

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

RdErl. d. Finanzministers v. 9. April.1965 (SMBl. NRW. 203204) -  
B 3100 - 0.7 - IV A 4  
zuletzt geändert durch RdErl. v. 10.10.2007  
(MBl. NRW. S. 714)

Auf Grund des § 238 Abs. 2 des Landesbeamtengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Mai 1981 (GV. NRW. S. 234, bereinigt 1982 S. 256), zuletzt geändert durch Gesetz vom 31. Oktober 2006 (GV. NRW. S. 474) in Verbindung mit § 16 der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen (BVO NRW) vom 27. März 1975 (GV. NRW. S. 332), zuletzt geändert durch Verordnung vom 22. November 2006 (GV. NRW. S. 596) wird im Einvernehmen mit dem Innenministerium zur Ausführung der Beihilfenverordnung (BVO) bestimmt:

**1 Zu § 1 Abs. 1**

- 1.1 Nach § 101 Abs. 2 Satz 2 LBG werden, sofern eine oder mehrere Beurlaubungen ohne Dienstbezüge 30 Tage insgesamt im Kalenderjahr nicht überschreiten, für die Dauer dieser Beurlaubungen Beihilfen gewährt.
- 1.2 Hinterbliebene eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von Beihilfeberechtigten haben nach geltendem Beamtenversorgungsrecht keinen Anspruch auf Hinterbliebenenbezüge. Bis zu einer Änderung des Beamtenversorgungsrechts bestehen keine Bedenken, dem hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartner entsprechend § 1 Abs. 1 Nr. 3 BVO Beihilfen zu gewähren.

**1a Zu § 1 Abs. 3 Nr. 1**

- 1a.1 Werden Bedienstete auf unbestimmte Zeit beschäftigt, so sind sie beihilfeberechtigt.
- 1a.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 § 35 Abs. 2 Satz 2 LBG geendet hat und der Antragsteller innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden wieder in den öffentlichen Dienst übernommen worden ist.
- 1a.3 Lehrer erhalten keine Beihilfen, wenn sie regelmäßig wöchentlich weniger als die Hälfte der Pflichtstundenzahl unterrichten.
- 1a.4 Beamte, denen eine unterhältige Teilzeitbeschäftigung nach § 85a Abs. 3 LBG bewilligt worden ist, erhalten weiterhin Leistungen der Krankheitsfürsorge nach § 85 a Abs. 4 bzw. § 86 Abs. 2 Satz 3 LBG.

**2 Zu § 1 Abs. 3 Nr. 2**

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

**3 Zu § 1 Abs. 4**

- 3.1 Eine Abordnung oder Versetzung liegt nicht vor, wenn ein Bediensteter einem anderen Dienstherrn zur Ausbildung zugewiesen wird. In diesem Falle gewährt der zuweisende Dienstherr die Beihilfen.
- 3.2 § 1 Abs. 4 BVO ist entsprechend anzuwenden beim Übertritt oder bei der Übernahme eines Beamten in den Dienst eines anderen Dienstherrn (vgl. § 3 Abs. 5 BVO).

**4 Zu § 2**

- 4.1 Der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner eines Beihilfeberechtigten, der der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) angehört, ist als selbst beihilfeberechtigt anzusehen. Dies gilt nicht, wenn der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner einen Zuschlag zu seinem Krankenversicherungsbeitrag zahlen muß, weil ihm die aus Haushaltsmitteln gewährten Fürsorgeleistungen der Deutschen Bundesbahn nicht zugute kommen. Ist ein Kind, für das der Beihilfeberechtigte Anspruch auf Beihilfen hat, in der KVB mitversichert, wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen für das Kind nur gewährt, sofern die nicht mit einem Erstattungsvermerk der KVB versehenen Originalbelege vorgelegt werden (§ 2 Abs. 2 Satz 2 BVO).
- 4.2 Die steuerrechtlichen Einkünfte umfassen folgende Einkunftsarten:
1. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
  2. Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
  3. Einkünfte aus selbständiger Arbeit (z.B. aus der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Rechtsanwalt, Architekt, Steuerberater),
  4. Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit (Gehälter, Löhne, Versorgungsbezüge auf Grund früherer Dienstleistung),
  5. Einkünfte aus Kapitalvermögen,
  6. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
  7. sonstige Einkünfte.

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag nach § 24 a EStG und den Abzug für Land- und Forstwirte nach § 13 Abs. 3 EStG ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. 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 31.12.2003 in Altersrente umgewandelt wird). Soweit die berücksichtigungsfähige Person Leibrenten und andere Leistungen, die aus den gesetzlichen Rentenversicherungen, den landwirtschaftlichen Alterskassen, den berufsständischen Versorgungsseinrichtungen und aus Rentenversicherungen erbracht werden,

erstmalig ab 1.1. 2004 bezieht, die bis 31.12.2004 der Besteuerung nach § 22 EStG, ab 1.1.2005 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 1.1.2005) unterliegen, werden ausschließlich (auch für 2004) mit dem Ertragsanteil erfasst. Bei erstmaligem Rentenbezug vor dem 1.1.2004 wird bei der Ermittlung des Gesamtbetrages der Einkünfte ausschließlich der steuerliche Ertragsanteil der Renten nach § 22 EStG (bis 31.12.2004), ab 1.1.2005 nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe aa EStG, zu Grunde gelegt. Dies gilt entsprechend für die Rentenbezüge mit erstmaligem Rentenbezug vor dem 1.1.2004, die ab 1.1.2005 von § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe bb EStG erfasst werden.

Der Festsetzung der Beihilfe sind die Angaben des Beihilfeberechtigten über die Einkünfte des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners im Antragsvordruck zu Grunde zu legen. Sofern der Gesamtbetrag der Einkünfte noch nicht festgestellt werden kann, steht die 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, soll die Festsetzungsstelle einen Nachweis über die Höhe der Einkünfte fordern.

- 4.3 Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner keine Einkünfte mehr und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners 18.000 Euro nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe gewährt werden. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist ein Nachweis über die Höhe der Einkünfte zu erbringen. Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen, die in den Kalenderjahren entstanden sind, in denen der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners 18.000 Euro überschritten hat.
- 4.3a In den Fällen des § 85 a Abs. 4 Satz 2 und des § 86 Abs. 2 Satz 3 LBG ist eine Beihilfe auch dann zu gewähren, wenn der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner im Kalenderjahr vor der Antragstellung und/oder im laufenden Kalenderjahr ausschließlich Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit (§ 19 Einkommensteuergesetz) erzielt und diese mehr als 18.000 Euro betragen haben bzw. betragen. Dies gilt bei Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern, die vor der Beurlaubung einen Beihilfenanspruch gegen einen anderen Dienstherrn hatten, nur dann, wenn der andere Dienstherr bei Beamten des Landes, die auf Grund der Regelung des § 85a Abs. 4 Satz 2 oder des § 86 Abs. 2 Satz 3 LBG berücksichtigungsfähige Person werden, entsprechend verfährt.
- 4.4 Nach dem Bundesbesoldungsgesetz werden im Familienzuschlag die Kinder berücksichtigt, für die dem Beamten Kindergeld nach dem EStG oder nach Bundeskindergeldgesetz (BKGG) zusteht oder ohne Berücksichtigung der §§ 64 oder 65 EStG oder der §§ 3 oder 4 BKGG zustehen würde. Bei in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kindern ist es bis zu einer Änderung der besoldungs- und versorgungsrechtlichen Vorschriften für die Gewährung von Beihilfen ausreichend, wenn einem der eingetragenen Lebenspartner für das Kind Kindergeld zusteht oder zustehen würde. Nummer 4.7 gilt entsprechend.
- 4.5 § 2 Abs. 2 BVO gilt auch für nicht selbst beihilfeberechtigte Kinder von Beihilfeberechtigten, die keinen Anspruch auf Familienzuschlag haben (Lohnempfänger), sofern bei Anwendung des Besoldungsgesetzes die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig wären; Nummer 4.4 gilt entsprechend.

- 4.6 Ein nicht selbst beihilfeberechtigtes Kind gilt auch dann als im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, wenn es wegen der Konkurrenzregelung des § 40 Abs. 5 BBesG nicht im Familienzuschlag erfaßt ist.
- 4.7 § 2 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt in den Fällen des § 32 Abs. 5 EStG entsprechend.
- 4.8 Weiterhin berücksichtigungsfähig sind studierende Kinder i.S.d. § 2 Abs. 2 BVO, die von der durch das Steueränderungsgesetz 2007 vom 19.07.2006 (BGBl. I. S. 1652) vorgenommenen Kürzung des Bezugszeitraumes für Kindergeld und Familienzuschlag betroffen sind (d.h. Anspruchsende grds. mit Vollendung des 25. Lebensjahres), soweit sie bereits bis zum Wintersemester 2006/2007 ein Studium an einer Hoch- oder Fachhochschule aufgenommen haben.
- 4.9 Nicht selbst beihilfeberechtigt im Sinne des § 2 BVO sind nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts auch die Angehörigen eines Beihilfeberechtigten, die gesetzlich versichert sind, auf Grund ihrer Beschäftigung einen Beihilfenanspruch haben und damit beihilfenrechtlich auf die Sach- oder Dienstleistungen der gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung verwiesen werden. Der Beihilfeberechtigte kann in diesem Fall bei seiner Festsetzungsstelle die Aufwendungen geltend machen, die über die Sach- oder Dienstleistungen bzw. den Wert der Sach- oder Dienstleistungen hinausgehen. Hat der pflichtversicherte Angehörige Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V erhalten, können die nicht gedeckten Aufwendungen nicht geltend gemacht werden. Dies gilt entsprechend für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Gebühren.
- 4.10 Soweit Angehörige einen eigenen Beihilfeanspruch nach § 1 Abs. 6 BVOAng haben, ist nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts dem Beihilfeberechtigten zu den Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter Anrechnung deren eigenen Beihilfeanspruchs eine Beihilfe zu gewähren.
- 4.11 Beantragt der Beihilfeberechtigte erstmals Beihilfen für Aufwendungen seines eingetragenen Lebenspartners, ist dem Beihilfeantrag eine beglaubigte Kopie der Lebenspartnerschaftsurkunde beizufügen. Diese Kopie ist zu den Akten zu nehmen. Aufwendungen können für Zeiträume ab dem 26.5.2005 geltend gemacht werden.

## 5 **Zu § 3 Abs. 1 und 2**

- 5.1 Für die Früherkennung von Krankheiten gelten folgende Richtlinien in der jeweils aktuellen Fassung:
- a) Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der Fassung vom 26. April 1976 (Beilage Nr. 28 zum BAnz. Nr. 214 vom 11. November 1976),
  - b) Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung vom 26. Juni 1998 (BAnz. Nr. 159),
  - c) Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien) in der Fassung vom 26. April 1976 (Beilage Nr. 28 zum BAnz. Nr. 214 vom 11. November 1976),
  - d) Richtlinien über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien) vom 24. August 1989 (Bundesarbeitsblatt 10/1989).

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

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

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

- 5.3 Aufwendungen für Schutzimpfungen - ausgenommen solche aus Anlaß von Auslandsreisen - sind beihilfefähig, soweit die Schutzimpfungen öffentlich empfohlen sind (RdErl. d. Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit v. 7.12.2000 – SMBl. NRW. 21260 -).
- 5.4 Den Amtsärzten werden die beamteten Ärzte gleichgestellt. Als Vertrauens-(-zahn-)arzt kann auch ein als Angestellter im öffentlichen Dienst stehender Arzt (Zahnarzt) oder ein frei praktizierender Arzt (Zahnarzt) herangezogen werden. Gutachten sind nur mit Einverständnis der Betroffenen einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden; wird das Einverständnis verweigert, ist die Beihilfe unter Berücksichtigung der Zweifel der Festsetzungsstelle festzusetzen.
- 5.5 Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ, § 5 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 4 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände, die in der Person des Patienten liegen (patientenbezogene Bemessungskriterien) dies rechtfertigen. Derartige Umstände können i.d.R. nur dann gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war oder
- einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z.B. Nr. 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, Nr. 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).

Nach § 12 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Festsetzungsstelle Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände die Überschreitung und/oder den Umfang der Überschreitung rechtfertigen, ist ggf. mit Einverständniserklärung des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme des zuständi-

gen Amts(zahn)arztes und ggf. eines sonstigen medizinischen/zahnmedizinischen Sachverständigen einzuholen. Die Kosten der Begutachtungen übernimmt die Beihilfestelle.

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

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

- 5.6 Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen erforderlich.
- 5.7 Abweichend von der Bestimmung 7.2 in meinem Runderlass vom 19. August 1998 (Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht – SMBl. NRW. 203204) können Kompositfüllungen künftig grundsätzlich auch bei einer analogen Bewertung nach den Positionen 215 – 217 GOZ als beihilfefähig anerkannt werden. Dabei wird ein Steigerungssatz von höchstens 2,3 als angemessen angesehen. Ein Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes ist auch bei entsprechender Begründung des behandelnden Zahnarztes beihilfenrechtlich nicht zu berücksichtigen.
- 5.8 Mehraufwendungen für Verblendungen (einschließlich Vollkeramikkrone bzw. – brücken, z.B. im Cerec-Verfahren) und die zahnärztlichen Leistungen sind grundsätzlich bis einschließlich Zahn 5 beihilfefähig. Bei einer Versorgung ab Zahn 6 mit verblendeten Vollkronen, Vollkeramikkrone etc. und soweit eine Brückenversorgung nach Satz 1 über Zahn 5 hinaus reicht, sind vom Bruttorechnungsbetrag je verblendeten Zahn pauschal 40 Euro (bei Kunststoffverblendungen) bzw. 80 Euro (bei Keramikverblendungen – auch im Cerec-Verfahren) in Abzug zu bringen. Der Restbetrag sowie die zahnärztlichen Leistungen ab Zahn 6 sind grundsätzlich beihilfefähig.
- 5.9 Abrechnungen von Nebenkosten auf der Basis des DKG-NT (Tarif der deutschen Krankenhausesellschaft) sind in voller Höhe beihilfefähig.
- 5.10 Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig.
- 5.11 Soweit hinsichtlich der Notwendigkeit und Angemessenheit der berechneten Leistungen erhebliche Zweifel an Heilpraktikerrechnungen bestehen, können Anfragen anonymisiert zur Prüfung (kostenfrei) an folgende Adressen gerichtet werden:

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

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

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

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

**6 Zu § 3 Abs. 3**

Als Sachleistung gelten nicht Leistungen nach § 30 Abs. 1 Satz 1 SGB V (in der bis zum 31.12.2004 geltenden Fassung), an denen sich Versicherte nach § 30 Abs. 2 SGB V zu beteiligen haben.

**7 Zu § 3 Abs. 4**

7.1 entfallen

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

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

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

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

7.5 *entfallen*

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

Beispiel:

Einer außerhalb des öffentlichen Dienstes tätigen Ehefrau eines Beamten sind beihilfefähige Gesamtaufwendungen von 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.

## 8 **Zu § 3 Abs. 5**

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

## 9 **Zu § 4 Abs. 1 Nr. 1**

- 9.1 Nummer 5.4 gilt entsprechend.

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

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

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

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

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

Nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOP gilt § 6 Abs. 2 GOÄ mit der Maßgabe, dass psychotherapeutische Leistungen, die nicht in der GOÄ enthalten sind, entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeit-

aufwand gleichwertigen Leistung der Abschnitte B und G des Gebührenverzeichnisses der GOÄ berechnet werden können. Derzeit wird die Notwendigkeit einer Analogbewertung allerdings nicht gesehen.

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

Den Psychotherapeuten ist es verwehrt, verschreibungspflichtige Arzneimittel zu verordnen.

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

- a) Der Beihilfeberechtigte legt der Beihilfestelle das Formblatt Anlage 5 („Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“) ausgefüllt vor. Außerdem hat er (oder die berücksichtigungsfähige Person) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf Formblatt Anlage 6 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen zusätzlich mit Formblatt Anlage 6a den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz – PsychThG v. 16.6.1998, BGBl. I S. 1311) einholen.
- b) Das ausgefüllte Formblatt Anlage 6 und ggf. das Formblatt Anlage 6a ist in einem verschlossenen, deutlich erkennbar als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag der Beihilfestelle zur Weiterleitung an den Gutachter zu übersenden.
- c) Die Beihilfestelle beauftragt mit Formblatt Anlage 7 einen vom Finanzministerium benannten Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach Formblatt Anlage 8; sie leitet im dazu gleichzeitig
  - den ungeöffneten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten,
  - das ausgefüllte Formblatt Anlage 5,
  - das Formblatt Anlage 8 (in dreifacher Ausfertigung) und
  - einen an die Festsetzungsstelle adressierten, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten roten Freiumschlagzu.
- d) Der Gutachter teilt seine Stellungnahme nach Formblatt Anlage 8 („Psychotherapie-Gutachten“) – in zweifacher Ausfertigung – in dem roten Freiumschlag der Beihilfestelle mit. Diese leitet dem behandelnden Therapeuten eine Ausfertigung zu; die zweite Ausfertigung ist in einem verschlossenen Umschlag aufzubewahren. Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme ist dem Beihilfeberechtigten ein Anerkennungsbescheid nach Formblatt Anlage 9 zu erteilen.
- e) Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Beihilfestelle Widerspruch ein, kann die Beihilfestelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte (die berücksichtigungsfähige Person) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, seinen „Erstbericht“ an den Gutachter auf Formblatt

Anlage 6 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle/des Gutachters eingegangen werden soll.

- f) Der ergänzte Bericht ist der Beihilfestelle in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag zur Weiterleitung an den Obergutachter zu übermitteln.
- g) Die Beihilfestelle beauftragt einen Obergutachter (s. Verzeichnis unter Nummer 9.4) mit der Erstellung eines Obergutachtens; sie leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- den ungeöffneten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten,
  - Kopie des Psychotherapie-Gutachtens und
  - einen an die Beihilfestelle adressierten, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten roten Freiumschlag.

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

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

- h) Auf Grundlage der vom Obergutachter übermittelten Stellungnahme erteilt die Beihilfestelle dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.
- i) Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung [Nummern 2.3 und 3.3 der Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1 Nr.1 Satz 5 BVO)] ist der von dem behandelnden Therapeuten begründete Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt Anlage 6) mit einem Freiumschlag (s.o.) dem mit dem Erstgutachten beauftragten Gutachter zur Stellungnahme zuzuleiten. Im Übrigen gelten die Ausführungen zu „d bis h“ entsprechend.
- j) Die Beihilfestelle kann von dem Voranerkennungsverfahren (s.o.) absehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten (der berücksichtigungsfähigen Person) bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Therapeuten ergeben. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO).
- k) Die Briefumschläge in Format DIN C 6 im Farbton orange und im Farbton rot mit den entsprechenden Aufdrucken können über die Justizvollzugsanstalt Willich I., Postfach 1204, 47860 Willich, bezogen werden. Die Mindestabgabemenge beträgt jeweils 100 Stück; der Preis beläuft sich auf 3,02 Euro pro 100 Stück. Bei Aufträgen unter 25 Euro werden Portokosten gesondert berechnet. Der Rechnungsbetrag ist innerhalb von zwei Wochen ohne Abzug zahlbar. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen sind die Bestellungen für den jeweiligen Jahresbedarf zum 1.4. eines jeden Jahres aufzugeben.

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

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

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

### **Verzeichnis der Gutachter und Obergutachter für Psychotherapie**

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

1. Rosemarie Ahlert  
Schulstr. 29, 72631 Aichtal
2. Dr. med. Dipl.-Psych. Menachem Amitai  
Bifänge 22, 79111 Freiburg
3. Dr. med. Ludwig Barth  
Mülbaaurstr. 38b, 81677 München
4. Dr. med. Ulrich Berns  
Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover
5. Dr. med. Dietrich Bodenstein  
Waldwinkel 22, 14532 Kleinmachnow
6. Dr. med. Doris Bolk-Weisedel  
Eichkampstr. 108, 14055 Berlin
7. Dr. med. Gerd Burzig  
Hamburger Str. 49, 23611 Bad Schwartau
8. Dr. med. Ilan Diner  
Windscheidstr. 8, 10627 Berlin
9. Prof. Dr. med. Michael Ermann  
Postfach 15 13 09, 80048 München

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

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

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

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

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

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

16. Dr. med. Ingrid Kamper-Jasper  
Jöhrensstr. 5, 30559 Hannover

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

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

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

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

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

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

23. Prof. Dr. med. Michael von Rad  
Städt. Klinikum München GmbH, Krankenhaus München-Harlaching, Abt. für Psychosomati-  
sche Medizin und Psychotherapie, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München

24. Dr. med. Lutz Rosenkötter  
Marbacher Weg 27, 35037 Marburg

25. Dr. med. Hermann Roskamp  
Lohengrinstr. 67, 70597 Stuttgart

26. Prof. Dr. med. Ulrich Rüger

Mittelbergring 59, 37085 Göttingen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Dipl.-Psych. Eva Koppenhöfer

Baiertaler Straße 89, 69168 Wiesloch

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

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

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

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

11. Dr. Johannes Zuber  
Mercystraße 27, 79100 Freiburg

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

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

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

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

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

5. Dr. Johannes Zuber  
Mercystraße 27, 79100 Freiburg

E) Obergutachter

a) für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen

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

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

3. Dr. med. Horst Kallfass

Leo-Baeck-Str. 3, 14165 Berlin

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) für Verhaltenstherapie von Erwachsenen

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

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

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

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

d) für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen

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

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

- 9.5 In Ausbildung befindliche Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten können nicht selbständig Leistungen i.S. der Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO) erbringen. Soweit sie während der zweiten Hälfte ihrer Ausbildung Behandlungen durchführen, muss dies unter Aufsicht eines nach Anlage 1 anerkannten Therapeuten (Supervisor) erfolgen, der allein diese Leistungen in Rechnung stellen darf.
- 9.6 Neben der Nr. 849 GOÄ sind körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.
- 9.7 Aufwendungen für die Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen und schmerztherapeutischen Bereich sind nur beihilfefähig für die Behandlung der
- Tendinosis calcarea,
  - Pseudarthrose (nicht heilender Knochenbruch),
  - Fasziiitis plantaris (Fersensporn).

Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT ist ausschließlich der analoge Ansatz der Ziffer 1800 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge (da keine Operationsleistung) beihilfefähig.

Aufwendungen für eine Radiale ESWT sind mangels Wirksamkeitsnachweises der Therapie nicht beihilfefähig.

**9a Zu § 4 Abs. 1 Nr. 2**

- 9a.1 Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der Krankenhausarzt. Für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts (Berechnungstage) können seitens des Krankenhauses 45,00 Euro für Unterkunft und Verpflegung abgerechnet werden. Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, können bei vollstationären Behandlungen nicht abgerechnet werden. Der Betrag von 45,00 Euro ist beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Begleitperson sind nicht beihilfefähig.
- 9a.2 § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO gilt entsprechend für die ersten sechs Monate einer stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz/Kinderhospiz, in dem eine palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird. Die Abzugsbeträge nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO bleiben unberücksichtigt. Nach Ablauf von sechs Monaten gilt § 5 BVO.
- 9a.3 Von den nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO beihilfefähigen Aufwendungen wird der Selbstbehalt für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts abgezogen.

- 9a.4 Zweibettzimmerzuschläge sind nur in der Höhe angemessen, wie sie zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart wurden. Soweit Zweifel an der Höhe des berechneten Zweibettzimmerzuschlags bestehen, ist der Beihilfestelle vom Beihilfeberechtigten eine Kopie der Zweibettzimmerabrechnung seiner PKV vorzulegen; um Zeitverzögerungen bei der Abrechnung zu vermeiden, ist ggf. die Beihilfe mit dem berechneten Zweibettzimmerzuschlag unter Vorbehalt und mit der Auflage festzusetzen, den Erstattungsbescheid der PKV nachzureichen. Liegt für die berechnende Krankenanstalt keine Vereinbarung mit dem PKV-Verband vor, ist im Rahmen einer Vergleichsberechnung der Zweibettzimmerzuschlag der zum Behandlungsort nächstgelegenen Krankenanstalt heranzuziehen, mit der eine Vereinbarung getroffen wurde.
- 9a.5 Beträge nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 Buchstaben a und b BVO sind innerhalb eines Kalenderjahres nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen jeweils insgesamt 750 Euro überschreiten.
- 9a.6 Nach § 3 Abs. 2 Satz 1 BVO in Verbindung mit § 4 Abs. 1 Nr. 2 b BVO ist bei Behandlung in einem Krankenhaus („Privatklinik“), dass nicht nach § 108 SGB V zugelassen ist, der von dieser Einrichtung berechnete „Pflegesatz“ - nach Abzug des Selbstbehaltes nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b BVO - nur insoweit als angemessen (§ 3 Abs. 1 Satz 1 BVO) anzusehen und als beihilfefähig anzuerkennen, als er dem „Pflegesatz“ entspricht, den die der Beihilfenfestsetzungsstelle nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik nach § 108 SGB V) für eine vergleichbare Behandlung berechnen würde. Dies gilt auch für so genannte „Anschlussheilbehandlungen“, soweit eine Abrechnung nicht nach § 6 BVO sondern nach § 4 BVO erfolgt. Betreibt der Träger der „Privatklinik“ auf dem Gelände der Klinik oder in unmittelbarer Nähe hierzu ein weiteres Krankenhaus mit Zulassung nach § 108 SGB V, kann die Vergleichsberechnung (s.o.) auch zwischen diesen Einrichtungen erfolgen. Rechnet die aufgesuchte „Privatklinik“ eine dem Fallpauschalen-Katalog des Krankenhausentgeltgesetzes nachempfundene „DRG“ ab, ist darauf zu achten, dass der vergleichenden Universitätsklinik sämtliche Diagnosen vorgelegt werden. Gegebenenfalls anfallende Kosten der Begutachtung trägt die Beihilfestelle.
- 9a.7 Bei Krankenanstalten, die die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, aber nach Pflegesätzen abrechnen, gilt Nummer 9a.6 entsprechend.
- 9a.8 Die nach §§ 6 und 9 KHEntgG neben einer Fallpauschale zusätzlich berechneten Zusatzentgelte sind beihilfefähig. Dies gilt auch für den DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5, für den Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen und für sonstige Zuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 sowie für Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Aufwendungen für eine gemäß § 22 BPflV oder § 17 KHEntgG in Rechnung gestellte Wahlleistung „gesondert berechenbare Unterkunft/Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Entlassungs- oder Verlegungstag sind nicht beihilfefähig.

9b **Zu § 4 Abs. 1 Nr. 5**

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

## 10 **Zu § 4 Abs. 1 Nr. 7 und Nr. 9**

10.1 Nach § 4 Abs. 1 Nr. 7 und der Anlage 2 sind grundsätzlich nur Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel, soweit sie nicht nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V von der Verordnung in der GKV ausgeschlossen sind sowie Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, beihilfefähig. (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.

a) Für die nachfolgend aufgeführten Indikationsgebiete können grundsätzlich auch Aufwendungen für Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie beihilfefähig sein, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete als wissenschaftlich anerkannt gilt und der Arzt/Heilpraktiker dies bestätigt.

Beihilfefähig sind die

- Aufwendungen für Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit) nur als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.
- Aufwendungen für Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden.
- Aufwendungen für Acidose-therapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Nierensuffizienz sowie bei Neoplase.
- Aufwendungen für Antihistaminika
  - nur in Notfallssets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien
  - nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien
  - nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus
  - nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.
- Aufwendungen für Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.
- Aufwendungen für Antiseptika und Gleitmittel nur für Patienten mit Selbstkatheterisierung.
- Aufwendungen für Arzneimittel zur sofortigen Anwendung als
  - Antidote bei akuten Vergiftungen
  - Lokalanästhetika zur Injektion
  - Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Notfallbehandlung zur sofortigen Anwendung kommen.
- Aufwendungen für arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödemen (Mannitol, Sorbitol).

- Aufwendungen für Butylscopolamin, parenteral, nur zur Behandlung in der Palliativmedizin.
- Aufwendungen für Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination)
  - nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,
  - nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,
  - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwin-  
gender Notwendigkeit.
- Aufwendungen für Calciumverbindungen als Monopräparate nur
  - bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus,
  - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwin-  
gender Notwendigkeit.
- Aufwendungen für Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.
- Aufwendungen für harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 %  
nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für den  
jeweiligen Patienten indiziert sind.
- Aufwendungen für E. coli Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der  
Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.
- Aufwendungen für Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmange-  
lanaemie.
- Aufwendungen für Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-  
Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierter Diarrhoen.
- Aufwendungen für Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur  
Behandlung des kolorektalen Karzinoms.
- Aufwendungen für Ginkgo biloba blätter-Extrakte nur in Zusammenhang mit der Behandlung  
der Demenz (mindestens Pflegestufe 2).
- Aufwendungen für Hypericum perforatum-Extrakt (hydroalkoholischer Extrakt, min. 300 mg  
pro Applikationsform) nur zur Behandlung mittelschwerer depressiver Episoden.
- Aufwendungen für Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.
- Aufwendungen für Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwü-  
ren.
- Aufwendungen für Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokali-  
aemie.

- Aufwendungen für L-Methionin nur zur Vermeidung der Steinneubildung bei Phosphatsteinen bei neurogener Blasenlähmung, wenn Ernährungsempfehlungen und Blasenentleerungstraining erfolglos geblieben sind.
- Aufwendungen für Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.
- Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.
- Aufwendungen für Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlustkrankungen.
- Aufwendungen für Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.
- Aufwendungen für Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.
- Aufwendungen für Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der Palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.
- Aufwendungen für Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.
- Aufwendungen für Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patienten.
- Aufwendungen für Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-) Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.
- Aufwendungen für Pankreasenzyme nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose.
- Aufwendungen für Phosphatverbindungen nur bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
- Aufwendungen für salicylsäurehaltige Zubereitungen (mind. 2% Salicylsäure) nur in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.
- Aufwendungen für Topische Anästhetika und/oder Antiseptika nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z.B. Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus).
- Aufwendungen für synthetischen Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.
- Aufwendungen für synthetische Tränenflüssigkeit nur bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen des Grades 2, Epidermolysis bullosa, oculäres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
- Aufwendungen für Vitamin K als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.

- Aufwendungen für wasserlösliche Vitamine auch in Kombination nur bei Dialyse.
- Aufwendungen für wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).
- Aufwendungen für Zinkverbindungen als Monopräparat nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenen Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.

Auch ohne die o.g. Indikationen sind die Aufwendungen für ein apothekenpflichtiges, nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel mit o.g. Wirkstoffen beihilfefähig, wenn das Arzneimittel zur Behandlung der vorliegenden Indikation zugelassen und der Bezugspreis des alternativ zur Verfügung stehenden verschreibungspflichtigen Arzneimittels über dem des verordneten Arzneimittels liegt. Der Nachweis ist durch den Beihilfeberechtigten bzw. seinen Arzt zu führen.

b) Nicht beihilfefähig bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind die Aufwendungen für folgende verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel:

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmitteln, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt.
- Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals, Nasen- und Ohrenbereich.
- Abführmittel; ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphat-bindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit; ausgenommen bei Anwendung gegen Erbrechen bei Tumorthherapie und anderen schwerwiegenden Erkrankungen z.B. Menierescher Symptomkomplex).

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

- Genussmittel, sämtliche Weine (auch medizinische Weine) und der Wirkung nach ähnliche, Ethylalkohol als einen wesentlichen Bestandteil (mind. 5 Volumenprozent) enthaltene Mittel (ausgenommen Tinkturen im Sinne des Deutschen Arzneibuches und tropfenweise einzunehmende 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. Medizinische Haut- und Haarwaschmittel sowie Medizinische Haarwässer und kosmetische Mittel. Ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Basiscremes, Basissalben, Haut und Kopfhaut-

pflegemittel, auch Rezepturgrundlagen, soweit und solange sie Teil der arzneilichen Therapie (Intervall-Therapie bei Neurodermitis/endogenen Ekzem, Psoriasis, Akne-Schältherapie und Strahlentherapie) sind und nicht der Färbung der Haut und – anhangsgebilde sowie der Vermittlung von Geruchseindrücken dienen.

- Balneotherapeutika, ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Balneotherapeutika bei Neurodermitis/endogenem Ekzem, Psoriasis und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises.
- Mittel, die der Veränderung der Körperform (z.B. Entfettungscreme, Busencreme) dienen sollen.
- Mittel zur Raucherentwöhnung.
- Saftzubereitungen für Erwachsene, von in der Person des Patienten begründeten Ausnahmen abgesehen.
- Würz- und Süßstoffe, Obstsaft, Lebensmittel im Sinne des § 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes, Krankenkost- und Diätpräparate.
- Abmagerungsmittel und Appetitzügler,
- Anabolika, außer bei neoplastischen Erkrankungen,
- Stimulantien (z.B. Psychoanaleptika, Psychoenergetika und Leistungsstimulantien), ausgenommen bei Narkolepsie und schwerer Zerebralsklerose sowie beim hyperkinetischen Syndrom und bei der so genannten minimalen zerebralen Dysfunktion vorpubertärer Schulkinder,
- so genannte Zellulartherapeutika und Organhydrolysate,
- so genannte Geriatrika und so genannte Arteriosklerosemittel,
- Roborantien, Tonika und appetitanregende Mittel,
- Insekten-Abschreckmittel,
- Fixe Kombinationen aus Vitaminen und anderen Stoffen, ausgenommen und somit beihilfefähig sind Vitamin D-Fluorid-Kombinationen zur Anwendung bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und zur Osteoporoseprophylaxe,
- Arzneimittel, welche nach Art. 1 § 11 Abs. 3 des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelrechts vom 24. August 1976 (BGBl. I S. 2445), zuletzt geändert durch Artikel des Gesetzes vom 9. August 1994 (BGBl. I S. 2071) nur mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise:

„Traditionell angewendet:

- a) zur Stärkung oder Kräftigung,
- b) zur Besserung des Befindens,
- c) zur Unterstützung der Organfunktion,

d) zur Vorbeugung,

e) als mild wirkendes Arzneimittel“

in den Verkehr gebracht werden.

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

- Ahornsirupkrankheit
- AIDS-assoziierten Diarrhöen
- Angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- oder Fettstoffwechsel
- Angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden
- Colitis ulcerosa
- Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt
- Kurzdarmsyndrom
- Morbus Crohn
- Mukoviszidose
- Multiplen Nahrungsmittelallergien
- Niereninsuffizienz
- Phenylketonurie
- Sondenernährung über eine operativ gelegte Magensonde (sog. PEG-Sonde)
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z.B. Mundboden- und Zungenkarzinom)
- Tumortherapien (auch nach der Behandlung)
- postoperative Nachsorge.

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

10.3 Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die folgenden Arzneimittel, wenn sie unter der Voraussetzung verordnet werden, dass zuvor allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen genutzt wurden (z.B. diätischer oder physikalischer Art, körperliches Training etc.), hierdurch aber das Behandlungsziel nicht erreicht werden konnte und eine Behandlung mit diesen Arzneimitteln zusätzlich zwingend erforderlich ist (die Bestätigung durch den behandelnden Arzt ist grundsätzlich ausreichend):

1.

Carminativa, Amara, Acida; ohne die o.g. Einschränkung sind beihilfefähig die Aufwendungen für gasbindende Mittel vor diagnostischen Maßnahmen,

2.

Gallenwegs- und Lebertherapeutika; ohne die o.g. Einschränkung sind beihilfefähig Aufwendungen für Arzneimittel zur Auflösung von Cholesteringallensteinen, zur Behandlung bei Präcoma/Coma hepaticum und bei hepatischer Encephalopathie,

3.

Mittel zur Regulation der Darmflora einschließlich Stoffwechselprodukte, Zellen, Zellteile und Hydrolysate von bakteriellen Mikroorganismen enthaltende Präparate,

4.

Antihypotonika zur oralen Anwendung,

5.

Arzneimittel zur Behandlung dysmenorrhöischer und klimakterischer Beschwerden; ohne die o.g. Einschränkung sind diese beihilfefähig

- zur hormonellen Behandlung
- Prostaglandin-Synthesehemmer als Monopräparate
- topische Sexualhormone,

6.

Mineralstoffpräparate zur oralen Anwendung; ohne die o.g. Einschränkungen sind beihilfefähig

- Calcium-Verbindungen als Monopräparate bei dokumentierter Hypokalziämie,
- und bei Osteoporose (auch kombiniert mit Fluorid),
- Fluorid zur Kariesprophylaxe des Kindes und bei Osteoporose,
- Zink-Verbindungen als Monopräparate bei nachgewiesenem Zinkmangel,
- Mineralstoffpräparate (oral) bei Hämodialysebehandlung.
- gepufferte und ungepufferte Kaliumverbindungen als Monopräparate bei Hypokaliämie,
- Magnesiumverbindungen als Monopräparate bei neuromuskulären Störungen,
- Elektrolytsubstitution bei schwerer Diarrhoe, bei Nierenerkrankungen und
- zum Ausgleich des Säure-Basen-Haushalts,

7.

Vitaminpräparate; ohne die o.g. Einschränkung sind die Aufwendungen beihilfefähig bei nachgewiesenem Vitaminmangel jeglicher Ursache, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann sowie die prophylaktische Gabe von Vitamin D zur Prävention der Rachitis des Kindes oder der renalen Osteopathie, die Vitamin K Prophylaxe bei Neugeborenen, die Gabe von Vitaminen bei therapeutisch verursachtem Mehrbedarf sowie eine parentale prophylaktische Anwendung von Vitaminen, insbesondere Vitamin B 12 oder Folsäure und den fettlösenden Vitamine, bei irreversiblen Malassimilationssyndrom jeglicher Ursache, bei parenteraler Ernährung und Sondenernährung sowie bei länger dauernder Infusionstherapie und ferner die niedrigdosierte Gabe von Vitamin D bei der Behandlung der Osteoporose mit Calciumpräparaten.

8.

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

9.

Arzneimittel zum Schutz der Gelenkfunktion bei Abbauerscheinungen des Knorpels zur lokalen und systematischen Anwendung (sog. Chondroprotektiva und Antiarthrotika).

- 10.4 Bei den homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist zu beachten, dass nach den Grundsätzen der klassischen Homöopathie jede Behandlung mit einem individuell auf den Patienten, sein Persönlichkeitsprofil und sein jeweiliges Krankheitsbild abgestimmten Arzneimittel erfolgt. Das gleiche Arzneimittel kann dadurch bei ganz unterschiedlichen Erkrankungen eingesetzt werden. Bei diesen Mitteln ist daher ausschließlich auf eine Diagnose nach Nummer 10.1 abzustellen.
- 10.5 Die Ermächtigung nach § 4 Abs. 1 Nr. 7 Satz 6 BVO findet derzeit keine Anwendung; Abschnitt F Nummer 19 der Arzneimittelrichtlinien gilt insoweit nicht. Ferner finden Anlage 1 bis 3, Anlage 5 und Abschnitt I der Anlage 10 der Arzneimittelrichtlinien keine Anwendung.
- 10.6 Die Versorgung mit Arzneimitteln, Verbandmittel und dergleichen setzt eine ärzt-/zahnärztliche oder Heilpraktiker -Verordnung voraus. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der erneuten Unterschrift des Arztes/Zahnarztes/Heilpraktikers. Werden auf ein Rezept Heilmittel, Verbandmittel und dergleichen mehrmals beschafft, sind die Kosten für Wiederholungen nur insoweit beihilfefähig, als sie vom Arzt/Zahnarzt/Heilpraktiker besonders vermerkt worden sind. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Kosten der einmaligen Wiederholung beihilfefähig.
- 10.7 Aufwendungen für eine Behandlung der Legasthenie oder Akalkulie sind grundsätzlich nicht beihilfefähig, da es sich hierbei im Regelfall nicht um eine Krankheit handelt. Sofern der Behandlung im Ausnahmefall Krankheitswert zugrunde liegt, ist sie im Rahmen der Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO) beihilfefähig.
- 10.8 Die in § 4 Abs. 1 Nr. 9 Satz 3 BVO genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, für die eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie können die Aufwendungen für die Behandlung übergangsweise durch „Heilpraktiker / Heilpraktikerinnen (Sprachtherapie)“, denen auf der Grundlage des RdErl. d. Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit v. 11.9.1998 (n.V.) - III B 2 0417.7- eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis erteilt wurde, als beihilfefähig anerkannt werden. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Behandler in ihrem Beruf erbringen. Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogern, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.
- 10.9 Aufwendungen für eine medizinische Trainingstherapie mit Sequenztrainingsgeräten (MedX-Therapie, medizinische Kräftigungstherapie – GMKT - , David-Wirbelsäulenkonzept sowie das Trainingskonzept des Forschungs- und Präventionszentrums – FPZ, Köln –) sind nur unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:
1. Es besteht eine Schmerzsymptomatik von durchgängig mindestens 6 Monaten bzw. rezidivierend seit 2 Jahren,
  2. vor Behandlungsbeginn (Zeitraum von drei Monaten) sind mindestens 20 Behandlungen klassische Krankengymnastik, Bewegungsübungen und/oder gerätegestützte Krankengymnastik erfolgt,
  3. der Amtsarzt hat vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit einer fortführenden bzw. ergänzenden Behandlung durch eine medizinische Trainingstherapie bestätigt. (Die Kosten der Begutachtung sind beihilfefähig).

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

Folgende Analogbewertungen sind beihilfefähig:

1. Eingangsuntersuchung zur medizinischen Trainingstherapie, einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nr. 842 GOÄ. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nr. 842 GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie berücksichtigungsfähig.

2. Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen analog Nr. 846 GOÄ, zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nr. 558 GOÄ, zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nr. 506 GOÄ.

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

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

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

## 11 **Zu § 4 Abs. 1 Nr. 10**

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

11.2 Eine Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien liegt auch vor, wenn z.B. die Werte für ein Auge um 0,25 Dioptrien zugenommen und für das andere Auge um 0,25 Dioptrien abgenommen haben, nicht jedoch, wenn sowohl die Werte für das linke als auch für das rechte Auge um jeweils 0,25 Dioptrien zu- oder abgenommen haben. Bei Kurzsichtigkeit 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.

11.3 Einschleifkosten von Brillengläsern sind bis zu einem Betrag von 11 Euro je Glas beihilfefähig. Mehraufwendungen für die Entspiegelung (ausgenommen sind höherbrechende Gläser) und Härtung von Brillengläsern sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für höherbrechende Gläser sind ab 6 Dioptrien beihilfefähig. Mehraufwendungen für phototrope Gläser (z.B. Colormaticgläser, Umbramaticgläser) sind nur bei Albinismus, Pupillotonie und totaler Aniridie (Fehlen der Regenbogenhaut) beihilfefähig. Aufwendungen für Sportbrillen sind nur beihilfefähig, wenn sie von

Schülern während des Schulsports getragen werden müssen. Aufwendungen für Bildschirmbrillen sind nicht beihilfefähig.

- 11.4 Bei orthopädischen Maßschuhen sind die Aufwendungen um den Betrag für eine normale Fußbekleidung zu kürzen. Als Kürzungsbetrag sind bei Erwachsenen 70 Euro (für Hausschuhe 30 Euro) und bei Kindern bis zu 16 Jahren 42 Euro (für Hausschuhe 18 Euro) anzusetzen.
- 11.5 Betragen die beihilfefähigen Aufwendungen für ein in § 4 Abs. 1 Nr. 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. § 13 Abs. 8 Satz 1 BVO bleibt unberührt.
- 11.6 Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln zählen Treppenlift und Auffahrrampe. Die Kosten sind im Rahmen des § 5 Abs. 6 Satz 3 BVO beihilfefähig.
- 11.7 Die Unterhaltskosten für einen Blindenführhund können ohne Nachweis bis zu 100 Euro monatlich als beihilfefähig anerkannt werden, sofern der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Kosten in dieser Höhe entstanden sind; § 4 Abs. 1 Nr. 10 Satz 2 zweiter Halbsatz BVO bleibt unberührt. Werden ausnahmsweise höhere Kosten geltend gemacht, ist die Vorlage von Belegen erforderlich.
- 11.8 Folgende Hilfsmittel können vom Dienstherrn im Zusammenwirken mit der Krankenversicherung der erkrankten Person unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden (§ 4 Abs. 1 Nr. 10 letzter Satz BVO):
- Atemmonitore (Überwachungsmonitore für Säuglinge),
  - CPAP-Geräte (Geräte zur Schlafapnoebehandlung),
  - Elektronische Lesehilfen,
  - Infusionspumpen,
  - Inhalationsapparate,
  - Krankenfahrstühle,
  - Sauerstoffgeräte.
- Sofern ein in Satz 1 aufgeführtes Hilfsmittel verordnet wird, hat der Beihilfeberechtigte eine Bescheinigung darüber vorzulegen, ob dieses Hilfsmittel von seiner Krankenversicherung leihweise überlassen wird oder ob es von der erkrankten Person selbst beschafft werden muß.
- Bei einer leihweisen Überlassung stellt die Krankenversicherung die ihr entstandenen Kosten der Beihilfenfestsetzungsstelle in Rechnung; eines besonderen Beihilfeantrags bedarf es nicht. Die Aufwendungen sind mit dem nach § 12 BVO zustehenden Bemessungssatz der Krankenversicherung zu erstatten und unter dem Beihilfetitel zu buchen. Die medizinische Notwendigkeit und die Art (Neukauf, Miete [Monatsbetrag oder Pauschale] oder Wiedereinsatz) der Hilfsmittelversorgung wird von der Krankenversicherung geprüft; die von ihr getroffene Entscheidung ist für die Festsetzungsstelle bindend.<sup>1</sup>
- 11.9 Aufwendungen für Batterien für Cochlea-Implantate sind auch bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, beihilfefähig. § 4 Abs. 1 Nr. 10 Satz 2 BVO gilt entsprechend.

---

<sup>1</sup> Nach dem RdErl. des Finanzministeriums vom 1.12.1997 –B3100-0.7-IV A 4- (MBL.NRW. S. 1509) gilt VV 11.8 zunächst nur für Beihilfeberechtigte des Landes und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bei der Deutschen Krankenversicherung AG und der Victoria Krankenversicherung AG versichert sind. Die Rechnungsstellung seitens der Krankenversicherungsunternehmen erfolgt über das Finanzministerium.

**11a Zu § 4 Abs. 1 Nr. 11**

- 11a.1 Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für Fahrten eines Elternteils zum Besuch eines im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung eines Amts- oder Vertrauensarztes der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist; § 4 Abs. 1 Nr. 11 Buchstabe c BVO gilt entsprechend.
- 11a.2 Als niedrigste Beförderungsklasse unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen gilt der Bundesbahntarif Sparpreis 25 mit einem Rabatt von 25 % auf den Normaltarif einschließlich der Kosten der Platzreservierung.

**11b Zu § 4 Abs. 1 Nr. 12**

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

**11 c Zu § 4 Abs. 2 Buchstabe b)**

Wird eine Implantatversorgung gewählt, obwohl die Indikationen nach § 4 Abs. 2 Buchstabe b BVO nicht vorliegen, oder umfasst bei Vorliegen der dort genannten Indikationen die Versorgung mehr Implantate als nach dem amtsärztlichen Gutachten notwendig wären, sind die Aufwendungen grundsätzlich nicht beihilfefähig. Es bestehen im Hinblick auf die Aufwendungen für eine grundsätzlich beihilfefähige herkömmliche Zahnersatzversorgung allerdings keine Bedenken, neben den Aufwendungen für die Suprakonstruktion für die ersten drei durch ein Implantat ersetzten Zähne pauschal je 450 € und für jeden weiteren Zahn (für Ober- und Unterkiefer insgesamt 8 Zähne – 3 plus 5 -) 250 € als beihilfefähige Aufwendungen anzuerkennen (bereits durch vorherige Implantatversorgungen ersetzte Zähne, für die keine Indikation nach § 4 Abs. 2 Buchstabe b BVO vorlag, sind auf die Gesamtzahl anzurechnen); bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion einheitlich 250 € je Implantat beihilfefähig. Mit dem Pauschalbetrag sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen einschließlich notwendiger Anästhesie und der Kosten u.a. für Implantate, Implantatteile, notwendige Instrumente (z.B. Bohrer, Fräsen), Membranen und Membrannägel, Knochen- und Knochenersatzmaterial, Nahtmaterial, Röntgenleistungen, Computertomographie und Anästhetika abgegolten.

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

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

Wird ein notwendiges Gutachten eingeholt, sind dessen Kosten beihilfefähig.

## 12 **Zu § 5 Abs. 2**

### 12.1 Krankheiten oder Behinderungen sind

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

### 12.2 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 Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Ein alleiniger Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung reicht nicht aus. Aufwendungen für eine berufliche oder soziale Eingliederung oder zur Förderung der Kommunikation sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für medizinische Behandlungen sind nach §4 BVO beihilfefähig.

### 12.3 Bei Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

## 12a **Zu § 5 Abs. 3**

### 12a.1 Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die

- bei ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegediensten) angestellt sind und die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen, oder
- von der privaten Pflegeversicherung zur Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung zugelassen sind, oder
- von der Pflegekasse der sozialen Pflegeversicherung angestellt sind.

Zu den geeigneten Pflegekräften zählen auch ausgebildete Pflegekräfte, die nicht in einem Anstellungsverhältnis nach Satz 1 stehen.

### 12a.2 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 (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi) vom 7.11.1994 in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

### 12a.3 Aufwendungen für die häusliche Pflege können nur in Höhe der Beträge als angemessen (§ 3 Abs. 2 BVO) angesehen werden, die auf Grund des § 89 SGB XI zwischen den Trägern der Pflegedienste und den Leistungsträgern vereinbart wurden; dabei ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig. Soweit ein besonderer Pflegebedarf besteht, sind die Aufwendungen bei Personen in Pflegestufe II bis 40%, in Pflegestufe III bis 60% und in Härtefällen (§ 36 Abs. 4 SGB XI) bis 80% der durchschnittlichen Kosten einer Berufspflegekraft (§ 5 Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz) als angemessen anzusehen; darüber hinausgehende Aufwendungen können in begründeten Einzelfällen bis zu dem in §5 Abs. 3 Satz 1 erster Halbsatz BVO für die jeweilige

nächste Pflegestufe geltenden Höchstsatz, in der Pflegestufe III bis zu 2.455 Euro und in Härtefällen (§ 36 Abs. 4 SGB XI) bis zu den Kosten einer Berufspflegekraft als angemessen angesehen werden.

12a.4 Die auf Grund besonderen Pflegebedarfs entstehenden höheren Aufwendungen sind unter Anrechnung folgender monatlicher Selbstbehalte beihilfefähig:

bei einem Beihilfeberechtigten	mit Bezügen bis 2.600 Euro	mit Bezügen von mehr als 2.600 Euro bis 5.200 Euro	mit Bezügen von mehr als 5.200 Euro
ohne Angehörige	10 vom Hundert	11 vom Hundert	12 vom Hundert
mit 1 Angehörigen	8 vom Hundert	9 vom Hundert	10 vom Hundert
mit 2 oder 3 Angehörigen	6 vom Hundert	7 vom Hundert	8 vom Hundert
mit mehr als 3 Angehörigen	4 vom Hundert	5 vom Hundert	6 vom Hundert

der um 1.300 Euro verminderten Bezüge.

Als Bezüge sind die monatlichen (Brutto-) Dienstbezüge (ohne sonstige variable Bezügebestandteile) einschließlich Leistungsbezüge nach den §§ 12 und/oder 14 LBesG sowie Zulagen nach Vorbemerkung Nr. 1 Abs. 3 zur Bundesbesoldungsordnung W oder Versorgungsbezüge sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten zu Grunde zu legen; § 5 Abs. 7 Satz 4 BVO und Nummer 12e.4 gelten entsprechend. Wird zu den Aufwendungen für die Pflege eines Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners eine Beihilfe gewährt, sind den Bezügen des Beihilfeberechtigten die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners hinzuzurechnen.

12a.5 Als Kosten einer Berufspflegekraft kann ab 1.1.2008 ein monatlicher Höchstbetrag von bis zu 3.400 € beihilfenrechtlich als angemessen (§ 3 Abs. 2 Satz 1 BVO) zugrunde gelegt werden. Bis zu dieser Höhe können auch die Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte berücksichtigt werden.

12a.6 Neben den Pflegekosten sind die Aufwendungen für medizinische Behandlung beihilfefähig. Hierzu zählen insbesondere Injektionen, Anlegen und Wechseln von Verbänden, Anlegen und Wechseln von Kathetern, Darmspülungen, Dekubitusversorgung (nicht Dekubitusprophylaxe), Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Verabreichung von Sondennahrung.

12a.7 Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 5 Abs. 2 BVO wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen, sind in den Schutz der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung einbezogen, soweit der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung hat. Dies gilt unabhängig davon, ob die Beihilfe nach § 5 Abs. 3 BVO oder die Pauschalbeihilfe nach § 5 Abs. 4 BVO gewährt wird. Wegen der Durchführung der Rentenversicherung und der Unfallversicherung wird auf den RdErl. d. Finanzministeriums v. 17.5.1995 (MBI. NRW. S. 804/SMBI. NRW 203204) verwiesen.

12b **Zu § 5 Abs. 4**

12b.1 Nummer 12a.2 und 12a.7 gilt entsprechend.

- 12b.2 Bei mehreren Beihilfeberechtigten, die Anspruch auf die Pauschalbeihilfe für ein Kind haben, ist die Beihilfe nur einem Beihilfeberechtigten zu gewähren.
- 12b.3 Die zeitweise Abwesenheit des Pflegebedürftigen wegen des Besuchs eines Kindergartens, einer Schule, einer Werkstatt für Behinderte oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung steht der Zahlung der Pauschale nicht entgegen.
- 12b.4 Wird eine stationäre Pflege notwendig, weil die Pflegeperson wegen Urlaubs oder aus anderen Gründen gehindert ist, die Pflege durchzuführen, sind die Aufwendungen in derselben Höhe wie bei einer Kurzzeitpflege (§ 5 Abs. 3 Satz 2 BVO) beihilfefähig. Ist die stationäre Pflege notwendig, weil die Pflegeperson auf Grund einer stationären Krankenbehandlung an der Pflege gehindert ist, sind die Aufwendungen abweichend von § 5 Abs. 3 Satz 2 BVO im Kalenderjahr bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft (Nummer 12a.5) beihilfefähig. Bereits gewährte Beihilfen nach Satz 1 sind anzurechnen.
- 12b.5 Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen, die der mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandten oder verschwägerten oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ersatzpflegeperson in Zusammenhang mit der Pflege entstehen, sind auf 1.432 Euro im Kalenderjahr begrenzt.

12c **Zu § 5 Abs. 5**

Wird ein Pflegebedürftiger durch eine geeignete Pflegekraft und eine Pflegeperson gepflegt, ist hinsichtlich der Aufwendungen für die Pflegekraft die anteilige Berechnung zunächst nach den Höchstbeträgen des § 5 Abs. 3 Satz 1 erster Halbsatz BVO vorzunehmen. Übersteigende Beträge sind nach § 5 Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz BVO beihilfefähig.

Beispiel:

Einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe III entstehen auf Grund besonderen Pflegebedarfs Aufwendungen für eine geeignete Pflegekraft in Höhe von 2.000 Euro. Die Pflegeversicherung erbringt eine Kombinationsleistung, bei der die zustehende Pflegesachleistung (entspricht § 5 Abs. 3 Satz 1 erster Halbsatz BVO) in Höhe von 64 v.H. und das zustehende Pflegegeld (entspricht § 5 Abs. 4 Satz 1 BVO) in Höhe von 36 v.H. gewährt werden.

Die Aufwendungen für die Pflegekraft sind somit bis zu 916,48 Euro (64 v.H. des Höchstbetrags von 1.432 Euro nach § 5 Abs. 3 Satz 1 erster Halbsatz BVO) beihilfefähig. Die Pauschale nach § 5 Abs. 4 Satz 1 BVO ist daneben mit 239,40 Euro (36 v.H. von 665 Euro) in Ansatz zu bringen. Die 1.432 Euro übersteigenden Kosten sind nach § 5 Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz BVO beihilfefähig.

12d **Zu § 5 Abs. 6**

- 12d.1 Wird zu den Aufwendungen für Pflegehilfsmittel, die nicht in § 4 Abs. 1 Nr. 10 Satz 10 BVO aufgeführt sind, eine Leistung der Pflegeversicherung erbracht, gilt die vorherige Anerkennung (§ 4 Abs. 1 Nr. 10 Satz 11 BVO) als erteilt.
- 12d.2 Werden zu Gegenständen, die auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung genutzt werden können und nach § 4 Abs. 1 Nr. 10 Satz 9 BVO von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind, Leistungen der Pflegeversicherung erbracht, sind die Aufwendungen in dem Umfang beihilfefähig, in dem sie der Leistungsbemessung durch die Pflegeversicherung zugrunde gelegen haben.
- 12d.3 Nummer 11.8 gilt für alle Pflegehilfsmittel entsprechend.

12e **Zu § 5 Abs. 7**

- 12e.1 Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen seitens der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, daß die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 SGB XI).
- 12e.2 Sind bei einer stationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung, die die Voraussetzungen des § 71 Abs. 2 SGB XI erfüllt, am Ort der Unterbringung oder in seiner nächsten Umgebung mehrere zugelassene Einrichtungen vorhanden, ist als niedrigster vergleichbarer Kostensatz für Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung der Satz der zugelassenen Einrichtung maßgebend, der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht käme.
- 12e.3 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind nicht beihilfefähig.
- 12e.4 Dienstbezüge sind die in § 1 Abs. 2 BBesG genannten **Bruttobezüge**; Versorgungsbezüge sind die laufenden Bezüge nach Anwendung von Ruhens- und Anrechnungsvorschriften. Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG bleibt unberücksichtigt. Zu den Renten zählen nicht die 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.
- 12e.5 Als Erwerbseinkommen i.S. der Sätze 3 und 5 sind Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit, aus selbständiger 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.
- 12e.6 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 maßgeblich.

12f **Zu § 5 Abs. 8**

- 12f.1 Die von der Pflegekasse oder der Pflegeversicherung festgestellte Pflegestufe ist durch geeignete Unterlagen (z.B. Leistungsmitteilung, Mitteilung nach § 44 Abs. 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.
- 12f.2 Wird ein Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder einer höheren Pflegestufe zunächst bei einer Pflegekasse oder einer privaten Pflegeversicherung gestellt, ist für den Beginn der Beihilfengewährung dieser Antrag maßgebend.
- 12f.3 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.

12f.4 Auf Grund des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14.12.2001 (BGBl. I S. 3728) können Beihilfen zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen für den in § 45a SGB XI beschriebenen Personenkreis neben Leistungen nach § 5 Abs. 3, 4 und 5 BVO gewährt werden. Art und Umfang der Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 45b SGB XI. Wird der Höchstbetrag von 460 Euro in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Der Höchstbetrag von 460 Euro ist nur anteilig anzuerkennen, wenn die Voraussetzungen nach § 45a SGB XI erst im Laufe des Kalenderjahres erfüllt werden.

12g **Zu § 5 Abs. 9**

12g.1 Die Beschäftigung und Betreuung in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 5 BVO. Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind deshalb nicht beihilfefähig. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z. B. Fahrkosten).

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

13 **Zu § 6**

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

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

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

13.4 Treten mehrere Personen (Behandlungsbedürftige Person einschließlich Begleitpersonen) die Rehabilitationsmaßnahme gleichzeitig mit einem privaten Personenkraftwagen an, wird der Zu-

schuss für die erste Person zu 100 % und für den/die Mitfahrer zu jeweils 50 % gewährt. Ist die Hin- und Rückfahrt nur im Krankenwagen möglich, gilt § 4 Abs. 1 Nr. 11 Satz 3 entsprechend.

- 13.5 Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und ggf. der Behandlung (soweit nicht einzeln berechnet) sind auch bei Anschlussheilhandlungen in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger geschlossen hat. Soweit die Einrichtung mit mehreren Sozialversicherungsträgern unterschiedliche Preisvereinbarungen getroffen hat, bestehen keine Bedenken, die für den Beihilfeberechtigten günstigste Vereinbarung zu berücksichtigen, die für die vergleichbare Indikation abgeschlossen wurde. Aufwendungen für Arzneimittel, die die Einrichtung verordnet bzw. verabreicht, sind neben der Pauschale beihilfefähig.
- 13.6 Wird die Preisvereinbarung der Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger durch den Beihilfeberechtigten nicht beigebracht, sind die Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 und 9, für das amtsärztliche Gutachten sowie den ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig. Daneben wird ein Zuschuss nach § 7 Abs. 3 Satz 2 BVO gewährt.

### **13a Zu § 6a**

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

### **14 Zu § 7**

- 14.1 Die Aufwendungen für eine Kur sind auch dann beihilfefähig, wenn die Kur deshalb nicht ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, weil der Beihilfeberechtigte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, daran gehindert wurde.
- 14.2 Das Heilkurortverzeichnis „Inland“ und „EU-Ausland“ ist den Verwaltungsvorschriften als Anlage 3 beigelegt. Ambulante Rehabilitationsmaßnahme können auch in einem Ort außerhalb des Kurortverzeichnisses durchgeführt werden.
- 14.3 Als Wartezeit nach § 7 Abs. 2 Buchstabe a BVO gilt die Zeit ab erstmaligen Eintritt in den öffentlichen Dienst. Kuren von Kindern sowie Kuren, die nach dem Gutachten des zuständigen Amtsarztes aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. in schweren Fällen von Morbus Bechterew) durchgeführt werden müssen, können auch innerhalb der Wartezeit bewilligt werden.
- 14.4 Ist die An- und /oder Abreise zum Kurort nur im Krankenwagen möglich, gilt Nummer 13.4 Satz 2 entsprechend.
- 14.5 Eine Anschlussheilbehandlung kann auch im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden.

- 14.6 Die Aufwendungen für seitens der ambulanten Rehabilitationseinrichtung verordneten bzw. während der Rehabilitationsmaßnahme verabreichten Arzneimittel sind grundsätzlich neben der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarten Pauschale (§ 7 Abs. 4 Satz 3 BVO) beihilfefähig. Bei den Nebenkosten nach § 7 Abs. 4 Satz 3 BVO kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass mindestens Kosten in Höhe von 20 Euro täglich angefallen sind; ein Einzelnachweis ist daher nur in begründeten Ausnahmefällen notwendig.
- 14.7 Die bisher durch das Finanzministerium mit einzelnen Ambulanten Rehabilitationseinrichtungen getroffenen Preisabsprachen werden hiermit zum 01.01.2007 aufgehoben.
- 14.8 Die Notwendigkeit weiterer – nicht in der Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger enthaltener – Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nummer 1,7 und 9 BVO ist durch einen Amtsarzt zu bestätigen.
- 14.9 Ist zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme eine Begleitperson aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich, gilt für die Aufwendungen der Begleitperson § 7 Abs. 4 Satz 4 BVO entsprechend.
- 14.10 Nach § 7 Abs. 1 BVO sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen die Aufwendungen für 20 Behandlungstage beihilfefähig. Ist aus dringenden medizinischen Gründen in Zusammenhang mit neuropsychologischen Behandlungen (z.B. Schlaganfallpatient) eine Verlängerung der Behandlung geboten, kann die Beihilfestelle einer Verlängerung bis zu weiteren 15 Behandlungstagen zustimmen.
- 15 *entfallen*
- 16 *entfallen*
- 17 *entfallen*
- 18 **Zu § 8**
- 18.1 Zu der ärztlichen Behandlung anlässlich der unmittelbaren Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs zählen insbesondere:
1. die Anästhesie,
  2. der operative Eingriff,
  3. die vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter,
  4. die Injektion von Medikamenten,
  5. die Gabe wehenauslösender Medikamente,
  6. die Assistenz durch einen anderen Arzt,
  7. die körperlichen Untersuchungen im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitung und die Überwachung im direkten Anschluß an die Operation
- sowie die in Zusammenhang mit diesen Leistungen entstandenen Sachkosten.
- 18.2 Über die Notwendigkeit einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation entscheidet die Beihilfestelle auf der Grundlage eines amtsärztlichen Gutachtens. Die Kosten des Gutachtens sind beihilfefähig.
- 18.3 *entfallen*

- 18.4 Die maßgebliche Altersgrenze für die Ehegatten (§ 8 Abs. 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 Abs. 4 SGB V (Künstliche Befruchtung) erlassenen Richtlinien gelten in der jeweils aktuellen Fassung entsprechend.
- 18.5 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. Außerdem sind Aufwendungen für die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die medizinisch nicht notwendig war, sind nicht beihilfefähig.
- 18.6 Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen zur künstlichen Befruchtung ist – ebenso wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine körperbezogene Betrachtungsweise (vgl. 27a Abs. 3 Satz 3 SGB V) maßgebend. Das so genannte „Verursacherprinzip“ (vgl. Urteil des BGH v. 3. März 2004 – IV ZR 25/03) ist beihilfenrechtlich unbeachtlich. Für die Zuordnung der Aufwendungen der ICSI- und der IVF-Behandlung ist das Kostenteilungsprinzip (körperbezogene Kostenaufteilung) - § 8 Abs. 4 BVO - wie folgt anzuwenden:
1. Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung des männlichen Samens sind dem Mann zu zuordnen.
  2. Die Kosten der IVF einschließlich aller extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Ei- und Samenzellen, der Hormonbehandlung sowie der Beratung sind der Frau zuzuordnen.

## 19 Zu § 9 Abs. 1

- 19.1 Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zugrunde gelegt. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
- 19.2 Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger (z.B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) nach der Hebammengebührenordnung bedürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht in der Hebammengebührenordnung etwas anderes bestimmt ist.
- 19.3 Bei Mehrlingsgeburten sowie in Fällen, in denen mehrere Kinder angenommen oder mit dem Ziel der Annahme in den Haushalt aufgenommen werden, wird der Zuschuss nach § 9 Abs. 1 Satz 2 für jedes Kind gewährt.

## 20 Zu § 10

- 20.1 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.

- 20.2 Nummer 5.4 gilt entsprechend.
- 20.3 Für Pflichtversicherte sowie für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, denen zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag dem Grunde nach ein Zuschuß nach § 257 zusteht oder die beitragsfrei nach § 224 SGB V versichert sind, werden Beihilfen für eine Behandlung im Ausland nur gewährt, wenn im Ausland keine Sachleistung oder Kostenerstattung erlangt werden konnte und das Ausland nicht zum Zwecke der Behandlung aufgesucht wurde. § 3 Abs. 4 BVO bleibt unberührt.
- 20.4 Ausländische Krankenanstalten und Einrichtungen können auch dann als stationäre Einrichtungen i.S. der §§ 6, 6a BVO anerkannt werden, wenn wegen fehlender Regelungen eine Überwachung durch die zuständige Gesundheitsbehörde oder eine Konzessionierung nicht erfolgt.
- 20.5 Aufwendungen, die im Kleinen Walsertal (Österreich) und in der Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang (Schweiz) entstehen, sind grundsätzlich wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Bezüglich der Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang gilt Satz 1 ausschließlich für Behandlungen von Krankheiten, die nicht in Deutschland oder einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum durchgeführt werden können (Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima ist zwingend medizinisch indiziert); die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich grundsätzlich nach § 6 BVO, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO medizinisch indiziert ist. Da über die 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 Abs. 1 Satz 1 BVO durchzuführen.
- 20.6 Als ausländische Kurorte (§ 10 Abs. 2 Satz 3 BVO) anerkannt sind die in der Anlage 3 Teil 1b aufgeführten Orte. Diesen sind Kurorte bzw. Kurbetriebe gleichgestellt, die nach Auskunft des europäischen Heilbäderverbandes (EHV) die für die Durchführung von Heilkuren in der Bundesrepublik Deutschland vorgeschriebenen Qualitätsstandards erfüllen. Es wird gebeten, dem Finanzministerium von Stellungnahmen des EHV zu entsprechenden Anfragen jeweils eine Mehrausfertigung zu übersenden.
- 20.7 Der Kostenvergleich nach § 10 Abs. 1 Satz 2 BVO kann entfallen, wenn eine Bescheinigung der ausländischen Krankenanstalt oder des ausländischen Arztes vorgelegt wird, nach der die berechneten Gebührensätze denen für Inländer entsprechen. Als Nachweis nach § 10 Abs. 2 Satz 3 BVO reicht eine Bescheinigung des Kurortes aus, dass dieser nach jeweiligem Landesrecht als Kurort anerkannt ist. Eventuelle Übersetzungskosten trägt der Beihilfeberechtigte.
- 20.8 In den Fällen des § 10 Abs. 3 Nr. 3 sind alle anlässlich des Krankheitsfalles entstandenen Aufwendungen (z.B. Arztkosten, Arzneimittel) zusammenzurechnen.

21 entfallen

#### 21a **Zu § 12 Abs. 1**

- 21a.1 Die Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 12 Abs. 1 Satz 3 BVO bezieht sich auf alle Aufwendungen, die in dem Zeitraum entstanden sind, in dem der Familienzuschlag für zwei oder mehr Kinder zusteht bzw. zustünde.
- 21a.2 In den Fällen des § 12 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz BVO ist durch gemeinsame schriftliche Erklärung derjenige zu bestimmen, der den erhöhten Bemessungssatz erhalten soll; in der Er-

klärung ist anzugeben, welche Festsetzungsstelle für den weiteren Berechtigten zuständig ist. Die Festsetzungsstelle, bei der der erhöhte Bemessungssatz beantragt wird, übersendet eine Kopie der Erklärung der anderen Festsetzungsstelle.

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

21a.4 Nummer 4.8 gilt entsprechend.

21b **Zu § 12 Abs. 3**

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

22 **Zu § 12 Abs. 4**

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

22a *entfallen*

22b **Zu § 12 Abs. 7**

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

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

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

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

22c **Zu § 12a**

22c.1 Bei der ersten Antragstellung im Kalenderjahr ist bei Angehörigen der Besoldungsgruppen W1 bis W 3 mit Zulage oder Leistungsbezug das Monatsbrutto (Grundgehalt plus Leistungsbezug bzw. Zulage) des Antragsmonats der Vergleichsberechnung zu Grunde zu legen. Einmalzahlungen nach § 12 LBesG bleiben außer Ansatz.

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

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

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

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

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

23 **Zu § 13 Abs. 1 Nr. 5**

Pensionsregelungsbehörde ist im kommunalen Bereich der letzte Dienstherr.

24 **Zu § 13 Abs. 2**

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

24.2 Für Beihilfeanträge aus Anlass dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 5 BVO) soll das als Anlage 12 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.

- 24.3 Auf die Vorlage der Originalbelege kann verzichtet werden, wenn
- von der Krankenversicherung bestätigte Kopien vorgelegt werden oder
  - Festsetzungsstellen mit einer IT-Unterstützung arbeiten.

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

24a **Zu § 13 Abs. 3**

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

24b **Zu § 13 Abs. 4**

Die Antragsgrenze von 200 Euro gilt nicht, wenn der Beihilfenberechtigte aus dem beihilfenberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

25 **Zu § 13 Abs. 6**

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

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

25.3 In den Fällen des § 5 Abs. 4 und 7 BVO können jeweils für die Dauer von bis zu sechs Monaten Abschläge auf die Beihilfe gezahlt werden. Der Beihilfeberechtigte ist darauf hinzuweisen, daß nach Ablauf dieses Zeitraums zur endgültigen Festsetzung der Beihilfe ein Antrag (§ 13 Abs. 1 BVO) erforderlich ist. Weitere Abschläge können nur nach Eingang des Antrags bewilligt werden.

26 **Zu § 14**

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

26.2 Der Beihilfeantrag kann durch einen Testamentsvollstrecker gestellt werden.