragt.

2
Zu § 2 Beihilfefälle

2.1
Absatz 1

2.1.1
Nummer 1

2.1.1.1

Die steuerrechtlichen Einkünfte umfassen folgende Einkunftsarten:

1. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
2. Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
3. Einkünfte aus selbstständiger Arbeit (z. B. aus der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Rechtsanwalt, Architekt, Steuerberater),
4. Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit (Gehälter, Löhne, Versorgungsbezüge auf Grund früherer Dienstleistung),
5. Einkünfte aus Kapitalvermögen,
6. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
7. sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 EStG.

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug bei den Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Absatz 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). Nach § 2 Absatz 2 EStG sind Einkünfte bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k EStG), bei anderen Einkunftsarten die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten (§§ 8 bis 9a EStG).

2.1.1.2

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 Alterskassen, 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 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 mit dem Ertragsanteil erfasst. Bei erstmaligem Rentenbezug vor dem 1. Januar 2004 wird bei der

Ermittlung des Gesamtbetrages der Einkünfte ausschließlich der steuerliche Ertragsanteil der Renten nach § 22 EStG (bis 31. Dezember 2004), ab 1. Januar 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.

2.1.1.3

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 Beihilfefestsetzung unter dem Vorbehalt, dass die Grenze von 18.000 Euro nicht überschritten wird. Sofern nach Lage des Falles ein Überschreiten der Höchstgrenze möglich erscheint, hat die Beihilfestelle einen Nachweis über die Höhe der Einkünfte zu fordern.

2.1.1.4

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 zu Gute 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 nachgewiesen wurde, dass die KVB zu diesen Aufwendungen keine Fürsorgeleistungen erbracht hat bzw. erbringt.

2.1.1.5

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 eingetragenen Lebenspartners den Betrag von 18.000 Euro 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 eingetragenen Lebenspartners 18.000 Euro überschritten hat.

2.1.1.6

In den Fällen des § 4 PflegeZG sowie der §§ 71 Absaz 3 und 76 Absatz 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 EStG) erzielt und diese mehr als 18.000 Euro betragen haben bzw. betragen. Dies gilt bei Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern, die vor der Beurlaubung einen Beihilfeanspruch gegen einen anderen Dienstherrn hatten, nur dann, wenn der andere Dienstherr bei Beamten des Landes, die auf

Grund der Regelung des § 4 PflegeZG sowie der §§ 71 Absatz 3 oder 76 Absatz 2 Satz 3 LBG berücksichtigungsfähige Person werden, entsprechend verfährt.

2.1.1.7

Nicht selbst beihilfeberechtigt im Sinne des § 2 BVO[1] sind nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts auch die Angehörigen eines Beihilfeberechtigten, die gesetzlich versichert sind, auf Grund ihrer Beschäftigung einen Beihilfeanspruch haben und damit beihilferechtlich 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 Absatz 2 SGB V gewählt oder nach § 13 Absatz 4 SGB V erhalten, können die nicht gedeckten Aufwendungen nicht geltend gemacht werden. Dies gilt entsprechend für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Gebühren.

2.1.1.8

Beantragt der Beihilfeberechtigte erstmals eine Beihilfe für Aufwendungen seines eingetragenen Lebenspartners, ist dem Beihilfeantrag eine beglaubigte Kopie der Lebenspartnerschaftsurkunde beizufügen. Diese Kopie ist zu den Akten zu nehmen.

2.1.1.9

Nach dem Übergeleiteten Besoldungsgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen (ÜBesG NRW vom 16. Mai 2013 – GV. NRW. S. 233) werden im Familienzuschlag die Kinder berücksichtigt, für die dem Beamten Kindergeld nach dem EStG oder nach 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 2.2.2 gilt entsprechend.

2.1.2

Nummer 2

2.1.2.1

Die Aufwendungen (§ 9 Absatz 1 BVO) sind auch dann beihilfefähig, wenn die Einkünfte der grundsätzlich berücksichtigungsfähigen Ehefrau (anderen eingetragenen Lebenspartnerin) im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen haben. Auch der Zuschuss nach § 9 Absatz 1 Satz 2 BVO kann gezahlt werden.

2.1.2.3

Nummer 3 (nicht besetzt)

---

1 Nr. **731.1**.

2.1.2.4
Nummer 4 (nicht besetzt)

2.1.2.5
Nummer 5 (nicht besetzt)

2.2
Absatz 2

2.2.1
§ 2 Absatz 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 2.1.1.9 gilt entsprechend.

2.2.2
§ 2 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz BVO gilt in den Fällen des § 32 Absatz 5 EStG entsprechend.

2.2.3
Ein nicht selbst beihilfeberechtigtes Kind gilt auch dann als im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, wenn es wegen der Konkurrenzregelung des § 40 Absatz 5 ÜBesG NRW nicht im Familienzuschlag erfasst ist. Dies gilt nicht, wenn ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, nach Bundes- oder Landesbeihilferecht nur bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt wird, der den Familienzuschlag für das Kind nach § 40 ÜBesG NRW erhält.

2.2.4
Die schriftliche Erklärung der Beihilfeberechtigten zu den Aufwendungen des Kindes ist von der Beihilfestelle, die die Beihilfe für das Kind zahlen soll, zu den Akten zu nehmen. Eine Kopie der Erklärung ist der Beihilfestelle des anderen Beihilfeberechtigten zu übersenden. In den Fällen der Nummer 2.2.3 Satz 2 gilt die Beantragung des Familienzuschlags durch einen Beihilfeberechtigten als Bestimmung der Beihilfeberechtigten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 BVO.

2.2.5
Weiterhin berücksichtigungsfähig sind studierende Kinder i.S.d. § 2 Absatz 2 BVO[1], 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 grundsätzlich mit Vollendung des 25. Lebensjahres), soweit sie bereits bis zum Wintersemester 2006/2007 ein Studium an einer Hoch- oder Fachhochschule aufgenommen haben.

---

1 Nr. **731.1**.

2.3
Absatz 3 (nicht besetzt)

3
Zu § 3 Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

3.1
Absatz 1

3.1.1
Nummer 1

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. Beschluss vom 30. September 2011 – 2 B 66.11) sind Aufwendungen beihilferechtlich zu berücksichtigen, wenn die medizinische Leistung notwendig ist. § 27 Absatz 1 Satz 1 SGB V gilt entsprechend. Leistungen auf Verlangen (z. B. Schönheitsoperationen ohne medizinischen Grund) sind in Ermangelung einer behandlungsbedürftigen Erkrankung oder Verletzung dementsprechend nicht notwendig; die Behandlungskosten sind nicht beihilfefähig.

3.1.2
Nummer 2

3.1.2.1
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 sechsten Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der Fassung vom 26. April 1976 (Beilage Nummer 28 zum BAnz. Nummer 214 vom 11. November 1976),

b) Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung vom 26. Juni 1998 (BAnz. Nummer 159 vom 27. August 1998),

c) Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien) in der Fassung vom 18. Juni 2009 (BAnz. Nummer 148a vom 2. Oktober 2009),

d) Richtlinien über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien) vom 24. August 1989 (Bundesarbeitsblatt Nummer 10 vom 29. September 1989).

Die vorstehend genannten Richtlinien sind auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) veröffentlicht.

3.1.2.2
Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden, nicht aber zum Leistungsumfang nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (s. o. Num-

mer 3.1.2.1) gehören, sind grundsätzlich nur dann beihilfefähig, wenn sie im Rahmen einer gesonderten Diagnosestellung des Arztes erfolgt sind.

3.1.3
Nummer 3 (nicht besetzt)

3.1.4
Nummer 4 (nicht besetzt)

3.1.5
Nummer 5 (nicht besetzt)

3.1.6
Nummer 6 (nicht besetzt)

3.1.7
Nummer 7 (nicht besetzt)

3.2
Absatz 2

3.2.1
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 Absatz 1 Nummer 1, 2, 3, 7, 9 und 11 BVO[1] 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, wird zu den Beförderungskosten sowie zu den bei stationärer oder nicht stationärer Unterbringung entstehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung keine Beihilfe gezahlt; beihilfefähig sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 BVO. Aufwendungen für eine stationäre Unterbringung (§ 4 Absatz 1 Nummer 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.

3.2.2
Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ), das beihilferechtliche Gebührenverzeichnis NRW für Heilpraktiker (Anlage 4 zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5 BVO), die Hebammengebührenordnung NRW sowie das Leistungsverzeichnis für ärztliche verordnete Heilbehandlungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 9 BVO (Anlage 2 zur VVzBVO) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden beihilferechtlichen Rahmen ab. Der in der GOÄ und der GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält

1 Nr. **731.1**.

im Zusammenwirken mit den jeweiligen Gebührenverzeichnissen eine Bandbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, ausreicht, um auch schwierigste Leistungen angemessen zu entgelten. Liquidationen, die neben der Abrechnung erbrachter ärztlicher Leistungen nach der GOÄ in Übereinstimmung mit der aktuellen Rechtslage auch die entsprechende Umsatzsteuer ausweisen, sind in vollem Umfang, d. h. einschließlich der Umsatzsteuer, beihilfefähig (z. B. selbstständig tätige Beleg- oder Laborärzte).

3.2.3

Soweit hinsichtlich der Notwendigkeit und Angemessenheit der berechneten Leistungen erhebliche Zweifel an Heilpraktikerrechnungen bestehen, können Anfragen anonymisiert und kostenfrei an die in der Anlage 1 zu dieser VV aufgeführten Berufsverbände der Heilpraktiker gestellt werden.

3.2.4

Nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), geändert durch Verordnung vom 18. Oktober 2011 (BGBl. I S. 2721), 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 Absatz 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. vom 10. Dezember 1997 (Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht) – SMBl. NRW. 203204 – gilt entsprechend; dabei ist jedoch davon auszugehen, dass die Gebühren den 2,3-fachen Satz grundsätzlich nicht überschreiten dürfen.

Nach § 1 Absatz 2 Satz 2 GOP gilt § 6 Absatz 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 (Nummer 4a.4.13) vergütet werden.

3.2.5

Überschreitet eine Gebühr für ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen den in den §§ 5 Absatz 2 Satz 4, 5 Absatz 3 Satz 2 und 5 Absatz 4 Satz 2 GOÄ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Absatz 3 Sätze 1 und 2 GOÄ) 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 Absatz 2 Satz 3 GOÄ; vgl. z. B. Nummer 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

Nach § 12 Absatz 3 Satz 2 GOÄ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Beihilfestelle 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 Amtarztes und ggf. eines sonstigen medizinischen Sachverständigen einzuholen. Die Kosten der Begutachtung übernimmt die Beihilfestelle.

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

Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 Absatz 1 GOÄ 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) ist nach der Begründung (s.o.) gerechtfertigt. Über Ausnahmen in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen entscheidet für den Landesbereich das Finanzministerium.

3.2.6

Hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen zahnärztlicher Leistungen verweise ich auf meinem Runderlass vom 16. November – B 3100 – 3.1.6.2 – IV A 4 (Beihilferechtliche Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht).

3.2.7

Aufwendungen, die auf Grund der Anwendung einer anderen öffentlichen Gebührenordnung entstehen, können ebenfalls beihilfefähig sein. Als andere öffentliche Gebührenord-

nung gelten zum Beispiel die landesrechtlichen Regelungen (Gesetze) über den Rettungsdienst. Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die für alle anderen Benutzer verbindlich sind. Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Regelungen vereinbart und einheitlich berechnet werden. Abrechnungen nach dem Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif (DKG-NT) sind ebenfalls beihilfefähig.

3.2.8

Den Amtsärzten werden die beamteten Ärzte gleichgestellt. Als Vertrauens(zahn)arzt kann auch ein als Tarifbeschäftigter im öffentlichen Dienst stehender Arzt (Zahnarzt) oder ein frei praktizierender Arzt (Zahnarzt) herangezogen werden. Gutachten sind grundsätzlich nur mit Einverständnis der Betroffenen einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden; wird das Einverständnis verweigert, ist die Beihilfe unter Berücksichtigung der Zweifel der Beihilfestelle festzusetzen. Nach § 19 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW vom 25. November 1997 (SGV. NRW. 2120) kann neben dem amtsärztlichen Dienst am Wohnort der zu begutachtenden Person auch die untere Gesundheitsbehörde am Dienstort beauftragt werden. Gegen eine entgeltliche Beauftragung des medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenkassen (MDK) bestehen keine Bedenken, soweit der grundsätzlich zuständige amtsärztliche Dienst in einer angemessenen Frist keine Stellungnahme abgeben kann oder dessen zu erwartende Gebühr in keinem Verhältnis zur Höhe der zu prüfenden Aufwendungen steht. Soweit erstmals Vereinbarungen mit dem MDK getroffen werden, ist das Finanzministerium zu unterrichten bzw. zu beteiligen.

3.2.9

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.

3.2.10

Mehraufwendungen für Verblendungen (einschließlich Vollkeramikkronen bzw. -brücken, z. B. im Cerec-Verfahren) sind grundsätzlich bis einschließlich Zahn 6 notwendig und damit beihilfefähig. Soweit eine Brückenversorgung über Zahn 6 hinausreicht, sind auch diese Verblendungskosten als beihilfefähig anzuerkennen. Die zahnärztlichen Leistungen sind grundsätzlich auch bei den Zähnen beihilfefähig, bei denen die Aufwendungen nach Satz 1 nicht notwendig sind.

3.2.11

Aufwendungen für ärzt-/zahnärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig. Dies gilt entsprechend für sogenannte Betreuungsbescheinigungen zur Beantragung eines Sonderurlaubs nach § 33 Absatz 1 der Freistellungs- und Urlaubsverordnung NRW – FrUrlV NRW vom 10. Januar 2012 (SGV. NRW. 20303).

3.3

Absatz 3 (nicht besetzt)

3.4

Absatz 4

3.4.0.1

Nach § 2 SGB XII 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 Beihilfeverordnung zustehende Beihilfe Vorrang vor der Sozialhilfe.

3.4.0.2

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 Beihilfeanspruchs auf sich bewirken (§ 93 SGB XII).

3.4.0.3

Bei der Ermittlung der auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnenden Krankenversicherungsleistungen nach § 3 Absatz 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 1.000 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.

3.4.1
Nummer 1

3.4.1.1
§ 3 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1 und Satz 3 BVO gelten entsprechend für Personen, die einen Zuschuss nach § 44a Absatz 1 SGB XI erhalten.

3.4.2
Nummer 2 (nicht besetzt)

3.4.3
Nummer 3 (nicht besetzt)

3.4.4
Nummer 4

3.4.4.1
Nach § 3 Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 und 5 BVO erfolgt bei Pflegeaufwendungen keine Anrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung.

3.4.5
Nummer 5 (nicht besetzt)

3.4.6
Nummer 6

3.4.6.1
Beihilferechtlich unschädlich ist der ausschließliche Bezug einer sogenannten „Mütterrente“ nach § 56 SGB VI; § 3 Absatz 4 Satz 1 gilt insoweit nicht. § 3 Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 gilt sinngemäß.

3.5
Absatz 5

3.5.1
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.

3.6
Absatz 6 (nicht besetzt)

4

Zu § 4 Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

4.1
Absatz 1

4.1.1
Nummer 1

4.1.1.1
Nummer 3.2.8 gilt entsprechend.

4.1.1.2
Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn kann es in besonderen Einzelfällen erfordern, eine Beihilfe zu den Kosten einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode nach den jeweiligen Bemessungssätzen zu zahlen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98). Diese Verpflichtung besteht konkret dann, wenn

- sich eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Methode für die Behandlung einer bestimmten Krankheit noch nicht herausgebildet hat oder
- ein allgemein anerkanntes Heilverfahren (zum Beispiel wegen einer Kontraindikation) nicht angewendet werden darf oder
- ein wissenschaftlich anerkanntes Heilverfahren bereits ohne Erfolg angewandt worden ist.

Darüber hinaus muss in diesen Fällen die nicht ganz entfernte Möglichkeit bestehen, dass die nicht wissenschaftlich anerkannte Methode zu einer erkennbaren Linderung der Krankheitsfolgen führt. Es ist somit nicht erforderlich, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit der Heilung, der Verlängerung der Lebensdauer oder der Verbesserung der Lebensqualität besteht. Eine reale Chance reicht aus. Die Beihilfestelle, bei Landesbediensteten unter Beteiligung des Finanzministeriums, entscheidet über das Vorliegen der Voraussetzungen. Sie kann dazu auf ihre Kosten weitere ärztliche Stellungnahmen einholen. Die Bewilligung sollte nicht über einen Zeitraum von 6 Monaten hinaus erfolgen. Danach ist zunächst eine weitere Überprüfung der Wirksamkeit der Methode in dem Einzelfall erforderlich.

4.1.1.3
Soweit wegen der Komplexität der Kommunikation zwischen Beihilfeberechtigtem oder berücksichtigungsfähiger Person und dem Leistungserbringer im Einzelfall die Hinzuziehung eines Gebärdensprachdolmetschers erforderlich ist, sind die Aufwendungen hierfür bis zu 75 Euro je Stunde Einsatzzeit zuzüglich erforderlicher Reisezeit beihilfefähig. Die Fahrkosten sind in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges oder in Höhe der niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels beihilfefähig.

4.1.1.4
Zu den Aufwendungen für eine Akupunkturbehandlung kann eine Beihilfe gezahlt werden, wenn wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethoden ohne Erfolg angewendet worden sind. Ob diese Voraussetzung gegeben ist, entscheidet die Beihilfestelle; sie kann bei Zweifel das Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes einholen. Die Aufwendungen für eine Akupunkturbehandlung zur Behandlung von chronischen Schmerzen (Nummern 269 und 269a GOÄ) sind ohne die Einschränkungen der Sätze 1 und 2 beihilfefähig).

4.1.1.5
Aufwendungen für die Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich sind nur beihilfefähig für die Behandlung der

- Tendinosis calcarea,
- Pseudarthrose (nicht heilender Knochenbruch),
- Fasziitis plantaris (Fersensporn),
- Therapierefraktäre Achillodynie.

Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung des ESWT sind Gebühren nach Nummer 1800 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

4.1.2
Nummer 2

4.1.2.1
Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 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 ein Zuschlag von 45 Euro für Unterkunft und Verpflegung (basierend auf der Vereinbarung zwischen dem AOK-Bundesverband, den Ersatzkassen sowie dem PKV-Verband einerseits sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft anderseits) berechnet werden. Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, können bei vollstationären Behandlungen nicht abgerechnet werden. Der Betrag von 45 Euro ist beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für die Unterbringung einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine notwendige Begleitperson außerhalb des Krankenhauses nach § 4 Absatz 1 Nummer 3 BVO[1] als beihilfefähig anerkannt werden.

4.1.2.2
Von den nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 BVO beihilfefähigen Aufwendungen sind die Selbstbehalte für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts (einschließlich Entlassungstag) abzuziehen. Die Selbstbeteiligungen sind innerhalb eines Kalenderjahres für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zu einem Betrag von jeweils insgesamt 750 Euro in Abzug zu bringen.

4.1.2.3
Zweibettzimmerzuschläge sind nur in der Höhe angemessen, wie sie zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesell-

1 Nr. **731.1**.

schaft 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. Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber der Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers nicht beihilfefähig. Dies gilt entsprechend, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen (auch für Krankenhäuser, die die BPflV oder das KHEntgG nicht anwenden).

4.1.2.4

Die beihilferechtliche Vergleichsberechnung nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 3 BVO gilt auch für sogenannte „Anschlussheilbehandlungen“, soweit eine Abrechnung nicht nach § 6 BVO sondern nach § 4 BVO erfolgt.

4.1.2.5

Bei Kliniken der Maximalversorgung ist davon auszugehen, dass grundsätzlich für jede Erkrankung eine nach neuesten medizinischen Erkenntnissen bestmögliche Behandlung erfolgen kann.

4.1.2.6

Soweit die dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung keine medizinisch gleichwertigen Leistungen anbieten kann (vgl. Nummer 4.1.2.5), ist die Vergleichsberechung an Hand der vergleichbaren Pflegesätze der dem Behandlungsort nächstgelegenen Klinik nach § 108 Nummer 3 SGB V durchzuführen, soweit diese eine medizinisch gleichwertige Behandlung anbieten kann. Ist dies nicht der Fall, sind die Pflegesätze der zur Beihilfestelle nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung zur Vergleichsberechnung heranzuziehen. 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.

4.1.2.7

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 (inkl. Zuschläge

und Zusatzentgelte etc.) der vergleichbaren Klinik der Maximalversorgung maßgebend. Gegebenenfalls anfallende Kosten der Begutachtung trägt die Beihilfestelle.

4.1.2.8

Bei Behandlungen in Kliniken, deren medizinische Leistungen mit den Leistungen der unter § 1 Absatz 1 BPflV fallenden Krankenhäuser vergleichbar sind, gelten die Nummern 4.1.2.2 bis 4.1.2.7 entsprechend.

4.1.2.9

Die nach den §§ 6 und 9 KHEntgG neben einer Fallpauschale zusätzlich berechneten Zusatzentgelte sind beihilfefähig. Dies gilt auch u.a. für den DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5, für den Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen und für sonstige Zuschläge nach § 17b Absatz 1 Satz 4 und 6 sowie für Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Absatz 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 Verlegungstag sind nicht beihilfefähig.

4.1.2.10

Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz (Kinderhospiz), in dem eine palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, sind für die ersten 9 (Kinderhospiz: 18) Monate der Versorgung grundsätzlich nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 Buchstaben a und b BVO beihilfefähig. Dies gilt entsprechend für Aufwendungen, die durch die Unterbringung, Behandlung und Betreuung in der Palliativstation eines Krankenhauses entstehen. Die Abzugsbeträge nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 Buchstabe b BVO bleiben in den Fällen des Satzes 1 und 2 unberücksichtigt. Nach Ablauf von 9 Monaten (Kinderhospiz 18 Monaten) gelten die §§ 5 bis 5d BVO.

4.1.2.11

Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung und eine spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie Absatz 2 und Absatz 3 SGB V gelten entsprechend. Die pflegerischen Aufwendungen sind bis zur Höhe der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V (es ist ausreichend, wenn der Leistungserbringer dies bestätigt) beihilfefähig.

4.1.3

Nummer 3 (nicht besetzt)

4.1.4

Nummer 4

4.1.4.1
Die beihilfefähigen Aufwendungen für Erste Hilfe umfassen den Einsatz von Rettungskräften, Sanitätern und anderen Personen und die dabei verbrauchten Stoffe (z. B. Medikamente, Heil- und Verbandmittel etc.).

4.1.5
Nummer 5

4.1.5.1
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 Absatz 1 Nummer 5 BVO beihilfefähig.

4.1.6
Nummer 6 (nicht besetzt)

4.1.7
Nummer 7 und Anlage 2 BVO

4.1.7.1
Nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 und der Anlage 2 BVO sind grundsätzlich nur Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, soweit sie nicht nach der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 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. Voraussetzung für eine Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist, dass die schwerwiegende Erkrankung und das für die Behandlung dieser Erkrankung verordnete Standardtherapeutikum in der Anlage I zum Abschnitt F der AM-RL in der jeweils aktuellen Fassung (www.g-ba.de/informationen/richtlinien) aufgeführt ist. Das Finanzministerium kann in begründeten Einzelfällen Ausnahmen zulassen (§ 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 4 1. Halbsatz BVO). Die Anlagen I, II, V und VI der AM-RL sind beihilfenrechtlich zu berücksichtigen.

4.1.7.2
Arzneimittel der Anthroposophie, Homöopathie und Phythotherapie sind auch im Ausnahmeweg nicht beihilfefähig, da bei Präparaten dieser Fachrichtungen eine wissenschaftliche Anerkennung nicht zu erwarten ist. Dies gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

4.1.7.3
Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel mit den in der Anlage I der AM-RL aufgeführten Wirkstoffen sind auch außerhalb der genannten 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.

4.1.7.4
Aufwendungen für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukt nach § 3 Nummer 1 oder Nummer 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 Absatz 1 des Arzneimittelgesetzes Arzneimittel gewesen wären, sind beihilfefähig (vgl. § 31 Absatz 1 SGB V).

4.1.7.5
Aufwendungen für die folgenden Mittel (Anlage 2 Nummern 7a und b zu § 4 Absatz 1 Nummer 7 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 ethylalkoholhaltige 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. medizinischer Haut- und Haarwaschmittel sowie medizinischer Haarwässer und kosmetischer 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/endogenem 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 Diätpraparate,
- 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 sogenannten minimalen zerebralen Dysfunktion vorpubertärer Schulkinder,
- sogenannte Zellulartherapeutika und Organhydrolysate,
- sogenannte Geriatrika und sogenannte 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 27. März 2014 (BGBl. I S. 261), 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.

4.1.7.6

Aufwendungen für ärztlich verordnete Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung ausnahmsweise beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der normalen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. Solche Ausnahmefälle liegen insbesondere vor bei:

- Ahornsirupkrankheit,
- AIDS-assoziierten Diarrhöen,
- Colitis ulcerosa,
- Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
- Kurzdarmsyndrom,
- Morbus Crohn,
- Mukoviszidose,
- multipler Nahrungsmittelallergie,
- Niereninsuffienz,
- Phenylketonurie,
- Tumortherapien (auch nach der Behandlung),
- postoperativer Nachsorge,
- angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel,
- angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z. B. Mundboden- und Zungenkarzinom).

4.1.7.7

Aufwendungen für Elementardiäten sind für Säuglinge (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem ersten und dritten 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.

4.1.7.8

Aufwendungen für Arzneimittel, die zur Verwendung in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten verordnet werden (sogenannte OFF-Label-Use), sind grundsätzlich nur beihilfefähig, wenn sie in der Anlage VI Teil A der AM-RL (in der jeweils aktuellen Fassung) aufgeführt sind. Wirkstoffe zur Anwendung in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten, die nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung von einer Verordnung ausgeschlossen sind, sind im Teil B der in Satz 1 genannten Anlage aufgeführt; die Aufwendungen sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Anträge auf Zulassung einer beihilferechtlichen Ausnahme sind für den Landesbereich dem Finanzministerium zur Entscheidung vorzulegen.

4.1.7.9
Seit 1.1.2012 ist das Arzneimittel Cialis in der Dosierung 5 mg auch zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (gutartiger nicht kanzeröser Tumor) zugelassen. In diesem Fall ist eine Dauermedikation, d. h. 1 x täglich 5 mg, erforderlich. Die Aufwendungen sind beihilfefähig.

4.1.7.10
Die Versorgung mit Arzneimitteln, Verbandmitteln 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.

4.1.7.11
(Anlage 2 BVO)

4.1.7.11.1
Nummer 1 (nicht besetzt)

4.1.7.11.2
Nummer 2

4.1.7.11.2.1
Die Altersgrenzen sind ausnahmsweise unbeachtlich, wenn die Arzneimittel unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung mangels Alternative als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet werden und die Notwendigkeit durch einen Amtsarzt bestätigt wurde.

4.1.7.11.3
Nummer 3 (nicht besetzt)

4.1.7.11.4
Nummer 4 (nicht besetzt)

4.1.7.11.5
Nummer 5

4.1.7.11.5.1
Die Regelung gilt nicht für von Heilpraktikern verbrauchte Stoffe und nicht für die Verabreichung von nicht beihilfefähigen Medizinprodukten. Beihilfefähig sind ausschließlich Fertigarzneimittel, insbesondere die in Anlage I der AM-RL aufgeführten Wirkstoffe. Selbst hergestellte Mischungen – auch von Fertigarzneimitteln – sind wissenschaftlich nicht geprüft und daher grundsätzlich nicht beihilfefähig.

4.1.7.11.6
Nummer 6 (nicht besetzt)

4.1.7.11.7
Nummer 7

4.1.7.11.7.1
Die nach Anlage 2 Nummer 7 Buchstabe b zu § 4 Absatz 1 Nummer 7 BVO ausgeschlossenen Fertigarzneimittel sind aus der Anlage II der AM-RL (in der jeweils aktuellen Fassung) ersichtlich.

4.1.8
Nummer 8 (nicht besetzt)

4.1.9
Nummer 9

4.1.9.1
Im Regelfall sind von der GKV anerkannte neue Behandlungsmethoden beihilfefähig. Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist, und werden diese durch ein amtsärztliches Gutachten bestätigt, ist vor einer abschließenden Entscheidung dem Finanzministerium zu berichten.

4.1.9.2
Aufwendungen für eine Behandlung der Legasthenie oder Akalkulie sind grundsätzlich nicht beihilfefähig, da es sich hierbei im Regelfall nicht um eine Krankheit handelt. Es handelt sich regelmäßig um eine pädagogische Behandlung. Sofern der Behandlung im Ausnahmefall eine organische Erkrankung zu Grunde liegt (Schlaganfall, Turmorerkrankung, Unfall) oder es zu neurotischen Störungen, Fehlentwicklungen und psychsomatischen Erkrankungen gekommen ist, können die Behandlungskosten (ärztliche, psychiatrische, psychotherapeutische Behandlung) beihilfefähig sein (z. B. Verhaltenstherapie nach Nummern 870 und 871 GOÄ).

4.1.9.3
Die in § 4 Absatz 1 Nummer 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 konnten die Aufwendungen für die Behandlung übergangsweise durch „Heilpraktiker/Heilpraktikerinnen (Sprachtherapie)“, denen auf der Grundlage des RdErl. des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW vom 11. September 1998 – III B 2 0417.7 – (n. v.) eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis erteilt worden war, als beihilfefähig anerkannt werden. Der zuvor genannte Erlass wurde mit Erlass des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW vom 2. Februar 2011 – 416-0417.7 – (n. v.) ersatzlos aufgehoben. Aufwendungen für durch den in Satz 1 2. Halbsatz genannten Behandlerkreis erbrachte Behandlungen sind daher ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr beihilfefähig. Zur Vermeidung von Härten sind Aufwendungen für Behandlungen, die bis zum 31. Dezember 2011 begonnen werden, bis zum Abschluss der Behandlung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind weiterhin 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.

4.1.9.4
Die Angemessenheit der Aufwendungen durch Angehörige der Gesundheits- und Medizinalfachberufe erbrachten Leistungen richtet sich nach Anlage 2 zu dieser VV.

4.1.9.5
Aufwendungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind (ausgenommen Akupunktur), wie Tui-Na, Qi-Gong, Tai Chi, Shiatsu-Therapie, Akupressur u. Ä. sowie für eine Orthokin-Therapie einschließlich des verabreichten Serums (Beschluss OVG NRW vom 17. Februar 2014 – 1 A 1012/12) sind nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 2 BVO nicht beihilfefähig.

4.1.9.6
Hinsichtlich der Angemessenheit der Aufwendungen einer Protonentherapie ist die Entscheidung der jeweiligen privaten Krankenversicherung abzuwarten und der Beihilfefestsetzung grundsätzlich zu Grunde zu legen. In Zweifelsfällen ist bei Beihilfeberechtigten des Landes das Finanzministerium vorab zu beteiligen.

4.1.10
Nummer 10

4.1.10.1
Aufwendungen für Hilfsmittel mit einer GKV-Hilfsmittelnummer sind grundsätzlich beihilfefähig; § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 11 BVO sowie Nummer 4.1.10.13 sind zu beachten.

4.1.10.2
Im Regelfall ergibt sich die Erforderlichkeit der Anschaffung eines Hilfsmittels etc. aus der ärztlichen Verordnung und bedarf keiner näheren Prüfung durch die Beihilfestelle. Hat die Beihilfestelle jedoch Zweifel, ist sie gehalten, zusätzliche Ermittlungen anzustellen, z. B.: durch Anforderung einer näheren Begründung des behandelnden Arztes oder Einholung eines fachärztlichen Gutachtens. Das gilt insbesondere dann, wenn die Beihilfestelle Anhaltspunkte dafür hat, dass ein gleichwertiger Behandlungserfolg auch mit einem preisgünstigeren Hilfsmittel erlangt werden kann. Bestätigt sich das, sind die zusätzlichen Kosten für das aufwendigere Hilfsmittel nicht notwendig und damit nicht beihilfefähig.

4.1.10.3
Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke schließen die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände mit ein. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbe-

handlung und Selbstkontrolle sowie der Körperersatzstücke sind ohne Vorlage einer ärztlichen Verordnung beihilfefähig.

4.1.10.4

Der Vergleich von Miete und Anschaffung sollte auf der Grundlage des ärztlich verordneten zeitlichen Rahmens der Behandlung erfolgen. Versorgungspauschalen für gemietete Hilfsmittel sind grundsätzlich als Teil der Miete anzusehen. Soweit einzelne Positionen als nicht beihilfefähig erkennbar sind, sind diese in Abzug zu bringen. Sind in der Versorgungspauschale Aufwendungen für den Betrieb enthalten, ist der Selbstbehalt nach § 4 Ansatz 1 Nummer 10 Satz 2 BVO zu berücksichtigen.

4.1.10.5

Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung weicher Kontaktlinsen sind bei gleichbleibender Sehschärfe 2 Jahre, von Brillengläsern 4 Jahre nach der Erstbeschaffung bis zu einem Betrag von 150 Euro (je Kontaktlinse) bzw. 200 Euro (je Brillenglas) beihilfefähig.

4.1.10.6

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 oder Achsenverschiebung sind die Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung auch dann beihilfefähig, wenn sich mit der neuen Sehhilfe die Sehschärfe (Visus) um mindestens 20 Prozentpunkte verbessert.

4.1.10.7

Einschleifkosten von Brillengläsern sind bis zu einem Betrag von 25 Euro je Glas beihilfefähig. Mehraufwendungen für die Entspiegelung (ausgenommen sind höherbrechende Gläser) und Härtung von Brillengläsern sind nicht beihilfefähig.

4.1.10.8

Aufwendungen für höherbrechende Gläser sind ab 6 Dioptrien beihilfefähig.

4.1.10.9

Mehraufwendungen für fototrope Gläser (z. B. Colormaticgläser, Umbramaticgläser) sind nur bei Albinismus, Pupillotonie und totaler Aniridie (Fehlen der Regenbogenhaut) beihilfefähig.

4.1.10.10

Aufwendungen für Sportbrillen sind nur beihilfefähig, wenn sie von Schülern während des Schulsports getragen werden müssen.

4.1.10.11

Aufwendungen für Bildschirmbrillen sind nicht beihilfefähig.

4.1.10.12
Bei orthopädischen Maßschuhen sind die Aufwendungen um den Betrag für eine normale Fußbekleidung zu kürzen. Als Kürzungsbetrag sind bei Erwachsenen 70 Euro (für Hausschuhe 30 Euro) und bei Kindern bis zu 16 Jahren 40 Euro (für Hausschuhe 20 Euro) anzusetzen.

4.1.10.13
Betragen die beihilfefähigen Aufwendungen für ein in § 4 Absatz 1 Nummer 10 BVO nicht aufgeführtes Hilfsmittel mehr als 1.000 Euro und hat der Beihilfeberechtigte die erforderliche vorherige Anerkennung nicht eingeholt, so sind die Aufwendungen bis 1.000 Euro beihilfefähig.

4.1.10.14
Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln zählen Treppenlift und Auffahrrampe. Die Kosten sind ggf. im Rahmen des § 5 Absatz 4 Satz 3 BVO beihilfefähig.

4.1.10.15
Die Unterhaltskosten (Futter, Tierarzt, Versicherungen etc.) für einen Blindenführhund können ohne Nachweis bis zu 120 Euro 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.

4.1.10.16
Cochlea-Implantate sind keine Hilfsmittel sondern Körperersatzstücke. Der Selbstbehalt nach § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 2 gilt insoweit nicht.

4.1.10.17
Nummer 10 und Anlage 3 BVO

4.1.10.17.1
Die erneute Verordnung von Hörgeräten vor Ablauf von fünf Jahren bedarf der besonderen Begründung und ggf. der Überprüfung durch einen Amtsarzt. Medizinische Gründe können z. B. fortschreitende Hörverschlechterung oder Ohrsekretion sein. Technische Gründe ergeben sich aus dem Gerätezustandsbericht des Hörgeräte-Akustikers.

4.1.10.17.2
Aufwendungen für jährlich zwei Neurodermitis-Overalls sind bei an Neurodermitis erkrankten Kindern bis zum vollendeten 10. Lebensjahr bis zu einem Höchstbetrag von jeweils 80 Euro beihilfefähig.

4.1.10.17.3
Aufwendungen für ein Komplettset Allergiebettbezüge (sogenannte Encasings), bestehend aus einem Kopfkissen-, Oberbett- und Matratzenbezug, sind bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro beihilfefähig. Bei Doppelbetten sind die Aufwendungen für beide Betten beihilfefähig.

Die Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung sind erst nach Ablauf einer Mindestnutzungsdauer von

- 2 Jahren, bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr,
- 5 Jahren, bei Kindern bis zum vollendeten 16. Lebensjahr und
- 8 Jahren, bei Personen ab dem 17. Lebensjahr

beihilfefähig.

4.1.11
Nummer 11

4.1.11.1
Die Notwendigkeit der Beförderung bestätigt der behandelnde Arzt mit der Verordnung der Beförderung. Die Beförderungsaufwendungen sind für die Hin- und Rückfahrt gesondert zu prüfen; insbesondere ist dabei der aktuelle Gesundheitszustand und die Gehfähigkeit der erkrankten Person zu berücksichtigen. Bei Fahrten zur Chemotherapie, zur Dialysebehandlung und zur Strahlentherapie ist die Notwendigkeit für Hin- und Rückfahrt gegeben.

4.1.11.2
Rettungsfahrten umfassen Aufwendungen für Rettungswagen, Notarztwagen und Rettungshubschrauber. Da regelmäßig vor einer Rettungsfahrt keine ärztliche Entscheidung über deren Notwendigkeit herbeigeführt werden kann, ist die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Rettungsfahrten immer gegeben.

4.1.11.3
Für die Erstattung von Fahrtkosten gelten grundsätzlich die Bestimmungen der §§ 5[1] und 6 Landesreisekostengesetz[1] (LRKG NRW).

4.1.11.4
Aufwendungen für ein Taxi sind nur dann beihilfefähig, wenn nach einer ärztlichen Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzt werden können. Nummer 4.1.11.1 Satz 3 gilt entsprechend. Aufwendungen für Wartekosten des Taxis sind nicht beihilfefähig, es sei denn, dass das Warten insgesamt zu einer Einsparung gegenüber den Aufwendungen für Einzelfahrten führt.

4.1.11.5
Fahrtkosten sind auch innerhalb der 30-Kilometer-Zone beihilfefähig, wenn

- die erkrankte Person einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „BL“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegen oder nachweisen kann,

1 Nr. **761**.

- die Erkrankung zwingend einen Transport erforderlich macht (z. B. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie; auf Nummer 4.1.11.1 Satz 3 wird hingewiesen.),
- nach einer Bescheinigung des behandelnden Arztes der Transport durch einen Krankentransportwagen erfolgen muss.

4.1.11.6

Aufwendungen für Fahrten zum Besuch eines Erkrankten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für Fahrten eines Elternteils zum Besuch eines im Krankenhaus, Pflegeheim, Hospiz oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des behandelnden Arztes der Besuch wegen des Alters des Kindes oder seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist; § 4 Absatz 1 Nummer 11 Buchstabe c BVO gilt entsprechend.

4.1.12

Nummer 12

4.1.12.1

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

4.1.12.2

Zu den Auswirkungen des Bezugs von Leistungen zum Ausgleich des Verdienstausfalls von Organ- oder Gewebespendern nach §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes wird auf das Schreiben der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 15. November 2012 sowie auf das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkasse auf Bundesebene vom 19. April 2013 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes hingewiesen.

4.1.12.3

Für die Dauer der notwendigen Abwesenheit vom Dienst für alle medizinisch notwendigen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Spende von Organen oder Geweben nach den §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206) in der jeweils geltenden Fassung besteht Anspruch auf Urlaub [vgl. § 33 Absatz 3 der Freistellungs- und Urlaubsverordnung NRW – FrUrlV NRW – vom 10. Januar 2012 (SGV. NRW. 20303)].

4.1.13

Nummer 13 (nicht besetzt)

4.2

Absatz 2

4.2.1
Mit den Pauschalbeträgen des § 4 Absatz 2 Buchstabe b Satz 4 BVO sind mit Ausnahme der Suprakonstruktion sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen einschließlich notwendiger Anästhesie und die 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, Computertomografie und Anästhetika abgegolten.

4.2.2
Es ist entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 28. Mai 2008 – 2 C 12.07) davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen gewährt wurden, sofern der Beihilfeberechtigte nicht in geeigneter Weise nachweisen kann, dass eine Finanzierung ohne Leistungen aus öffentlichen Kassen erfolgt ist.

4.2.3
Steht am Wohnort des Beihilfeberechtigten kein Amtszahnarzt zur Verfügung (z. B. Wohnsitz im Ausland), ist das Gesundheitsamt am (letzten) Dienstort zuständig.

4.2.4
Nach § 4 Absatz 2 Buchstabe b Satz 8 BVO ist außerhalb der Indikationsfälle nach § 4 Absatz 2 Buchstabe b Satz 1 kein Voranerkennungsverfahren durchzuführen. Wünscht der Beihilfeberechtigte in diesen Fällen gleichwohl 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.

4.2.5
Soweit das Voranerkennungsverfahren zwingend vorgeschrieben ist, ist seitens des Beihilfeberechtigten der Abschluss dieses Verfahrens vor Behandlungsbeginn abzuwarten. Die Beihilfestelle hat ihre Entscheidung mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen. Wird mit der Behandlung vor Abschluss des Rechtsmittelverfahrens begonnen, kann unabhängig vom Ausgang dieses Verfahrens eine Beihilfe nur nach § 4 Absatz 2 Buchstabe b Satz 3 BVO[1] gezahlt werden.

4a
Zu § 4a Psychotherapeutische Leistungen

4a.1
Absatz 1 (nicht besetzt)

4a.2
Absatz 2 (nicht besetzt)

1 Nr. **731.1**.

4a.3
Absatz 3 (nicht besetzt)

4a.4
Absatz 4

4a.4.1
Die Liste der Gutachter und Obergutachter für Psychotherapie etc. ist vertraulich und daher in einem passwortgeschützten Bereich auf der Internetseite des Bundesverwaltungsamts (www.dienstleistungszentrum.de) unter der Rubrik „Dienstleistungen, Beihilfe, Gutachterliste“ hinterlegt. Neue Zugangsberechtigungen für Beihilfestellen können per Mail unter „Manfred.Goempel@bva.bund.de“ beantragt werden.

4a.4.2
Der Gutachter erstellt im Auftrag der Beihilfestelle ein Gutachten zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung und bewertet die Angaben des Arztes, des Psychologischen Psychotherapeuten oder des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachstehend Therapeut genannt); dabei sind die Formblätter 1 und 2 der Anlage 3 zu dieser VV zu verwenden. Die Einreichung der Unterlagen an den Gutachter hat in anonymisierter Form zu erfolgen. Die Beihilfestelle vergibt an den Beihilfeberechtigten einen von ihr festgelegten Anonymisierungscode (z. B. Beihilfenummer). Bei Erst- und Folgegutachten ist derselbe Anonymisierungscode zu verwenden.

4a.4.3
Die Durchführung eines beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahrens ist nicht erforderlich, wenn eine gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und Qualifikation des Therapeuten ergibt. Entspricht die Leistungszusage nicht dem beihilferechtlich möglichen Umfang oder ist sie ganz versagt worden, kann das beihilferechtliche Voranerkennungsverfahren daneben durchgeführt werden.

4a.4.4
Der Beihilfeberechtigte hat der Beihilfestelle das Formblatt 1 – s. o. – (Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Psychotherapie) ausgefüllt vorzulegen. Außerdem hat der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Patient den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf dem Formblatt 2 – s. o. – einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.

4a.4.5
Der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und gegebenenfalls das Formblatt 3 der Anlage 3 zu dieser VV in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag der Beihilfestelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln.

4a.4.6
Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Beihilfestelle mit dem Formblatt 4 der Anlage 3 zu dieser VV einen Gutachter (s.o.) mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 5 der Anlage 3 zu dieser VV und leitet ihm zugleich die folgenden Unterlagen zu:

a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet),

b) das ausgefüllte Formblatt 1 der Anlage 3 (als Kopie),

c) das Formblatt 5 der Anlage 3, in dreifacher Ausfertigung,

d) einen an die Beihilfestelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

4a.4.7
Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach dem Formblatt 5 (Psychotherapie-Gutachten) – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumschlag der Beihilfestelle. Diese leitet eine Ausfertigung des „Psychotherapie-Gutachtens“ an den Therapeuten weiter. Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Beihilfestelle dem Beihilfeberechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach dem Formblatt 6 der Anlage 3 zu dieser VV.

4a.4.8
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 oder der Patient den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, den „Erstbericht“ an den Gutachter auf dem Formblatt 2 der Anlage 3 zu dieser VV zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle und des Gutachters eingegangen werden sollte. Der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Beihilfestelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln. Ein Obergutachten ist grundsätzlich nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung vom Gutachter abgelehnt wurde, weil der Therapeut nicht die in Anlage 1 (zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5 BVO[1]) aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

4a.4.9
Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Beihilfestelle einen geeigneten Obergutachter (Adressen s.o.) mit der Erstellung eines Obergutachtens. Die Beihilfestelle leitet dem Obergutachter zugleich folgende Unterlagen zu:

---

1 Nr. **731.1**.

a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet),

b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,

c) einen an die Beihilfestelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

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

4a.4.10
Der Obergutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumschlag der Beihilfestelle. Auf Grundlage dieser Stellungnahme hilft die Beihilfestelle dem Widerspruch ab oder erteilt dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.

4a.4.11
Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Beihilfestelle den von dem Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2 der Anlage 3 zu dieser VV) mit einem Freiumschlag dem Gutachter zu, der das Erstgutachten erstellt hatte. Dabei ist das Formblatt 4 der Anlage 3 zu dieser VV um die zusätzlichen Angaben bei der Folgebegutachtung zu ergänzen. Im Übrigen gelten die Nummern 4a.4.5 bis 4a.4.9 entsprechend.

4a.4.12
Um eine Konzentration auf einzelne Gutachter zu vermeiden, sind die Anträge zur Stellungnahme von der Beihilfestelle den Gutachtern und Obergutachtern im Rotationsverfahren zuzuleiten.

4a.4.13
Die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41 Euro und des Obergutachtens in Höhe von 82 Euro jeweils zuzüglich der Umsatzsteuer (soweit in Rechnung gestellt) trägt die Beihilfestelle.

4a.5
Absatz 5 (nicht besetzt)

4a.6
Absatz 6

4a.6.1
Die ambulante psychosomatische Nachsorge ist keine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Sinne der §§ 4a bis 4d BVO[1]; die Durchführung des Gutachterverfahrens ist entbehrlich. Die Aufwendungen sind bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind, angemessen.

---

1 Nr. **731.1**.

4a.7
Absatz 7

4a.7.1
Psychologische Therapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten müssen zusätzlich zu dem Bericht an den Gutachter mit dem Formblatt 2a der Anlage 3 zu dieser VV den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Absatz 3 Satz 2 PsychoThG, BGBl. I S. 1311) einholen.

4a.8
Absatz 8 (nicht besetzt)

4b
Zu § 4b Psychosomatische Grundversorgung

4b.1
Absatz 1 (bleibt frei)

4b.2
Absatz 2

4b.2.1
Ein „Krankheitsfall" umfasst die auf einer verbindenden Diagnose beruhende und im Wesentlichen einer einheitlichen Zielsetzung dienende Psychotherapie in einer akuten Krankheitsperiode.

4c
Zu § 4c Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

4c.1
Absatz 1

4c.1.1
Der Begriff des „Krankheitsfalles" ist identisch mit dem in Ziffer 4b.2.1.

4c.2
Absatz 2

4c.2.1
Bei einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen können Bezugspersonen einbezogen werden. In der Begründung zum Antrag ist anzugeben, ob und in welchem Umfang eine Einbeziehung von Bezugspersonen als notwendig angesehen wird. Die vorgesehene Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen steht zur Stundenzahl des Patienten in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. Die in diesem Verhältnis für die Einbeziehung der Bezugspersonen bewilligte Stundenzahl ist der Stundenzahl für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen hinzuzurechnen. Ist eine höhere Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten

und bewilligt, so reduziert sich die Stundenzahl für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen entsprechend.

4c.3
Absatz 3 (bleibt frei)

4d
Zu § 4d Verhaltenstherapie

4d.1
Absatz 1

4d.1.1
Der Begriff des „Krankheitsfalles“ ist identisch mit dem in Ziffer 4b.2.1.

4d.1.2
Bei Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen können Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4 einbezogen werden. Die in diesem Verhältnis für die Einbeziehung der Bezugspersonen in der Regel bewilligte Stundenzahl ist der Stundenzahl für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen hinzuzurechnen. Ist eine höhere Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten und bewilligt worden, so reduziert sich die Stundenzahl für die Behandlung der Kinder oder Jugendlichen entsprechend.

4d.2
Absatz 2 (bleibt frei)

4e
Zu § 4e Neuropsychologische Therapie

4e.1
Absatz 1

4e.1.1
Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie geistiger (kognitiver) und seelischer (emotional-affektiver) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter der Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biografischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (zum Beispiel Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit des oder der Hirngeschädigten oder Hirnerkrankten).

4e.2
Absatz 2 (bleibt frei)

4e.3
Absatz 3

4e.3.1
Für die Abrechnung der ambulanten neuropsychologischen Therapie ist derzeit im Gebührenverzeichnis der GOÄ keine Gebührennummer vorgesehen. Die Therapie kann daher nur in analoger Anwendung abgerechnet werden. Hierfür kommen insbesondere die Nummern 849, 860, 870, 871 GOÄ in Betracht. Aufwendungen für eine Behandlungseinheit als Einzelbehandlung sind beihilfefähig bis zur Höhe des Betrages entsprechend der Nummer 870 GOÄ.

4f

Zu § 4f Komplextherapien und integrierte Versorgung

4f.1
Absatz 1

4f.1.1
Zu den Komplextherapien gehören u.a. Asthmatikerschulungen, ambulante Entwöhnungskuren, ambulante Tinnitustherapien (Pauschalabrechnung), ambulante Chemotherapien nach dem Braunschweiger Modell, ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 SGB IX. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen außerhalb von Komplextherapien.

4f.2
Absatz 2

4f.2.1
Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind nur die Aufwendungen für den nicht ärztlichen (sozialpädagogischen) Teil der sozialpädiatrischen Behandlung. Die medizinischen Leistungen der sozialpädiatrischen Therapie sind von dem Ausschluss nicht betroffen.

4f.3
Absatz 3 (bleibt frei)

4f.4
Absatz 4 (bleibt frei)

4g

Zu § 4g Soziotherapie

4g.1
Absatz 1

4g.1.1
Die Erkrankungen, die der Soziotherapie bedürfen, sind gekennzeichnet durch folgende Fähigkeitsstörungen:

a) Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren. Durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges,

b) Störungen im Verhalten mit Einschränkungen der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit,

c) Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens,

d) mangelnde Compliance (Therapietreue) im Sinne eines krankheitsbedingt unzureichenden Zugangs zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

4g.1.2
Die Beihilfefähigkeit der Soziotherapie setzt voraus, dass der Patient die Therapieziele erreichen kann. Deshalb soll der Patient über die hierzu notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit verfügen und in der Lage sein, einfache Absprachen einzuhalten. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn bei dem Patienten keine langfristige Verminderung der in Nummer 4g.1.1 genannten Fähigkeitsstörungen und kein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.

4g.1.3
Wenn die Voraussetzungen für die Anerkennung der Soziotherapie vorliegen, sind die im Folgenden aufgeführten Leistungen beihilfefähig, die den Patienten zur selbstständigen Inanspruchnahme ärztlicher oder ärztlich verordneter Maßnahmen befähigen sollen:

- Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans,
- Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen,
- Arbeit im sozialen Umfeld,
- soziotherapeutische Dokumentation.

Darüber hinaus können die Aufwendungen für folgende Maßnahmen als beihilfefähig anerkannt werden:

- motivations-(antriebs-)relevantes Training,
- Training zur handlungsrelevanten Willensbildung,
- Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung,
- Hilfe in Krisensituationen.

4g.2
Absatz 2

4g.2.1
Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist die Motivierung des Patienten, die Überweisung zur Behandlung wahrzunehmen. Zur Erreichung dieses Zieles stehen den soziotherapeutischen Leistungserbringern maximal fünf Therapieeinheiten zur Verfügung. Diese werden auf das Gesamtkontingent der Soziotherapie angerechnet, wenn es zur Verordnung der Therapie kommt. Die Aufwendungen für die fünf Therapieeinheiten sind auch dann beihilfefähig, wenn es nicht zu einer Verordnung der Soziotherapie kommen sollte.

4g.2.2
Unter einem Krankheitsfall ist eine Phase der Behandlungsbedürftigkeit bei einer der in Nummer 4g.1.1 bis 4g.1.2 aufgeführten Indikationen von bis zu drei Jahren zu verstehen.

4g.2.3
Beihilfefähig sind je Verordnung bis maximal 30 Therapieeinheiten, höchstens jedoch so viele Therapieeinheiten, wie zur Erreichung des Therapiezieles oder bis zur Feststellung, dass dieses nicht erreichbar sein wird, erforderlich scheinen.

4g.2.4
Eine Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Die Einheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmenbezogen aufgeteilt werden. Dies ist in der soziotherapeutischen Dokumentation (Zeitaufwand) entsprechend zu vermerken.

4g.2.5
An einer Gruppenbehandlung dürfen maximal 12 Patienten teilnehmen.

4g.3
Absatz 3 (bleibt frei)

4g.4
Absatz 4

4g.4.1
Die Leistungserbringung und die Höhe der Vergütung richtet sich nach den geschlossenen Verträgen des § 132b des SGB V.

5

Zu § 5 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf

5.1
Absatz 1 (bleibt frei)

5.2
Absatz 2

5.2.1
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.

5.2.2
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.

5.2.3
Aufwendungen für eine berufliche oder soziale Eingliederung oder zur Förderung der Kommunikation sind nicht beihilfefähig.

5.2.4
Aufwendungen für medizinische Behandlungen sind nach § 4 BVO[1] beihilfefähig.

5.2.5
Bei einem pflegebedürftigen Kind ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden Kind gleichen Alters maßgebend.

5.2.6
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.

5.3
Absatz 3

---

1 Nr. **731.1**.

5.3.1
Aufwendungen für Leistungen zur Deckung eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs sind auch ohne Feststellung einer Pflegestufe in dem Umfang beihilfefähig, in dem sie nach den §§ 45a und 45b SGB XI zum Leistungsumfang der Pflegeversicherung gehören. Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen bei häuslicher Pflege sind in dem gleichen Umfang beihilfefähig, wie die Pflegekasse sie gewährt.

5.4
Absatz 4

5.4.1
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 aufgeführt 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 Nummer 10 Satz 2 2. Halbsatz BVO[1] entsprechend.

5.4.2
Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind beihilfefähig.

5.4.3
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 Euro als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die Pflegekasse/Pflegeversicherung einen Zuschuss geleistet hat.

5.4.4
Der Betrag von 2.557 Euro 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 Euro erneut geltend gemacht werden.

---

1 Nr. **731.1**.

5.4.5
Der seitens der jeweiligen Pflegekasse/Pflegeversicherung vom Pflegebedürftigen einbehaltene Eigenanteil ist beihilferechtlich unbeachtlich.

5.5
Absatz 5

5.5.1
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.

5.5.2
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 Beihilfegewährung dieser Antrag maßgebend.

5.5.3
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.

5.5.4
Um eine nahtlose Beihilfegewährung sicherzustellen, soll die Beihilfestelle den Beihilfeberechtigten darauf hinweisen, dass er rechtzeitig vor Ablauf der Befristung die Beihilfestelle über die weitere Entscheidung der Pflegekasse/Pflegeversicherung hinsichtlich einer Befristungsverlängerung (ggf. mit geänderte Pflegestufe) unterrichtet.

5.5.5
Erhebt der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe 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.

5.6
Absatz 6

5.6.1
Es ist kein weiteres Voranerkennungsverfahren erforderlich; die Empfehlung des Gutachters der Pflegekasse bindet grundsätzlich die Beihilfestelle.

5.7
Absatz 7

5.7.1
Aufwendungen für Beratungsbesuche sind grundsätzlich nur im Zusammenhang mit häuslicher Pflege nach § 5a Absatz 2 BVO[1] beihilfefähig. Beihilfefähig sind je Beratungseinsatz

1. bei Pflegestufe I und II halbjährlich jeweils bis zu 21 Euro und
2. bei Pflegestufe III vierteljährlich jeweils bis zu 31 Euro.

Bei Pflegebedürftigen, bei denen zusätzlich die Voraussetzungen des § 5 Absatz 3 BVO[1] vorliegen, sind die Aufwendungen für Beratungsbesuche innerhalb der in Satz 2 genannten Zeiträume zweimal beihilfefähig.

5.7.2
Pflegebedürftige, bei denen die Voraussetzungen des § 5 Absatz 3 BVO[1] vorliegen, ohne dass sie mindestens die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal Aufwendungen bis zu 21 Euro pro Beratungseinsatz geltend machen.

5.8
Absatz 8

5.8.1
Derzeit besteht zwischen dem Land NRW und der COMPASS Private Pflegeberatung keine Vereinbarung, die COMPASS berechtigen würde, die von ihr erbrachte Pflegeberatung in Rechnung zu stellen. Entsprechende Anträge auf Kostenübernahme bzw. Kostenbeteiligung sind daher seitens der Beihilfestelle derzeit abzulehnen.

5a
Zu § 5a Häusliche Pflege

5a.1
Absatz 1

5a.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.

1 Nr. **731.1**.

5a.1.2
Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Nummer 5.2.2 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[1]) 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 Pflegedienst eine entsprechende Vergütungsvereinbarung einzuholen und zu den Akten des Beihilfeberechtigten zu nehmen.

5a.1.3
Soweit bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III ein besonderer Pflegebedarf besteht, sind die Aufwendungen zusätzlich bis zu 1.918 Euro monatlich beihilfefähig. Es bedarf keiner förmlichen Anerkennung des Pflegebedürftigen als Härtefall nach § 36 Absatz 4 Satz 1 SGB XI durch die zuständige Pflegekasse/ Pflegeversicherung.

5a.1.4
Wird die Pflege nicht für einen vollen Monat erbracht, wird der beihilfefähige Pauschalbetrag nach § 5a Absatz 1 BVO[1] nicht anteilig gekürzt. Auf die Notwendigkeit und Angemessenheit der geltend gemachten Kosten ist in diesem Fall verstärkt zu achten.

5a.1.5
Neben den Pflegekosten sind die Aufwendungen für medizinische Behandlungen beihilfefähig. Hierzu zählen insbesondere Injektionen, Anlegen und Wechseln von Verbänden, Kathetern etc., Darmspülungen, Dekubitusversorgung (nicht Dekubitusprophylaxe), Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Verabreichung von Sondennahrung.

5a.1.6
Entstehen in Pflegefällen ohne formale Anerkennung als Härtefall nach § 36 Absatz 4 SGB XI auf Grund besonderen Pflegebedarfs in der Pflegestufe III höhere Aufwendungen, sind die Aufwendungen für häusliche Pflege bis zu einem monatlichen Gesamtbetrag von 3.468 Euro (1.550 Euro plus 1.918 Euro) 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[1]).

In diesen Fällen ist zunächst der Berechnung der Pflegeversicherung zu folgen. Die den Höchstbetrag für häusliche Pflege nach § 5a Absatz 1 Satz 1 BVO[1] überschreitenden Aufwendungen können zusätzlich als beihilfefähig anerkannt werden, soweit unter Einbeziehung der beihilfefähigen Aufwendungen nach den §§ 5a Absatz 1 und 5b Absatz 2 BVO[1] der Gesamtbetrag von 3.468 Euro nicht überschritten wird.

5a.2
Absatz 2

---

1 Nr. **731.1**.

5a.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.

5a.2.2
Die häusliche Pflege wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Pflegebedürftige in einem Altenwohnheim oder einer Altenwohnung lebt. Eine Beihilfegewährung 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 in Verbindung mit § 72 SGB XI handelt. Hält sich der Pflegebedürftige in einer nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung (nicht Einrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 4 SGB XI) auf, besteht aufgrund der insoweit selbst sichergestellten Pflege ein Beihilfeanspruch nach § 5a Absatz 2 BVO.

5a.2.3
Ist ein pflegebedürftiger Schüler wochentags in einer Einrichtung (nicht Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 SGB XI, sondern z. B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Werkstatt und Wohnheim für Menschen mit Behinderungen, Kindergarten) internatsmäßig 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.

Von einer dauerhaften Internatsunterbringung ist demgegenüber auszugehen, wenn der Pflegebedürftige nicht regelmäßig jedes Wochenende in den Haushalt der Familie zurückkehrt; in diesen Fällen ist der Lebensmittelpunkt innerhalb des z. B. Internats anzunehmen. 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 5c.6.4 wird hingewiesen.

5a.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.

5a.2.5
Für Pflegepersonen sind nach § 5a Absatz 2 Satz 5 BVO in Verbindung mit den §§ 19 und 44 SGB XI Beiträge zur Rentenversicherung abzuführen. Die Beiträge sind nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c SGB VI von den Beihilfestellen anteilig zu tragen. Einzelheiten der Zahlungsabwicklung ergeben sich aus dem gemeinsamen Rundschreiben der

Spitzenorganisationen der Pflege- und Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht für rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vom 9. Januar 2013, das auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung (www.deutsche-rentenversicherung.de) veröffentlicht ist. Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. Die Beihilfestellen haben insoweit keine Meldepflicht. Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge erstellt die private oder die soziale Pflegeversicherung, nicht jedoch die Beihilfestelle.

5a.2.6

Nach § 44a SGB XI haben Beschäftigte, die nach § 3 Absatz 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) von der Arbeitsleistung freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) wird, auf Antrag Anspruch gegenüber der jeweiligen Beihilfestelle auf zusätzliche Leistungen (vgl. Nummer 5a.2.7), wenn sie nahe Angehörige pflegen, die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen sind. Auf Beamte als Pflegepersonen ist das PflegeZG nicht anzuwenden. Für sie gelten die §§ 65a und 76 in Verbindung mit 71 Absatz 3 LBG.

5a.2.7

Zusätzliche Leistungen nach Nummer 5a.2.6 (s. o.) sind die Entrichtung des Beitrages zur Arbeitslosenversicherung und die Gewährung eines Zuschusses zur Kranken- und Pflegeversicherung für die Pflegeperson. Soweit Pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen sind, werden die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und der Zuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag von der Pflegeversicherung bzw. den Pflegekassen und den Beihilfestellen anteilig gezahlt.

5a.2.7.1

Zur Ermittlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden den Beihilfestellen von den Pflegekassen bzw. den privaten Pflegeversicherungsunternehmen spätestens am Ende der Pflegezeit folgende Informationen übermittelt (vgl. Abschnitt V Nummer 2 und Anlage 4 des in Nummer 5a.2.5 Satz 3 genannten Rundschreibens):

- Familien- und Vorname, Geburtsdatum und Anschrift der pflegebedürftigen Person,
- Familien- und Vorname, Geburtsdatum und Anschrift der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt (arbeitslosenversicherungspflichtige Pflegeperson),
- die Rentenversicherungsnummer der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt (soweit bekannt),
- Beginn und Ende der Beitragspflicht sowie Rechtskreiskennzeichnung („Ost“ oder „West“),

- Angaben zu der beihilfeberechtigten Person, falls die pflegebedürftige Person keinen eigenen Beihilfeanspruch hat.

Eine Verpflichtung zur Zahlung der Beiträge durch die Beihilfestelle ergibt sich erst nach Erhalt dieser Mitteilung.

5a.2.7.2

Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung erfolgt als Gesamtbeitrag für das Kalenderjahr (Beitragsjahr), in dem eine Person Pflegezeit in Anspruch genommen hat (§ 349 Absatz 5 Satz 2 SGB III). Die Beiträge sind auf Grund der Mitteilungen (Nummer 2.1) unabhängig von der Stellung eines Beihilfeantrages im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt. Dabei sind eventuelle Überzahlungen oder Minderzahlungen aus vorherigen Beitragsjahren auszugleichen. Geht für das abzurechnende Beitragsjahr die Mitteilung bei der Beihilfestelle bis zum 28. bzw. 29. Februar des Folgejahres ein, sind die Beiträge für die darin genannten Personen mit dem auf das abzurechnende Beitragsjahr entfallenden Beitrag bis zum 31. März desselben Jahres fällig. Geht die Mitteilung dagegen nach dem 28. bzw. 29. Februar ein, können die Beiträge mit dem Gesamtbeitrag des Folgejahres gezahlt werden.

Beispiel:

Eingang der Mitteilung: 15. Februar 2014

Beitragspflicht vom 1. August 2013 bis 31. Januar 2014.

Die Beiträge für die Zeit vom 1. August bis 31. Dezember 2013 sind in die spätestens am 31. März 2014 fällige Beitragszahlung einzubeziehen; der Beitrag für Januar 2014 ist bei der bis Ende März 2015 fälligen Beitragszahlung zu berücksichtigen.

5a.2.7.3

Nach § 345 Nummer 8 SGB III betragen die beitragspflichtigen „Einnahmen“ bei Personen in der Pflegezeit 10 Prozent der monatlichen Bezugsgröße in der Sozialversicherung (§ 18 Absatz 1 SGB IV). Wird die Pflegetätigkeit im Beitrittsgebiet ausgeübt, ist die dort geltende Bezugsgröße (Bezugsgröße Ost, § 18 Absatz 2 SGB IV) maßgebend. Der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt der Pflegeperson ist in diesem Zusammenhang unbeachtlich. Maßgebend ist der Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung, der in dem Zeitraum gilt, für den die Freistellung von der Arbeitsleistung nach dem PflegeZG erfolgt.

Beispiel:

Monatl. Bezugsgröße (West) 2013	2.695,00 Euro
Beitragspflichtige Einnahmen	269,50 Euro
Beitragssatz Arbeitslosenversicherung 2013	3,0 v. H.
Daraus errechnet sich für das Beitragsjahr 2013 ein monatlicher beihilfefähiger Gesamtbeitrag von	8,09 Euro

5a.2.7.4

Der Gesamtbeitrag ist auf das Konto der Bundesagentur für Arbeit zu überweisen. Eine Trennung nach den Rechtskreisen Ost und West ist nicht erforderlich. Die in den Überweisungsauftrag zu übernehmenden Angaben ergeben sich Abschnitt III Nummer 4.1 des gemeinsamen Rundschreibens (s. Nummer 5a.2.5). Die „Betriebsnummer“ der zahlenden Stelle ist auch für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen erforderlich. Sofern die Betriebsnummer nicht bereits vorhanden ist, muss sie bei der örtlichen Agentur für Arbeit, in deren Bezirk die Beihilfestelle liegt, beantragt werden. Nähere Informationen sind auf der Internetseite der Bundesagentur für Arbeit (www.arbeitsagentur.de) einzusehen.

5a.2.7.5

Der Zuschuss zu Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen wird gewährt für eine freiwillige Versicherung in der GKV, eine Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 SGB V oder nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, für eine Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, für eine Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung, soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist.

5a.2.7.6

Der höchstmögliche Zuschuss für die Krankenversicherung je Kalendertag errechnet sich aus der Multiplikation des bundeseinheitlichen Beitragssatzes mit dem 90sten Teil der monatlichen Bezugsgröße. Die Höhe des Zuschusses für die Pflegeversicherung errechnet sich aus der Mulitiplikation des bundeseinheitlichen Beitragssatzes, ggf. zuzüglich des Zuschlags für Kinderlose von 0,25 v. H. (nur bei Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung), mit dem 90sten Teil der monatlichen Bezugsgröße. Der Zuschuss darf nicht höher sein als der gezahlte Beitrag. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind durch entsprechende Bescheinigungen der Kranken- und Pflegekassen und der Unternehmen der PKV nachzuweisen:

Beispiel:

Bundeseinheitlicher Beitragssatz KV 2013	15,50 %
Beitragssatz PV 2013 (ggf. zzgl. 0,25 v. H. für Kinderlose)	2,05 %
Monatl. Bezugsgröße (West) 2013	2.695,00 Euro
Höchstmögl. beihilfefähiger Zuschuss KV (4,64 Euro x 30 Tage)	139,24 Euro
Höchstmöglicher beihilfefähiger Zuschuss PV	18,42 Euro (20,66 Euro)

5a.2.7.7
Die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt, auf Antrag gewährt. Für den Antrag kann das Formblatt nach Anlage 4 verwendet werden. Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, sind unverzüglich der für die pflegebedürftige Person zuständigen Beihilfestelle mitzuteilen.

5a.2.7.8
Die Abführung der Arbeitslosenversicherungsbeiträge an die Bundesagentur für Arbeit sowie die Auszahlung der Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung an die pflegende Person erfolgt durch die für die pflegebedürftige Person zuständige Beihilfestelle. Die Beihilfestelle hat die Unterlagen über die Abführung und Zahlung von Arbeitslosenversicherungsbeiträgen und Zuschüssen zur Kranken- und Pflegeversicherung (vgl. Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit vom 1. Juli 2008, das auf der Internetseite der Bundesagentur für Arbeit veröffentlicht ist) fünf Jahre aufzubewahren.

5a.3
Absatz 3

5a.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 im Sinne des § 5a Absatz 3 BVO.

5a.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.

5a.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[1] 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 1.550 Euro beihilfefähig.

---

1 Nr. **731.1**.

5a.3.4
Die Ersatzpflege muss nicht im Haushalt des Pflegebedürftigen 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 Pflegeinrichtung (unabhängig von einer Zulassung nach § 72 SGB XI) durchgeführt werden. Beihilfefähig bis zum Höchstbetrag sind ausschließlich die pflegebedingten Aufwendungen. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, 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 5c.6.5 wird hingewiesen.

5a.3.5
Der Anspruch auf Ersatzpflege entsteht mit jedem Kalenderjahr neu. Wird der Betrag von 1.550 Euro in einem Jahr nicht ausgeschöpft, erfolgt keine Übertragung des Restbetrages in das nächste Jahr.

5a.4
Absatz 4

5a.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.

5b
Zu § 5b Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

5b.1
Absatz 1

5b.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.

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

5b.2
Absatz 2

5b.2.1
Sofern die Tages- und Nachtpflegeeinrichtung eine sogenannte „Abwesenheitsvergütung“ auf Grund der bestehenden vertraglichen Regelungen berechnet, ist diese bis zu den in § 5b Absatz 2 BVO genannten Höchstbeträgen beihilfefähig.

5b.3
Zu Absatz 3

5b.3.1
Werden die Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege ausschließlich mit Aufwendungen nach § 5a Absatz 1 BVO geltend gemacht, sind die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat 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 § 5a 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.

5b.4
Absatz 4

5b.4.1
Werden die monatlichen Aufwendungen für Tages- und 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[1] 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.

5b.5
Absatz 5

5b.5.1
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 ge-

1 Nr. **731.1**.

machten 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.

5b.6
Absatz 6

5b.6.1
Erhält der Pflegebedürftige eine Pauschale nach § 5a Absatz 2 BVO, wird diese für den Aufnahme- und Entlassungstag der Kurzzeitpflege weiter gewährt. 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.

5b.6.2
Soweit die Kurzzeitpflegeeinrichtung mit der Pflegekasse/Pflegeversicherung eine sogenannte „Abwesenheitsvergütung“ (§§ 75 Absatz 2 Nummer 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.

5b.7
Absatz 7 (bleibt frei)

5b.8
Absatz 8

5b.8.1
Die besonderen Regelungen der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege für pflegebedürftige Personen bis zur Vollendung des 25. 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. Beihilferechtlich ist die Entscheidung der Pflegeversicherung abzuwarten.

5c
Zu § 5c Vollstationäre Pflege

5c.1
Absatz 1

5c.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).

5c.1.2
Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 SGB XI sind grundsätzlich nicht beihilfefähig.

5c.1.3
§ 5c Absatz 1 Satz 2 und 3 BVO findet bei Beihilfeberechtigten, die nicht pflegeversichert sind, keine Anwendung. § 5c Absatz 1 Satz 1 BVO ist bei diesen Beihilfeberechtigten dagegen anzuwenden.

5c.1.4
Bei dem Zuschuss nach § 5c Absatz 1 Satz 2 BVO (zu 100 v. H.) handelt es sich um eine Fürsorgeleistung. Aus diesem Grund sind an die Angemessenheit der Aufwendungen verstärkte Anforderungen zu stellen. Die nach § 5c Absatz 1 Satz 3 BVO zu beachtenden Obergrenzen (je nach Pflegestufe) basieren auf den Daten des Statistischen Bundeamtes zu den durchschnittlichen Pflegesätzen im Bundesgebiet.

5c.1.5
§ 12 Absatz 7 Satz 2 BVO gilt für die Zuschussleistung nach § 5c Absatz 1 Satz 2 BVO entsprechend; darüber hinausgehende Leistungen (über täglich 80 Euro) sind vom ermittelten Zuschussbetrag (von der Fürsorgeleistung) in Abzug zu bringen.

5c.2
Absatz 2

5c.2.1
Dienstbezüge sind die in § 1 Absatz 2 ÜBesG NRW genannten Bruttobezüge; Versorgungsbezüge sind die laufenden Bezüge nach Anwendung von Ruhens- und Anrechnungsvorschriften. Unfallausgleich nach § 35 LBeamtVG bleibt unberücksichtigt. Zu den Renten zählen nicht die Beitragsanteile 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.

5c.2.2
Als Erwerbseinkommen im Sinne des § 5c Absatz 2 Sätze 2 und 4 sind Einkünfte aus nicht selbstständiger 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.

5c.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.

5c.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.

5c.2.5
Soweit die Pflegekasse/Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen der Pflegeinrichtung nach § 87a Absatz 4 SGB XI ein Zusatzentgelt von 1.536 Euro bewilligt, hat sich die Beihilfestelle mit dem jeweiligen Bemessungssatz des Pflegebedürftigen zu beteiligen.

5c.3
Absatz 3

5c.3.1
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, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b SGB XI vorzunehmen.

5c.4
Absatz 4 (bleibt frei)

5c.5
Absatz 5 (bleibt frei)

5c.6
Absatz 6

5c.6.1
Anspruchsvoraussetzung für eine Beihilfegewährung ist, dass mindestens die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind. Die Entscheidung der jeweiligen Pflegekasse/Pflegeversicherung und deren Leistungsbewilligung sind abzuwarten; sie ist für die Beihilfestelle bindend.

5c.6.2
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).

5c.6.3
Berechnet die Einrichtung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen eine Platzgebühr, ist grundsätzlich für einen Zeitraum bis zu 28 Tagen die „Pauschale“ weiter zu gewähren. Wird dieser Zeitraum auf Grund einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Absatz 1 Nummer 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.

5c.6.4
Neben dem Beihilfeanspruch nach § 5c Absatz 6 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 Abreisetag (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 Pauschalbetrag 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 6 BVO den für die jeweilige Pflegestufe festgelegten Höchstbetrag nach § 5a Absatz 1 oder 2 BVO nicht übersteigen.

5c.6.5
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 6 BVO ist nicht vorzunehmen. Sofern für die pflegebedürftige Person in der 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 6 BVO abgegolten.

5d
Zu § 5d Zusätzliche Betreuungsleistungen bei häuslicher und stationärer Pflege

5d.1
Absatz 1

5d.1.1
Beihilfeberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegestufen 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 Pflegestufe I erreicht.

Ob die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, entscheidet die jeweilige Pflegekasse/Pflegeversicherung. Die Entscheidung ist für die Beihilfestelle bindend.

5d.1.2
Die zusätzlichen Betreuungsleistungen dienen der Erstattung von Aufwendungen, die der pflegebedürftigen 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 Beihilfestelle abzuwarten.

5d.2
Absatz 2

5d.2.1
Der Anspruch auf bis zu 100 Euro (Grundbetrag) bzw. bis zu 200 Euro (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.

5d.3
Absatz 3

5d.3.1
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.

5d.4
Absatz 4

5d.4.1
Die von den Pflegeeinrichtungen in Fällen der Pflegestufe „0“ (§ 5d Absatz 1) berechneten Vergütungszuschläge sind beihilfefähig.

5d.5
Absatz 5 (bleibt frei)

5d.6
Absatz 6 (bleibt frei)

5d.7
Absatz 7 (bleibt frei)

6
Zu § 6 Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

6.1
Absatz 1

6.1.1
Nummer 3.2.8 gilt 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).

6.1.2
Bei der Anschlussheilbehandlung handelt es sich um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, in deren Rahmen die während einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Absatz 1 Nummer 2 BVO) begonnenen Leistungen fortgesetzt werden, um einen langfristigen Erfolg zu erreichen. In diesen Fällen kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durch die Beihilfestelle – ggf. auch nachträglich – anerkannt werden, wenn der Krankenhausarzt deren Notwendigkeit bescheinigt und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme spätestens einen Monat nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung beginnt, eine weitere amtsärztliche Begutachtung ist nicht erforderlich. Bei einer zuvor ambulant durchgeführten Chemo- oder Strahlentherapie gilt eine anschließend notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme ebenfalls als Anschlussheilbehandlung.

6.1.3
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 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.

6.1.4
Treten mehrere Personen (behandlungsbedürftige Person einschließlich Begleitperson) die Rehabilitationsmaßnahme gleichzeitig mit einem privaten Personenkraftwagen an, wird der Zuschuss für die erste Person zu 100 v. H. und für den/die Mitfahrer zu jeweils 50 v. H. gewährt. Ist die Hin- und Rückfahrt nur im Krankenwagen möglich, gilt § 4 Absatz 1 Nummer 11 Satz 3 BVO entsprechend.

6.2
Absatz 2

6.2.1
Verfügt die aufgesuchte Einrichtung sowohl über eine genehmigte Reha- als auch eine Krankenhausabteilung, richtet sich die beihilferechtliche Abrechnung nach der Unterbringung des Erkrankten. Ein Wechsel von einer in eine andere Abteilung während eines Aufenthaltes kann beihilferechtlich berücksichtigt werden. Bei längeren oder ausschließlichen Aufenthalten in der Krankenhausabteilung ist gegebenenfalls die Notwendigkeit dieser Unterbringung durch einen Amtsarzt zu überprüfen.

6.3
Absatz 3

6.3.1
Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder 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. Aufwendungen für Arzneimittel, die die Einrichtung verordnet bzw. verabreicht, sind neben der Pauschale beihilfefähig.

6.3.2
Wird die Preisvereinbarung der Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger durch den Beihilfeberechtigten nicht beigebracht, sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 BVO, für das amtsärztliche Gutachten sowie den ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig. Daneben wird ein Zuschuss nach § 7 Absatz 3 Satz 2 BVO gewährt.

6.4
Absatz 4 (bleibt frei)

6a

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

6a.1
Absatz 1

6a.1.1
Die Einrichtung muss die Voraussetzungen nach § 24 SGB V oder alternativ nach § 41 Absatz 1 SGB V erfüllen.

6a.1.2
Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer stationären Müttergenesungskur bzw. Mutter-/Vater-Kind-Kur setzt voraus, dass der Amtsarzt vor Behandlungsbeginn die Kurbedürftigkeit der Mutter/des Vaters und/oder eines Kindes bestätigt hat.

6a.1.3
Eine Kur nach § 6a Absatz 1 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 Nummer 6a.2.1 sinngemäß.

6a.2
Absatz 2

6a.2.1
Für mitgenommene nicht behandlungsbedürftige Kinder bis zum vollendeten 14. 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.

6a.3
Absatz 3 (bleibt frei)

6b
Zu § 6b Familienorientierte Rehabilitation

6b.1
Absatz 1

6b.1.1
Ziel der familienorientierten Rehabilitation ist die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder unabhängig davon, ob jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzung für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt. Die Voraussetzungen müssen nur bei dem erkrankten Kind vorliegen (§ 6b Absatz 2 BVO). Ein gutachterliches Voranerkennungsverfahren ist nicht erforderlich; die Verordnung des behandelnden Arztes des erkrankten Kindes ist ausreichend.

6b.2
Absatz 2 (bleibt frei)

6b.3
Absatz 3 (bleibt frei)

6b.4
Absatz 4

6b.4.1
Nummer 6b.1 Satz 3 gilt entsprechend.

6b.5
Absatz 5

6b.5.1
Hinsichtlich der Beförderungskosten gilt § 6 Absatz 1 Satz 7 und Nummer 6.1.4 entsprechend.

6b.5.2
§ 12 Absatz 2 Buchstabe b gilt sinngemäß (die Beihilfenberechnung erfolgt nach dem Bemessungssatz des erkrankten Kindes).

6c
Zu § 6c Sozialmedizinische Nachsorge

6c.1
Die sozialmedizinische Nachsorge koordiniert und vernetzt zwischen den stationären und ambulanten Sektoren und bezieht alle Beteiligten ein: von den Familienmitgliedern über die behandelnden Ärzte, Therapeuten und Mitarbeiter in den Leistungszentren bis zu den Selbsthilfegruppen. Ergänzend bietet sie psychosoziale, emotional entlastende und praktische Hilfen an. Von der sozialmedizinischen Nachsorge werden insbesondere Früh- und Risikogeborene sowie Kinder mit Krebs oder anderen chronischen Erkrankungen erfasst und mit ihren Familien betreut.

6d
Zu § 6d Rehabilitationssport und Funktionstraining

6d.1
Absatz 1 (bleibt frei)

6d.2
Absatz 2

6d.2.1
Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining unter ärztlicher Betreuung und Überwachung sind grundsätzlich beihilfefähig. Beihilfefähig sind ausschließlich die in der Rahmenvereinbarung der Rehabilitationsträger über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 in der jeweils geltenden Fassung genannten Maßnahmen. Die Rahmenvereinbarung kann von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger bezogen werden.

6d.3
Absatz 3

6d.3.1
Beihilfefähig sind nur Gebühren, die der Veranstalter für gesetzlich versicherte Teilnehmer mit den Rehabilitationsträgern vereinbart hat. Nicht beihilfefähig sind Mitgliedsbeiträge, Aufwendungen für den Besuch eines Fitness-Studios oder für allgemeine Fitness-Übungen und -Geräte sowie für notwendige Sportbekleidung und die Fahrten zum Veranstaltungsort. Dies gilt auch für die Aufwendungen einer ggf. notwendigen Begleitperson.

7

Zu § 7 Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

7.1
Absatz 1

7.1.1
Das Heilkurorteverzeichnis „Inland“ und „EU-Ausland“ ist als Anlage 5 zu dieser VV beigefügt. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (Nummer 7.4) können auch in einem Ort außerhalb des Kurorteverzeichnisses durchgeführt werden.

7.2
Absatz 2

7.2.1
Die Aufwendungen für eine Kur sind auch dann beihilfefähig, wenn die Kur nicht ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, weil der Beihilfeberechtigte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, daran gehindert wurde.

7.2.2
Als Wartezeit nach § 7 Absatz 2 Buchstabe a BVO gilt die Zeit ab erstmaligem 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.

7.3
Absatz 3

7.3.1
Ist die An- und /oder Abreise zum Kurort nur im Krankenwagen möglich, gilt § 4 Absatz 1 Nummer 11Satz 3 BVO entsprechend.

7.4
Absatz 4

7.4.1
Eine Anschlussheilbehandlung kann auch im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden; § 7 Absatz 2 Buchstaben a und b BVO gelten insoweit nicht. Eine amtsärztliche Bestätigung (§ 7 Absatz 2 Buchstabe d BVO) ist entbehrlich.

7.4.2
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 4 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.

7.4.3
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.

7.4.4
Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind auch beihilfefähig, wenn sie von Einrichtungen durchgeführt werden, die der stationären Rehabilitation dienen.

7.4.5
Die ärztlich verordnete ambulante Rehabilitationsmaßnahme umfasst auch die mobile Rehabilitation. Die mobile Rehabilitation ist eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation, bei der der Erkrankte zu Hause behandelt wird.

7.4.6
Ist zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme eine Begleitperson aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich, gilt für die Aufwendungen der Begleitperson § 7 Absatz 3 Satz 4 BVO entsprechend.

7.4.7
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 20 Behandlungstagen zustimmen. Darüber hinaus sind weitere beihilferechtlichen Verlängerungen nur in dem Umfang der Bewilligung der Krankenversicherung des Patienten möglich.

8

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

8.1
Absatz 1

8.1.1
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 Wehen auslösender 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 im Zusammenhang mit diesen Leistungen entstandenen Sachkosten.

8.2
Absatz 2

8.2.1
Über die Notwendigkeit einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation entscheidet die Beihilfestelle auf der Grundlage eines amtsärztlichen Gutachtens. Die Kosten des Gutachtens sind beihilfefähig.

8.3
Absatz 3

8.3.1
Auf nachfolgende Nummer 8.4.3 Satz 3 wird hingewiesen.

8.4
Absatz 4

8.4.1
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.

8.4.2
Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. Außerdem sind Aufwendungen für die Kryokonservierung von Sa-

menzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig. In medizinisch begründeten besonderen Ausnahmefällen können mit Zustimmung des Finanzministeriums Aufwendungen der Kryokonservierung von Samen- oder Eizellen als beihilfefähig anerkannt werden. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die medizinisch nicht notwendig war, sind nicht beihilfefähig.

8.4.3

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 sogenannte „Verursacherprinzip“ (vgl. Urteil des BGH vom 3. März 2004 – IV ZR 25/03) ist beihilferechtlich 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, ggf. einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens (Reifung der Samenzellen, ohne die eine Befruchtung der Eizelle nicht möglich ist), sind dem Mann zuzuordnen,
2. Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die speziellen Risiken) und die ggf. in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung entfallen auf den Mann,
3. Aufwendungen für die Beratung der Ehegatten nach Nummer 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung, nicht nur im Hinblick auf die gesundheitlichen Risiken und die Erfolgsquoten der Behandlungsverfahren, sondern auch auf die körperlichen und seelischen Belastungen insbesondere für die Frau) sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen entfallen auf die Frau,
4. 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,
5. ansonsten werden extrakorporale Maßnahmen demjenigen zugeordnet, bei dem die Maßnahmen durchgeführt werden: z. B. Fertilitätsstörungen des Mannes, diesem.

9

Zu § 9 Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

9.1

Absatz 1

9.1.1
Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zugrunde gelegt. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.

9.1.2
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.

9.1.3
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 Absatz 1 Satz 2 BVO für jedes Kind gewährt.

9.2
Absatz 2 (bleibt frei)

10

Zu § 10 Behandlungs- und Beförderungskosten im Ausland; Auslandskrankenversicherung

10.1
Absatz 1

10.1.1
Rechnungsbeträge in ausländischer Währung (außerhalb des Euroraumes) sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe maßgebenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro 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.

10.1.2
Für Pflichtversicherte sowie 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 zu Aufwendungen für eine Krankenbehandlung oder Entbindung im Ausland nur gezahlt, wenn im Ausland keine Sachleistung oder Kostenerstattung erlangt werden konnte und das Ausland nicht zum Zwecke der Behandlung aufgesucht wurde. § 3 Absatz 4 BVO bleibt unberührt.

10.2
Absatz 2

10.2.1
Als „andere“ Krankenhäuser im Sinne des Satzes 2 sind insbesondere Krankenhäuser anzusehen, die denen entsprechen, die in Deutschland nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind. Nummer 10.1.1 gilt in Fällen des § 10 Absatz 2 Satz 2 BVO entsprechend.

10.3
Absatz 3

10.3.1
Ausländische Krankenanstalten und Einrichtungen können auch dann als stationäre Einrichtungen i.S. des § 6 anerkannt werden, wenn wegen fehlender Regelungen eine Überwachung durch die zuständige Gesundheitsbehörde oder eine Konzessionierung nicht erfolgt.

10.3.2
Aufwendungen, die im Kleinen Walsertal (Österreich) und in der Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang (Schweiz) entstehen, sind grundsätzlich wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Da über die Art der Behandlung (Krankenhaus- oder stationäre Rehabilitationsbehandlung) regelmäßig erst der leitende Arzt nach der Eingangsuntersuchung entscheidet, ist im Interesse des Beihilfeberechtigten in jedem Fall ein Anerkennungsverfahren nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BVO durchzuführen.

10.3.3
Als ausländische Kurorte anerkannt sind die in der Anlage 5 (Teil 3 und 4) zu dieser VV aufgeführten Orte. Diesen sind Kurorte bzw. Kurbetriebe gleichgestellt, die nach Auskunft des europäischen Heilbäderverbandes (EHV) die für die Durchführung von ambulanten Kuren in Deutschland vorgeschriebenen Qualitätsstandards erfüllen. Es wird gebeten, dem Finanzministerium von Stellungnahmen des EHV zu entsprechenden Anfragen jeweils eine Mehrausfertigung zu übersenden.

10.3.4
Als Nachweis nach § 10 Absatz 3 Satz 3 BVO reicht eine Bescheinigung des Kurortes aus, dass dieser nach jeweiligem Landesrecht als Kurort anerkannt ist. Eventuelle Übersetzungskosten trägt der Beihilfeberechtigte.

10.4
Absatz 4

10.4.1
In den Fällen des § 10 Absatz 4 Nummer 3 BVO sind alle anlässlich des Krankheitsfalles des Beihilfeberechtigten oder einer berücksichtigungsfähigen Person entstandenen Aufwendungen (z. B. Arztkosten, Arzneimittel) zusammenzurechnen.

10.5
Absatz 5 (bleibt frei)

10.6
Absatz 6 (bleibt frei)

10.7
Absatz 7

10.7.1
Maßgebend ist der Beihilfebemessungssatz der versicherten Person. Bei Pauschalverträgen ist der Bemessungssatz des Beihilfeberechtigten zu berücksichtigen.

10.7.2
Leistungen der Auslandskrankenversicherung sind vorrangig in Anspruch zu nehmen. Ein Beihilfeanspruch besteht nur hinsichtlich der ungedeckten Aufwendungen.

10.7.3
Eine Kopie des Versicherungsvertrages ist zur Beihilfeakte zu nehmen.

11
Zu § 11 Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

11.1
Absatz 1

11.1.1
Zu den Überführungskosten rechnen neben dem Transport mit dem Leichenwagen auch die Kosten für den Leichenpass, Notsarg oder Zinksarg (soweit vorgeschrieben).

11.1.2
Ist der Tod während einer Dienstreise, einer Abordnung oder vor Ausführung eines dienstlich angeordneten Umzuges eingetreten, ist § 12 Absatz 5 Buchstabe b BVO zu beachten.

11.2
Absatz 2 (bleibt frei)

12
Zu § 12 Bemessung der Beihilfen

12.1
Absatz 1

12.1.1
Die Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 12 Absatz 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.

12.1.2
In den Fällen des § 12 Absatz 1 Satz 4 BVO ist durch gemeinsame schriftliche Erklärung nach Anlage 6 zu dieser VV 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.

12.1.3
Nach den beihilferechtlichen Regelungen des Bundes und ggf. anderer Länder wird ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, der den Familienzuschlag nach § 40 BBesG (ÜBesG NRW vom 16. Mai 2013, GV. NRW. S. 233) erhält. Die Beihilfeberechtigten bestimmen in diesen Fällen bereits mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Beihilfebemessungssatzes. Hierüber ergeht seitens der zuständigen Bundesbeihilfestelle (und ggf. Landesbeihilfestelle außerhalb des Geltungsbereichs der BVO) eine gesonderte Bescheinigung, die zu den Akten zu nehmen ist.

12.1.4
§ 12 Absatz 1 Satz 4 zweiter Halbsatz BVO ist auch anzuwenden, wenn ein Beihilfeberechtigter Anspruch auf Beihilfe nach personenbezogenen Bemessungssätzen auf Grund von Vorschriften eines anderen Dienstherrn hat.

12.1.5
Nummer 2.2.4 gilt entsprechend.

12.2
Absatz 2 (bleibt frei)

12.3
Absatz 3

12.3.1
§ 12 Absatz 3 Satz 1 BVO gilt 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 (§ 3 Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 BVO).

12.4
Absatz 4

12.4.1
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.

12.5
Absatz 5

12.5.1
Wird der Nachweis nach § 12 Absatz 5 Satz 2 BVO nicht erbracht, kann eine Erhöhung des Bemessungssatzes nicht erfolgen. Unabhängig vom Leistungsumfang genügt eine vor dem 1. April 2007 abgeschlossene Versicherung, sofern sie ambulante und stationäre Leistungen vorsieht, sowie eine ab 1. Januar 2009 abgeschlossene Versicherung im sogenannten Basistarif als ausreichende Versicherung.

12.5.2
Eine Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 12 Absatz 5 ist in den Fällen des § 5c BVO ausgeschlossen (vgl. § 12 Absatz 5 Satz 2 BVO); der Fürsorgepflicht wird durch die Regelung des § 5c Absatz 1 Satz 2 und 3 BVO ausreichend Rechnung getragen.

12.5.3
Soweit Beihilfeberechtigte für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht über einen ausreichenden Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Krankheits- und Pflegefälle verfügen, ist eine Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 12 Absatz 5 Satz 2 BVO ausgeschlossen; auf Nummer 5c.1.3 wird hingewiesen.

12.6
Absatz 6

12.6.1
Bei einer Ausnahmeentscheidung ist der strengste Maßstab anzulegen; § 12 Absatz 5 Satz 2 ist zu beachten. Die Beihilfestelle kann auch einen Bemessungssatz wählen, der unter den Regelsätzen liegt.

12.7
Absatz 7

12.7.1
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 und Suprakonstruktionen die gesamten Kosten für zahntechnische Leistungen). Die bei stationärer Pflege berechneten Investitionskosten (§ 5c Absatz 2 Satz 1 BVO) sind auch dem Grunde nach nicht beihilfefähig.

12.7.2
Der Nachweis über die Leistungen der Krankenversicherung usw. ist durch entsprechende Bescheinigungen zu erbringen. Bei sogenannten Quotenversicherungen können die Leistungen durch Vorlage der Versicherungsverträge oder anderer geeigneter Versicherungsunterlagen nachgewiesen werden.

12.7.3
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.

12.7.4
Bei der Beihilfegewährung zu Aufwendungen in Todesfällen bleiben Leistungen aus Lebensversicherungen und Sterbegeldversicherungen unberücksichtigt.

12a
Zu § 12a Kostendämpfungspauschale

12a
Absatz 1

12a.1.1
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 (vgl. Artikel 1 Nummer 4 des Gesetzes vom 16. Mai 2013, GV. NRW. S. 233) bleiben außer Ansatz.

12a.1.2
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.

12a.1.3
Bei privat krankenversicherten Arbeitnehmern ist die jeweilige Vergütungsgruppe des Arbeitnehmers der entsprechenden Besoldungsgruppe eines Beamten nach dem Bundesbesoldungsgesetz zuzuordnen.

12a.2
Absatz 2 (bleibt frei)

12a.3
Absatz 3

12a.3.1
Bei 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 um Aufwendungen des Verstorbenen handelt, auch in dem Folgejahr – die Kostendämpfungspauschale.

12a.4
Absatz 4

12a.4.1
Bei Personen mit Ansprüchen auf Leistungen der Krankheitsfürsorge nach § 71 Absatz 3 und § 76 Absatz 2 Satz 3 LBG und § 6a Absatz 6 LRiG sowie § 4 PflegeZG entfällt die Kostendämpfungspauschale; dies gilt nicht bei einer Teilzeitbeschäftigung.

12a.5
Absatz 5

12a.5.1
Die Minderung ist auch bei einer Teilzeitbeschäftigung in ungekürzter Höhe vorzunehmen.

12a.6
Absatz 6

12a.6.1
Die Kostendämpfungspauschale ist auf volle 5 Euro abzurunden.

12a.7
Absatz 7 (bleibt frei)

13
Zu § 13 Verfahren

13.1
Absatz 1

13.1.1
Pensionsregelungsbehörde ist im kommunalen Bereich der letzte Dienstherr.

13.2
Absatz 2

13.2.1
Für den Beihilfeantrag, die Kassenanordnung und die Mitteilung über die Gewährung der Beihilfe sollen die als Anlagen 7 und 7a zu dieser VV 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 8 zu dieser VV vorzulegen. Sofern Bei-

hilfen mittels eines automatisierten Verfahrens festgesetzt werden, können dem Verfahren angepasste Vordrucke verwendet werden.

13.2.2
Für Beihilfeanträge aus Anlass dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 5 BVO) soll das als Anlage 9 zu dieser VV beigefügte Formblatt verwendet werden. Die Beihilfen aus Anlass dauernder Pflegebedürftigkeit sind für aktive Beamte unter Titel 441 02 und für Versorgungsempfänger unter Titel 446 02 zu buchen.

13.2.3
Auf die Vorlage der Originalbelege kann verzichtet werden. Bei Auslandsrechnungen ist dem Beihilfeantrag eine Kopie des Erstattungsnachweises der Krankenversicherung (ggf. der Auslandskrankenversicherung, z. B. ADAC) beizufügen.

13.2.4
Bei Halbwaisen ist eine Erklärung der Halbwaise und des Elternteils (bei minderjährigen Halbwaisen ausschließlich des Elternteils) einzuholen, bei welcher Beihilfestelle die Aufwendungen der Halbwaise eingereicht werden; die andere Beihilfestelle ist darüber zu informieren. Diese Erklärung ist bis zu ihrem Widerruf bindend.

13.2.5
Soweit bei sozialhilfeberechtigten Personen die Abwicklung der krankheitsbedingten Kosten nach § 264 SGB V über eine gesetzliche Krankenversicherung erfolgt, kann die von der Krankenkasse erstellte Quartalsabrechnung der Beihilfenberechnung zu Grunde gelegt werden. Die nach § 264 Absatz 7 SGB V zu entrichtenden Verwaltungskosten sind nicht beihilfefähig.

13.3
Absatz 3 (bleibt frei)

13.4
Absatz 4

13.4.1
Die Antragsgrenze von 200 Euro gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat. Soweit die Beihilfestelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Schriftstücken herstellt und die dem Beihilfeantrag beigefügten Belege nicht zurücksendet, kann sie auf die Einhaltung der Antragsgrenze verzichten.

13.5
Absatz 5 (bleibt frei)

13.6
Absatz 6 (bleibt frei)

13.7
Absatz 7

13.7.1
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.

13.7.2
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 10 zu dieser VV beigefügte Formblatt sollte nach Möglichkeit für die Beantragung der Abschlagszahlung verwendet werden.

13.7.3
In den Fällen des § 5a Absatz 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 Absatz 1 BVO) erforderlich ist. Weitere Abschläge können nur nach Eingang des Antrags bewilligt werden.

13.8
Absatz 8 (bleibt frei)

13.9
Absatz 9 (bleibt frei)

13.10
Absatz 10 (bleibt frei)

13.11
Absatz 11

13.11.1
Soweit die Beihilfestelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Schriftstücken herstellt, werden die dem Beihilfeantrag beigefügten Belege (Originalbelege oder/und Duplikate) nicht zurückgesandt. Die Belege werden spätestens drei Monate nach Eingang und Digitalisierung vernichtet. Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass ein vorgelegter Beleg unecht ist oder dass ein vorgelegter echter Beleg verfälscht worden ist, kann die Beihilfestelle mit Einwilligung des Beihilfeberechtigten bei dem Rechnungssteller eine Auskunft über die Echtheit des Beleges einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen.

13.12
Absatz 12 (bleibt frei)

14

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

14.1

Absatz 1

14.1.1

Kinder im Sinne von § 14 Absatz 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.

14.2

Absatz 2

14.2.1

Der Beihilfeantrag kann durch einen Testamentsvollstrecker oder Nachlassverwalter gestellt werden.

15

Zu § 15 Belastungsgrenze

15.1

Absatz 1

15.1.1

Zu berücksichtigen sind die jährlichen (Brutto-) Dienst- oder Versorgungsbezüge (Grundgehalt, Allgemeine Stellenzulagen, Familienzuschlag ohne kinderbezogene Anteile, vermögenswirksame Leistungen, Sonderzahlungen, Leistungsbezüge der W-Besoldung). Außer Ansatz bleiben variable Bezügebestandteile wie z. B. Erschwerniszulagen, Mehrarbeitsvergütungen, Vergütung für Beamte im Vollstreckungsdienst. Bei den Versorgungsbezügen handelt es sich insbesondere um Ruhegehalt, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeitrag. Soweit Anrechnungs-, Ruhens- und Regelungsvorschriften Anwendung finden, ist beihilferechtlich von dem ungekürzten Versorgungsbezug auszugehen.

15.1.2

Bei erstmaligem Anspruch auf Besoldung (auch nach Beendigung einer Beurlaubung, s. Nummer 15.1.3) oder auf Witwergeld im laufenden Kalenderjahr ist der erste volle Monatsbezug auf den Rest des laufenden Jahres hochzurechnen. Der so ermittelte Bruttojahresdienst(versorgungs)bezug dient als Bemessungsgrundlage zur Ermittlung der Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres. Einkommen aus anderen Beschäftigungsverhältnissen (außerhalb des Beamtenstatus) sowie Rentenbezüge bleiben außer Ansatz. Für das Folgejahr ist an Hand des Januarbezuges ein fiktiver Vorjahresbruttobetrag (12/12) zu ermitteln.

15.1.3
Bei Personen mit Ansprüchen auf Leistungen der Krankheitsfürsorge nach § 71 Absatz 3 und § 76 Absatz 2 Satz 3 LBG sowie nach § 6a Absatz 6 LRiG sowie § 4 PflegeZG gilt Nummer 15.1.2 entsprechend. Soweit dieser Personenkreis im Vorjahr und im laufenden Jahr keine Bezüge erhalten hat bzw. erhält, wird die Belastungsgrenze auf 0 Euro festgesetzt.

15.1.4
Ein Versorgungsabschlag (-ausgleich) bleibt unberücksichtigt. Auszugehen ist von der ungekürzten Brutto-Versorgung.

15.2
Absatz 2

15.2.1
Für Tarifbeschäftigte ist im Hinblick auf die ausschließlich beamtenrechtliche Regelung keine Belastungsgrenze zu ermitteln und zu berücksichtigen.

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

17
Zu § 17 Personenbezogene Bezeichnungen (bleibt frei)

17a
Zu § 17a Übergangsregelungen (bleibt frei)

18
Zu § 18 Inkrafttreten (bleibt frei)

Artikel II

Mein Runderlass vom 22. April 2010 – B 3100 – 0.7 – IV A 4 (SMBl. NRW. 203204) wird hiermit aufgehoben.

MBl. NRW. 2014 S. 530

Anlage 1

Anschriftenverzeichnis der Heilpraktikerverbände

1. Bund Deutscher Heilpraktiker e.V.
   Gebühren- u. Gutachtenkommission
   Herrn Siegfried Kämper
   Am Stadtgarten 2
   45883 Gelsenkirchen
2. Deutsche Heilpraktikerverbände – DDH –
   Gebühren- und Gutachterkommission
   Maarweg 10
   53123 Bonn
3. Freie Heilpraktiker e.V.
   Gutachter- und GebüH-Kommission
   Frau Cynthia Roosen
   Benrather Schlossallee 49–53
   40597 Düsseldorf

Vom Abdruck der weiteren Anlagen wird abgesehen, da die Beihilfestelle eigene Formblätter bereithält, die bei der Beihilfestelle erhältlich sind. Die Formblätter und weitere Informationen zum Beihilferecht sind über Gemeinsame Versorgungskasse für Pfarrer und Kirchenbeamte über den Link http://www.vkpb-dortmund.de/beihilfe abrufbar.

Von der Wiedergabe der Anlage 3 und Anlage 5 wird abgesehen. Die Anlagen sind über das Kirchliche Amtsblatt Nr. 11 vom 29. November 2014 aufrufbar (KABl. 2014 S. 262).