

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

Vom 5. November 2009

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

geändert durch die Erste Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 9. Dezember 2011 (GV. NRW. 2011 S. 703; KABl. 2012 S. 4); geändert durch die Zweite

Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 9. Dezember 2012 (GV. NRW. 2012 S. 642; KABl. 2013 S. 6); geändert durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 6. Januar 2013 (GV. NRW. 2012; S. 23;

KABl. 2013 S. 48) geändert durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 15. November 2013 (GV. NRW. 2013 S. 643; KABl. 2013 S. 270);

mit den Bestimmungen der Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (VVzBVO) RdErl. d. Finanzministeriums vom 22. April 2010 (B 3100-0.7-IV A 4; KABl. 2010 S. 210); geändert durch RdErl. des Finanzministeriums vom 24. November 2011 (B 3100-0.7-IV A 4; KABl. 2012 S. 12)

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

§ 1

Beihilfeberechtigte Personen

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

1. Beamte und Richter mit Ausnahme der Ehrenbeamten,
 2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter,
 3. Witwer, hinterbliebene eingetragene Lebenspartner sowie Kinder (§ 23 BeamtVG) der unter Nummer 1 und 2 bezeichneten Personen,
 4. Verwaltungslehrlinge, Verwaltungspraktikanten und Schulpraktikanten,
- solange sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeihilfe, Unterhaltsbeiträge nach den Abschnitten II, III oder V oder Übergangsgeld nach Abschnitt VI des Beamtenversorgungsgesetzes erhalten.

(2) 1Beihilfen werden abweichend von Absatz 1 auch dann gewährt, wenn die Versorgungsbezüge auf Grund der §§ 53 bis 56 BeamtVG voll ruhen oder auf Grund der §§ 22 Absatz 1 Satz 2 oder 61 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz oder Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz BeamtVG nicht gezahlt werden und der Versorgungsberechtigte keine Beihilfeberechtigung in anderer Eigenschaft erworben hat.

(3) Beihilfen werden nicht gezahlt

1. an Beamte und Richter,

- a) wenn sie für weniger als ein Jahr beschäftigt werden, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Absatz 6 BBesG) tätig sind, oder
- b) wenn ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt,

2. an Versorgungsempfänger (Absatz 1 Nummer 2 und 3) für die Dauer einer Beschäftigung, die zum Bezug von Beihilfen berechtigt,

3. sofern Ansprüche nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages (Abgeordnetengesetz – AbgG) vom 21. Februar 1996 (BGBl. I S. 326) in der jeweils geltenden Fassung oder nach entsprechenden Regelungen dem Grunde nach bestehen.

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

(5) 1Beihilfeberechtigt sind auch Beamte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind. 2Das Finanzministerium kann im Rahmen der Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung ergänzende Regelungen treffen, die die besonderen Verhältnisse und Erschwernisse im Ausland berücksichtigen.

(6) 1Wird ein Beamter zu einem Dienstherrn versetzt, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, werden von dem aufnehmenden Dienstherrn Beihilfen zu Aufwendungen gezahlt, die nach dem Zeitpunkt der Versetzung entstanden sind. 2Bei einer Versetzung zu einem Dienstherrn, in dessen Dienstbereich diese Verordnung nicht gilt, werden zu den bis zum Zeitpunkt der Versetzung entstandenen Aufwendungen Beihilfen nach dieser Verordnung gezahlt.

(7) 1Versorgungsempfänger mit mehreren Ansprüchen auf Versorgungsbezüge erhalten Beihilfen von der Stelle, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge (§ 54 Be-

amtVG) zuständig ist. 2Dies gilt nicht, soweit es sich bei dem neuen Versorgungsbezug um eine Hinterbliebenenversorgung handelt; in diesem Fall bleibt die bisherige Beihilfestelle zuständig.

VVzBVO

1

Zu § 1 Beihilfeberechtigte Personen

1.1

Absatz 1

1.1.1

Nach § 74 Absatz 1 Satz 2 LBG werden, sofern eine oder mehrere Beurlaubungen ohne Dienstbezüge 30 Tage insgesamt im Kalenderjahr nicht überschreiten, für die Dauer dieser Beurlaubungen Beihilfen gewährt.

1.1.2

gestrichen

1.2

Absatz 2 (bleibt frei)

1.3

Absatz 3

1.3.1

Nummer 1

1.3.1.1

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

1.3.1.2

Eine Unterbrechung der Tätigkeit im öffentlichen Dienst liegt vor, wenn der Beihilfeberechtigte an einem oder mehreren Werktagen, an denen üblicherweise Dienst getan wurde, nicht im öffentlichen Dienst gestanden hat. Dies gilt nicht für die Zeit, die zwischen zwei Dienstverhältnissen zur Ausführung eines Umzuges benötigt wurde. Als Unterbrechung gilt es nicht, wenn das Beamtenverhältnis auf Widerruf gemäß § 22 Absatz 4 BeamtStG geendet hat und der Antragsteller innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden wieder in den öffentlichen Dienst übernommen worden ist.

1.3.1.3

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

1.3.1.4

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

1.3.2

Nummer 2

1.3.2.1

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

1.3.3

Nummer 3 (bleibt frei)

1.4

Absatz 4

1.4.1

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

1.4.2

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

1.5

Absatz 5

1.5.1

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

1.6

Absatz 6

1.6.1

Mit der Regelung des § 1 Absatz 6 Satz 2 BVO wird sichergestellt, dass der Beihilfeanspruch aus einem eigenen Ruhegehalt dem nachträglich erworbenen Beihilfeanspruch als Hinterbliebener vorgeht. Die bisherige Regelung, nach der Versorgungsempfänger mit mehreren Versorgungsansprüchen die Beihilfen von der Stelle erhalten, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge zuständig ist, kann in den Fällen, die bereits vor dem 1. April 2009 bestanden, beibehalten werden, wenn der Beihilfeberechtigte dies beantragt.

§ 2

Beihilfefälle

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen

1. in Krankheits- und Pflegefällen

- a) für den Beihilfeberechtigten selbst,
- b) für den nicht selbst beihilfeberechtigten und wirtschaftlich unselbstständigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner des Beihilfeberechtigten. Eine wirtschaftliche Unselbstständigkeit liegt vor, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Absätze 3 und 5a des Einkommensteuergesetzes – EStG – vom 19. Oktober 2002 [BGBl. I S. 4210, 2003 I S. 179], zuletzt geändert durch Gesetz vom 7. März 2009 [BGBl. I S. 451]) des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro nicht übersteigt. Eine wirtschaftliche Unselbstständigkeit liegt nicht vor, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte [§ 2 Absätze 3 und 5a des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), zuletzt geändert durch Gesetz vom 8. Mai 2012 (BGBl. I S. 1030)] des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro übersteigt. Bei Überschreitung dieser Einkommensgrenze sind aus Fürsorgegründen Aufwendungen beihilfefähig, wenn der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner trotz einer ausreichenden Krankenversicherung für bestimmte Erkrankungen von Leistungen ausgeschlossen ist oder die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind; beihilfefähig ist der 1.000 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag. Für einen getrennt lebenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner werden Beihilfen nur gewährt, soweit dieser einen Unterhaltsanspruch gegen den Beihilfeberechtigten hat,
- c) für die in Absatz 2 bezeichneten Kinder;

Aufwendungen für Schutzimpfungen, Aufwendungen zur Früherkennung bestimmter Krankheiten (§ 3 Absatz 1 Nummer 2) sowie Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen (§ 3 Absatz 1 Nummer 3) werden den Aufwendungen in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit gleichgestellt;

2. in Geburtsfällen
 - a) einer Beihilfeberechtigten,
 - b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau oder eingetragenen Lebenspartnerin oder der Beihilfeberechtigten,
 - c) der nicht selbst beihilfeberechtigten Mutter eines nicht ehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten,
 - d) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter des Beihilfeberechtigten;
3. im Todesfall
 - a) eines Beihilfeberechtigten,
 - b) seines nicht selbst beihilfeberechtigt gewesenen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners,
 - c) eines im Absatz 2 bezeichneten Kindes, bei Totgeburten, wenn der Beihilfeberechtigte im Falle der Lebendgeburt zu Krankheitsaufwendungen des Kindes Anspruch auf Beihilfen hätte;
4. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs
 - a) einer Beihilfeberechtigten,
 - b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau oder eingetragenen Lebenspartnerin des oder der Beihilfeberechtigten,
 - c) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter des Beihilfeberechtigten;
5. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation
 - a) eines Beihilfeberechtigten,
 - b) des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners des Beihilfeberechtigten,
 - c) eines im Absatz 2 bezeichneten Kindes.

(2) „Beihilfen zu Aufwendungen nach Absatz 1 werden nur für nicht selbst beihilfeberechtigte, im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigte oder berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten gewährt; dies gilt auch für Kinder im Sinne des § 32 Absatz 4 Nummer 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes, die nur wegen der Höhe ihrer Einkünfte und Bezüge nicht im Familienzuschlag berücksichtigt werden. „Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig oder ist bei verheirateten oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kindern neben dem beihilfeberechtigten Elternteil der Ehegatte oder der einge-

tragene Lebenspartner des Kindes beihilfeberechtigt, so wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen des Kindes nur einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten gewährt; die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.

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

VVzBVO

2

Zu § 2 Beihilfefälle

2.1

Absatz 1

2.1.1

Nummer 1

2.1.1.1

Die steuerrechtlichen Einkünfte umfassen folgende Einkunftsarten:

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

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag nach § 24a EStG und den Abzug für Land- und Forstwirte nach § 13 Absatz 3 EStG, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Absatz 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Absatz 5 EStG unterliegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Absatz 5a EStG).

2.1.1.2

Als erstmalige Rentenbezieher gelten Rentner mit erstmaligem Anspruch auf Rente aus eigenem oder abgeleitetem Recht (z. B. Bezieher von Hinterbliebenenrenten), nicht aber Bezieher von umgewandelten Renten (z. B. Rente wegen Erwerbsminderung, die nach dem 31. Dezember 2003 in Altersrente umgewandelt wird). Soweit die berücksichtigungsfähige Person Leibrenten und andere Leistungen, die aus den gesetzlichen Rentenversicherungen,

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

2.1.1.3

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

2.1.1.4

Der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner eines Beihilfeberechtigten, der der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) angehört, ist als selbst beihilfeberechtigt anzusehen. Dies gilt nicht, wenn der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner einen Zuschlag zu seinem Krankenversicherungsbeitrag zahlen muss, weil ihm die aus Haushaltsmitteln gewährten Fürsorgeleistungen der Deutschen Bundesbahn nicht zugutekommen. Ist ein Kind, für das der Beihilfeberechtigte Anspruch auf Beihilfen hat, in der KVB mitversichert, wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen für das Kind nur gewährt, sofern nachgewiesen wurde, dass die KVB zu diesen Aufwendungen keine Fürsorgeleistungen erbracht hat bzw. erbringt.

2.1.1.5

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

in denen der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners 18.000 Euro überschritten hat.

2.1.1.6

In den Fällen des § 4 PflegeZG, § 71 Absatz 2 und § 76 Absatz 2 Satz 3 LBG ist eine Beihilfe auch dann zu gewähren, wenn der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner im Kalenderjahr vor der Antragstellung und/oder im laufenden Kalenderjahr ausschließlich Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit (§ 19 EStG) erzielt und diese mehr als 18.000 Euro betragen haben bzw. betragen. Dies gilt bei Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern, die vor der Beurlaubung einen Beihilfeanspruch gegen einen anderen Dienstherrn hatten, nur dann, wenn der andere Dienstherr bei Beamten des Landes, die auf Grund der Regelung des § 71 Absatz 2 oder § 76 Absatz 2 Satz 3 LBG berücksichtigungsfähige Person werden, entsprechend verfährt.

2.1.1.7

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 Beihilfeanspruch haben und damit beihilferechtlich auf die Sach- oder Dienstleistungen der gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung verwiesen werden. Der Beihilfeberechtigte kann in diesem Fall bei seiner Festsetzungsstelle die Aufwendungen geltend machen, die über die Sach- oder Dienstleistungen bzw. den Wert der Sach- oder Dienstleistungen hinausgehen. Hat der pflichtversicherte Angehörige Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V gewählt oder nach § 13 Absatz 4 SGB V erhalten, können die nicht gedeckten Aufwendungen nicht geltend gemacht werden. Dies gilt entsprechend für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Gebühren.

2.1.1.8

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

2.1.1.9

Nach dem Bundesbesoldungsgesetz werden im Familienzuschlag die Kinder berücksichtigt, für die dem Beamten Kindergeld nach dem EStG oder nach BKGG zusteht oder ohne Berücksichtigung der §§ 64 oder 65 EStG oder der §§ 3 oder 4 BKGG zustehen würde. Bei in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kindern ist es bis zu einer Änderung der besoldungs- und versorgungsrechtlichen Vorschriften für die Gewährung von Beihilfen ausreichend, wenn einem der eingetragenen Lebenspartner für das Kind Kindergeld zusteht oder zustehen würde. Nummer 2.2.2 gilt entsprechend.

2.1.2

Nummer 2 (bleibt frei)

2.1.3

Nummer 3 (bleibt frei)

2.1.4

Nummer 4 (bleibt frei)

2.1.5

Nummer 5 (bleibt frei)

2.2

Absatz 2

2.2.1

§ 2 Absatz 2 BVO gilt auch für nicht selbst beihilfeberechtigte Kinder von Beihilfeberechtigten, die keinen Anspruch auf Familienzuschlag haben (Lohnempfänger), sofern bei Anwendung des Besoldungsgesetzes die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig wären; Nummer 2.1.1.9 gilt entsprechend.

2.2.2

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

2.2.3

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

2.2.4

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

2.2.5

Weiterhin berücksichtigungsfähig sind studierende Kinder i. S. d. § 2 Absatz 2 BVO, die von der durch das Steueränderungsgesetz 2007 vom 19. Juli 2006 (BGBl. I. S. 1652) vorgenommenen Kürzung des Bezugszeitraumes für Kindergeld und Familienzuschlag betroffen sind (d. h. Anspruchsende grundsätzlich mit Vollendung des 25. Lebensjahres),

soweit sie bereits bis zum Wintersemester 2006/2007 ein Studium an einer Hoch- oder Fachhochschule aufgenommen haben.

2.3

Absatz 3 (bleibt frei)

§ 3

Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

- (1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfange
1. in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, zur Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden sowie bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf,
 2. zur Früherkennung von Krankheiten und zur Vorsorge,
 - a) bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres sowie zwischen dem vollendeten siebten und vor Vollendung des elften Lebensjahres für eine ärztliche Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden,
 - b) bei Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr sowie zwischen dem vollendeten 16. Lebensjahr und vor Vollendung des 18. Lebensjahres für eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, wobei die Untersuchung auch zwölf Monate vor oder nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
 - c) bei Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres an jährlich für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, zusätzlich jährlich der Brust ab dem 30. Lebensjahr, sowie zusätzlich der Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust (Mammographie-Screening) ab dem 50. Lebensjahr bis zum Ende des 70. Lebensjahres,
 - d) bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an für jährlich eine ärztliche Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales,
 - e) bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an für eine Untersuchung in jedem zweiten Jahr zur Früherkennung von Hautkrebs-, Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit und
 - f) bei Personen von der Vollendung des 50. Lebensjahres an für Untersuchungen des Rektums und des übrigen Dickdarms,

nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses [§ 91 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) vom 20. Dezember 1988 in der jeweils geltenden Fassung] zu den §§ 25 und 26 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung,

3. für prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B und der Nummer 2000 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661), sowie Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Kindern, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
4. in Geburtsfällen für die Entbindung, das Wochenbett und die Säuglingsausstattung,
5. für Schutzimpfungen, soweit sie nach den jeweils gültigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) öffentlich empfohlen werden, für Impfungen, die in Zusammenhang mit einer privaten Auslandsreise stehen sowie für FSME- (Frühsommer-Meningoenzephalitis) und Gripeschutzimpfungen,
6. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs,
7. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation.

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

(3) 1Erhält ein Beihilferechtiger oder eine berücksichtigungsfähige Person Sach- oder Dienstleistungen (ärztliche und zahnärztliche Versorgung, ambulante und stationäre Krankenhausbehandlung, Heilmittel usw.), werden keine Beihilfen gewährt. 2Als Sach- oder Dienstleistungen gelten auch Geldleistungen bei künstlicher Befruchtung (§ 27a SGB V), bei kieferorthopädischer Behandlung (§ 29 SGB V), bei Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Absatz 1 und 2 SGB V), bei Heilmitteln (§ 32 SGB V), bei Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), bei häuslicher Krankenpflege (§ 37 Absatz 4 SGB V) und bei Haushaltshilfe (§ 38 Absatz 4 SGB V) sowie Leistungen auf Grund der Bestimmungen über die vollständige oder teilweise Kostenbefreiung (§ 62 Absatz 4 SGB V).

3Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass Pflichtversicherte an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V wählen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V erhalten, sowie Aufwendungen, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übernimmt. 4Praxisgebühren und Zuzahlungen nach § 23 Absatz 6, § 24 Absatz 3, § 28 Absatz 4, § 31 Absatz 3, § 32 Absatz 2, § 33 Absatz 2, § 37 Absatz 5, § 37a Absatz 3, § 38 Absatz 5, § 39 Absatz 4, § 40 Absätze 5 und 6, § 41 Absatz 3 und § 60 Absätze 1 und 2 SGB V sowie § 32 SGB VI und § 40 Absatz 3 SGB XI sind nicht beihilfefähig.

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

1. für Personen, die freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und denen dem Grunde nach kein Beitragszuschuss nach § 257 SGB V zusteht, sofern nicht nach § 224 SGB V Beitragsfreiheit besteht,
2. für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Kinder, die von der gesetzlichen Krankenversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung einer anderen Person erfasst werden, an deren Beiträgen kein Arbeitgeber beteiligt ist, oder – bei Beteiligung eines Arbeitgebers – wenn Leistungen aus dieser Versicherung nicht in Anspruch genommen werden,
3. für in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherte, die im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht pflichtversichert waren und vom Arbeitgeber keinen Zuschuss zu den Prämien einer Lebensversicherung erhalten haben, wenn Leistungen aus dieser Versicherung nicht in Anspruch genommen werden,
4. für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten,
5. für Personen, die ihre Beiträge zur Pflegeversicherung (SGB XI) allein zu tragen haben,
6. für Personen, die am 31. Dezember 1993 als Rentner in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren; § 12 Absatz 3 Satz 2 gilt nicht.

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

- (5) Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die zu einem Zeitpunkt entstanden sind,
1. in dem der Beihilfeberechtigte noch nicht oder nicht mehr zu den in § 1 bezeichneten beihilfeberechtigten Personen gehörte,
 2. in dem eine nach § 2 berücksichtigungsfähige Person noch nicht zu diesem Personenkreis gehörte.

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

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

VVzBVO

3

Zu § 3 Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

3.1

Absatz 1

3.1.1

Nummer 1 (bleibt frei)

3.1.2

Nummer 2

3.1.2.1

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

- a) *Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der Fassung vom 26. April 1976 (Beilage Nummer 28 zum BAnz. Nummer 214 vom 11. November 1976),*
- b) *Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung vom 26. Juni 1998 (BAnz. Nummer 159 vom 27. August 1998),*
- c) *Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien) in der Fassung vom 18. Juni 2009 (BAnz. Nummer 148a vom 2. Oktober 2009),*

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

3.1.3

Nummern 3 bis 7 (bleiben frei)

3.2

Absatz 2

3.2.1

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

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

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

3.2.2

Aufwendungen für Schutzimpfungen sind beihilfefähig, soweit sie nach den jeweils gültigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch Institut (STIKO) öffentlich empfohlen werden (vgl. hierzu auch RdErl. des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit vom 7. Dezember 2000 – SMI. NRW. 21260).

3.2.3

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

3.2.4

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 Absatz 2 GOP).

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

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

Der RdErl. vom 10. Dezember 1997 (Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht) – SMBl. NRW. 203204 – gilt entsprechend; dabei ist jedoch davon auszugehen, dass die Gebühren den 2,3-fachen Satz grundsätzlich nicht überschreiten dürfen.

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

Sofern Psychotherapeuten eine Analogbewertung vornehmen und/oder den o. g. Gebührenansatz überschreiten, ist die Rechnung dem Gutachter/Obergutachter zur Begutachtung vorzulegen. Diese Begutachtung kann zum üblichen Satz (Nummer 4a.2.14) vergütet werden.

3.2.5

Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen den in den §§ 5 Absatz 2 Satz 4, 5 Absatz 3 Satz 2 und 5 Absatz 4 Satz 2 GOÄ sowie 5 Absatz 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Absatz 3 Sätze 1 und 2 GOÄ, § 10 Absatz 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 Absatz 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z. B. Nummer 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, Nummer 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).

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

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

Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 Absatz 1 GOÄ, § 2 Absatz 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.

3.2.6

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.

3.2.7

Abweichend von der Bestimmung 7.2 in meinem Runderlass vom 19. August 1998 (Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht – SMBl. NRW. 203204) können dentinadhäsive Kunststofffüllungen, soweit die Abrechnung analog der Nummern 215 bis 217 GOZ erfolgt, ohne Begründung bis zum 2,3-fachen Steigerungssatz und mit Begründung bis zum 3,5-fachen Steigerungssatz als beihilfefähig anerkannt werden.

3.2.8

Mehraufwendungen für Verblendungen (einschließlich Vollkeramikronen bzw. -brücken, z. B. im Cerec-Verfahren) sind grundsätzlich bis einschließlich Zahn 6 notwendig und damit beihilfefähig. Soweit eine Brückenversorgung über Zahn 6 hinausreicht, sind auch diese Verblendungskosten als beihilfefähig anzuerkennen. Die zahnärztlichen Leistungen

sind grundsätzlich auch bei den Zähnen beihilfefähig, bei denen die Aufwendungen nach Satz 1 nicht notwendig sind.

3.2.9

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

3.2.10

Aufwendungen für ärztliche (zahnärztliche) Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig. Dies gilt entsprechend für sogenannte Betreuungsbescheinigungen zur Beantragung eines Sonderurlaubs nach § 11 Sonderurlaubsverordnung vom 14. September 1993, zuletzt geändert durch Gesetz vom 8. Dezember 2009 (SGV. NRW. 20303) i. V. m. dem Runderlass des Ministeriums für Inneres und Kommunales NRW vom 7. Oktober 2008 (MBl. NRW. S. 518).

3.2.11

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

3.3

Absatz 3 (bleibt frei)

3.4

Absatz 4

3.4.0.1

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

3.4.0.2

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

3.4.0.3

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

Beispiel:

Einer außerhalb des öffentlichen Dienstes tätigen Ehefrau eines Beamten sind beihilfefähige Gesamtaufwendungen von 1.000 Euro entstanden. Die private Krankenversicherung hat hierzu 750,50 Euro erstattet. Der Krankenversicherungsbeitrag beträgt monatlich 100,50 Euro, zu dem der Arbeitgeber einen Zuschuss von 40,70 Euro leistet. Von den Leistungen der Krankenversicherung sind auf die beihilfefähigen Gesamtaufwendungen anzurechnen

(40 x 750) : 50 = 600 Euro

Beihilfefähig sind 400 Euro.

3.4.1

Nummer 1

3.4.1.1

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

3.4.2

Nummer 2 (bleibt frei)

3.4.3

Nummer 3 (bleibt frei)

3.4.4

Nummer 4

3.4.4.1

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

3.4.5

Nummer 5 (bleibt frei)

3.4.6

Nummer 6 (bleibt frei)

3.5

Absatz 5

3.5.1

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

3.6

Absatz 6 (bleibt frei)

§ 4

Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für:

1. ¹Untersuchung, Beratung und Verrichtung sowie Begutachtung bei Durchführung dieser Vorschriften durch einen Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; Satz 5 bleibt unberührt. ²Aufwendungen für eine wissenschaftlich nicht anerkannte Heilbehandlung sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. ³Sind wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen ohne Erfolg angewendet worden, so können auf Grund des Gutachtens eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) auch Aufwendungen für wissenschaftlich noch nicht anerkannte Heilbehandlungen vom Finanzministerium für beihilfefähig erklärt werden. ⁴Das Finanzministerium kann allgemein bestimmen, zu welchen und unter welchen Voraussetzungen zu noch nicht wissenschaftlich anerkannten Heilbehandlungen Beihilfen gezahlt werden können; Satz 3 gilt insoweit nicht. ⁵Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulant durchgeführte psychotherapeutische Leistungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung bestimmen sich nach den §§ 4a bis 4d und der Anlage 1 sowie für durch Heilpraktiker erbrachte Leistungen nach Anlage 4 zu dieser Verordnung. ⁶Zahntechnische Leistungen nach § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 316), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), sind bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen in Höhe von 60 vom Hundert beihilfefähig.
2. ¹Stationäre Behandlungen in Krankenhäusern, deren Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613), oder der Bundespflegegesetzverordnung (BPflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613), vergütet werden. ²Beihilfefähig sind
 - a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 KHEntgG, § 2 Absatz 2 BPflV),
 - b) gesondert berechnete Unterkunft (ohne Einbettzimmer) und/oder Verpflegung abzüglich 15 Euro täglich und gesondert berechnete ärztliche Leistungen (§ 17

KHEntgG, § 22 BpflV) abzüglich 10 Euro täglich für insgesamt höchstens 30 Tage im Kalenderjahr,

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

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

³Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, sind nur insoweit als angemessen (§ 3 Absatz 1 Satz 1) anzuerkennen, als sie den Kosten (Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten) entsprechen, die die dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik nach § 108 SGB V) für eine medizinisch gleichwertige Behandlung abzüglich eines Betrages von 25 Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr berechnen würde.

3. Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Behandlungen außerhalb einer Maßnahme nach § 7 bis zum Höchstbetrag von je 30 Euro täglich für den Erkrankten und eine notwendige Begleitperson.
4. Erste Hilfe.
5. ¹Eine notwendige Berufspflegekraft, solange der Erkrankte nach dem Gutachten eines von der Festsetzungsstelle bezeichneten Arztes vorübergehend der häuslichen Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) bedarf; die Grundpflege muss überwiegen. ²Die Kosten einer Ersatzpflegekraft können unter derselben Voraussetzung anerkannt werden. ³Bei einer Pflege durch den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner, Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern, Geschwister, Verschwägerter ersten Grades sowie Schwager sind nur Beförderungskosten (Nummer 11) und Kosten für eine Unterbringung der Pflegekraft außerhalb der Wohnung beihilfefähig. ⁴Außerdem kann eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe eines ausgefallenen Arbeitseinkommens als beihilfefähig berücksichtigt werden, wenn wegen Ausübung der Pflege eine Erwerbstätigkeit aufgegeben worden ist, die mindestens den Umfang einer Halbtagsbeschäftigung hatte; für den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner und die Eltern eines Pflegebedürftigen ist eine für die Pflege gezahlte Vergütung nicht beihilfefähig. ⁵In den Fällen des Satzes 2 bis 4 sind höchstens die Kosten für eine Berufspflegekraft beihilfefähig. ⁶Aufwendungen für im Haushalt des Beihilfeberechtigten bereits tätige Personen sind nur insoweit beihilfefähig, als sie nachweislich über die bisher gezahlte Vergütung hinaus durch Mehrarbeit infolge Übernahme der Pflege entstanden sind.
6. ¹Eine Familien- und Hauspflegekraft bis zum Betrag von 8 Euro je Stunde, höchstens jedoch 64 Euro täglich, wenn der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Familienangehörige oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte wegen einer stationären Unterbringung (Nummer 2, §§ 5c, 6, 6a und 8) oder ambulanten Rehabi-

litionsmaßnahme (§ 7 Absatz 4) den Haushalt nicht weiterführen kann. ²Voraussetzung ist, dass die haushaltsführende Person – ausgenommen sie ist alleinerziehend – nicht oder nur geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV erwerbstätig ist oder, soweit mehrere teilzeitbeschäftigte Personen den Haushalt führen, die Erwerbstätigkeit dieser Personen insgesamt nicht mehr als 120 vom Hundert der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden/Woche) erreicht, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. ³Dies gilt nach begründeter ärztlicher Bescheinigung auch für bis zu 14 Tage nach Ende der stationären Unterbringung, nach einer ambulanten Operation oder darüber hinaus, wenn dadurch ein stationärer Krankenhausaufenthalt (§ 4 Absatz 1 Nummer 2) vermieden wird (z. B. Liegeschwangerschaft), sowie bei Alleinerziehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. ⁴Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. ⁵Wird an Stelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspflegekraft ein Kind unter 15 Jahren oder eine in Satz 3 aufgeführte pflegebedürftige Person in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendige Beförderungskosten – auch für eine Begleitperson – bis zu den sonst berücksichtigungsfähigen Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft beihilfefähig. ⁶Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung aus Anlass einer Unterbringung bei den in Nummer 5 Satz 3 genannten Personen sind nicht beihilfefähig.

7. Die von Behandlern nach Nummer 1 bei ihren Verrichtungen verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten apothekenpflichtigen Arzneimittel [§ 2 Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394) in der jeweils geltenden Fassung], Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes in der jeweils aktuellen Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt und nach Anlage V der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien) nach den dort genannten Maßgaben zur Verordnung zugelassen sind. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen
1. für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von der vertragsärztlichen Verordnung ausgeschlossen sind und
 2. für nichtverschreibungspflichtige apothekenpflichtige und nicht apothekenpflichtige Arzneimittel.

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

- 4Das Finanzministerium kann abweichend von Satz 2 in medizinisch begründeten besonderen Einzelfällen sowie allgemein in der Anlage 2 bestimmen, zu welchen Arzneimitteln (verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen), die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten oder die sich in der klinischen Erprobung befinden, Beihilfen gewährt werden können.
- 5Dies gilt nicht für Arzneimittel und Medizinprodukte der besonderen Therapierichtungen.
- 6Das Finanzministerium kann weiterhin in Anlage 2 und ergänzend in den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung Arzneimittel von der Beihilfefähigkeit ausschließen, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten, deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist. 7Nummer 1 Satz 3 und 4 gelten entsprechend.
8. Eine vom Arzt schriftlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.
 9. 1Eine vom Arzt schriftlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe; das Finanzministerium kann bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Heilbehandlungen beihilfefähig sind. 2Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder – ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme (§§ 6, 6a und 7) –, Massagen, Bestrahlung, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. 3Die Heilbehandlung muss von einem Akademischen Sprachtherapeuten mit Zulassung nach § 124 SGB V, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Klinischen Linguisten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Physiotherapeuten oder Podologen durchgeführt werden. 4Ist die Durchführung einer Heilbehandlung in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden, sind die Aufwendungen für die Heilbehandlung bis zu 10,50 Euro täglich beihilfefähig; dies gilt entsprechend für Heilbehandlungen, mit denen zugleich berufsbildende oder allgemeinbildende Zwecke verfolgt werden. 5Bei Behandlungen in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch notwendige Aufwendungen für Verpflegung bis zu 4,50 Euro, für Unterkunft und Verpflegung insgesamt bis zu 7,50 Euro täglich beihilfefähig, es sei denn, dass § 5 Absatz 7 oder 9 anzuwenden ist. 6Nummer 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.
 10. 1Vom Arzt schriftlich verordnete Hilfsmittel, zu denen auch Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung rechnen. 2Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Reparatur; von den Aufwendungen für den Be-

trieb der Hilfsmittel ist nur der 100 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag beihilfefähig. ³Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen zur Beschaffung von Batterien für Hörhilfen einschließlich Ladegeräte für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sowie von Pflege- und Reinigungsmitteln für Kontaktlinsen. ⁴Die Mietgebühren für Hilfsmittel sind beihilfefähig, sofern sie insgesamt nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind. ⁵Aufwendungen für Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung oder Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist. ⁶Bei orthopädischen Maßschuhen sind die Aufwendungen nur insoweit beihilfefähig, als sie den Betrag für eine normale Fußbekleidung übersteigen. ⁷Kosten für ein Brillengestell sind nicht beihilfefähig; Kosten für eine Ersatzbeschaffung von Sehhilfen (zwei Brillengläser/Kontaktlinsen) sind bei Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, bei einer Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien (sphärischer Wert) beihilfefähig. ⁸Für die Ersatzbeschaffung einer Brille – mit Ausnahme von Prismenbrillen – oder von Kontaktlinsen reicht anstelle der ärztlichen Verordnung die Refraktionsbestimmung durch einen Augenoptiker aus; die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13 Euro je Sehhilfe beihilfefähig. ⁹Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung benutzt werden oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen können (sogenannte Bandscheibenmatratzen, Liegestühle, Gesundheitsschuhe, Fieberthermometer, Heizkissen, Bestrahlungslampen und dgl.). ¹⁰Beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für folgende Hilfsmittel:

Atemmonitore,

Beatmungsgeräte,

Blindenführhunde einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb,

Blindenstöcke,

Blutdruckmessgeräte,

Bruchbänder,

CPAP-Geräte,

Ernährungspumpen,

Fußeinlagen,

Gehstützen,

Gehwagen,

Gipsbetten,

Gummistrümpfe,

Heimdialysegeräte,
Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgerät,
Hilfsgeräte (für Schwerstbehinderte, Ohnhänder u. a.),
Hörhilfen (auch Hörbrillen),
Infusionspumpen,
Inhalationsapparate,
Injektionsspritzen und -nadeln,
Insulin-Dosiergeräte,
Katheter,
Kniekappen,
Knöchel- und Gelenkstützen,
Körperersatzstücke,
Kopfschützer,
Korrekturschienen u. Ä.,
Krankenfahrstühle,
Krankenheber,
Krankenstöcke (einschließlich Gehbänkchen mit Zubehör),
Leibbinden,
Orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind,
Pflegebett in behindertengerechter Ausstattung,
Polarimeter,
Reflektometer,
Reizstromgeräte zur Behandlung der Skoliose,
Sehhilfen,
Spastikerhilfen (auch Übungsgeräte),
Sprechhilfen (auch elektronische),
Sprechkanülen,
Stützapparate,
Stumpfstrümpfe und Narbenschützer,
Suspensorien,
Ultraschallvernebler,
Vibrationstrainer bei Taubheit,

Wasser- und Luftkissen,
Wechseldruckgeräte.

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

11. ¹Die Beförderung des Erkrankten und, falls erforderlich, einer Begleitperson bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen. ²Gepäckbeförderungskosten sind daneben nicht gesondert beihilfefähig. ³Höhere Fahr- und Transportkosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Absatz 1 Satz 2 LRKG genannte Betrag beihilfefähig. ⁴Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
- a) die Mitnahme weiterer Personen bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
 - b) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bei einfachen Entfernungen bis zu 30 Kilometern,
 - c) die Mehrkosten von Hin- und Rückfahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich wäre,
12. ¹Einen Organspender, soweit der Empfänger zu den in § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a bis c bezeichneten Personen gehört. ²Beihilfefähig sind
- a) die Aufwendungen nach den Nummern 1 bis 3, 6, 7, 9 und 11, die aus Anlass der für die Organspende notwendigen Maßnahmen entstehen,
 - b) Behandlungskosten auf Grund von Komplikationen, die auf die Organentnahme zurückzuführen sind,
 - c) Aufwendungen nach den §§ 6 und 7,
 - d) der nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen.
- ³Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkommen von Personen, die als Organspender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht gekommen sind. ⁴Dem Arbeitgeber des Organspenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt einschließlich der hierauf entfallenden Sozialversicherungsbeiträge sowie zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung erstattet. ⁵Maßgebend für die Aufwendungen nach

Satz 2 und die Erstattung des Arbeitsentgeltes nach Satz 4 ist der Bemessungssatz des Organempfängers.

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

(2)

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

b) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661), einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sowie der Suprakonstruktionen sind bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen im notwendigen Umfang beihilfefähig:

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

- a) Tumoroperationen,
- b) Entzündungen des Kiefers,
- c) Operationen infolge großer Zysten (zum Beispiel große folliculäre Zysten oder Keratozysten),
- d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
- e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder
- f) Unfällen

haben,

2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (zum Beispiel Spastiken),
5. implantatbasierter Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer,
6. Einzelzahnücke, soweit nicht beide Nachbarzähne überkront sind oder
7. Freizahnücke, wenn zumindest die Zähne 6, 7 und 8 fehlen.

2Es sind höchstens die Aufwendungen für zwei Implantate je Kieferhälfte (insgesamt acht) einschließlich vorhandener Implantate, zu denen eine Beihilfe gewährt wurde, beihilfefähig. 3Liegen die Indikationen nach Satz 1 nicht vor, sind – im Hinblick auf die Kosten einer herkömmlichen Zahnversorgung – die Aufwendungen für höchstens acht Implantate (zwei je Kieferhälfte), unter Berücksichtigung der Implantate nach Satz 2 pauschal bis zu 500 Euro je Implantat beihilfefähig. 4Mit dem Pauschalbetrag sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Behandlung einschließlich notwendiger Anästhesie und der Kosten u. a. für die Implantate selbst, die Implantataufbauten, die implantatbedingten Verbindungselemente, Implantatprovisorien, notwendige Instrumente (zum Beispiel Bohrer, Fräsen), Membranen und Membrannägel, Knochen- und Knochenersatzmaterial, Nahtmaterial, Röntgenleistungen, Computertomographie und Anästhetika abgegolten. 5Die Aufwendungen für die Suprakonstruktion sind neben dem Pauschalbetrag nach Satz 3 beihilfefähig. 6Bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion einheitlich 300 Euro je Implantat beihilfefähig. 7Das Finanzministerium kann abweichend von Satz 1 und 2 in besonders begründeten medizinischen Einzelfällen Ausnahmen zulassen. 8Weitere Voraussetzung für die Zahlung einer Beihilfe ist, dass der Festsetzungsstelle ein Kostenvoranschlag vorgelegt wird und diese auf Grund eines Gutachtens (gilt nicht für Sätze 3 und 6) des zuständigen Amtszahnarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der beabsichtigten Maßnahme und die Angemessenheit der Kosten anerkannt hat (Vorankennungsverfahren). 9Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle.“

- c) 1Aufwendungen für Zahnersatz (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnkronen (Nummern 2140 bis 2170, 2200 bis 2240 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind für Beamte auf Widerruf und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. 2Dies gilt nicht für Beamte, die unmittelbar vor ihrer Ernennung mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt oder berücksichtigungsfähige Personen bei einem Beihilfeberechtigten waren, für Anwärter, die nach Abschluss des Vorbereitungsdienstes unmittelbar in ein Eingangsamtsamt der Besoldungsgruppen A 1 bis A 8 eintreten, oder wenn die Leistung nach Satz 1 auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist.

VVzBVO**4****Zu § 4 Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen****4.1****Absatz 1****4.1.1****Nummer 1****4.1.1.1**

Nummer 3.2.3 gilt entsprechend.

4.1.1.2

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

4.1.1.3

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

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

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

Aufwendungen für eine Radiale Stoßwellentherapie (RSWT) sind mangels Wirksamkeitsnachweises der Therapie nicht beihilfefähig.

4.1.1.4

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

4.1.1.5

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

4.1.1.6

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

4.1.1.7

Soweit wegen der Komplexität der Kommunikation zwischen Beihilfeberechtigtem oder berücksichtigungsfähiger Person und dem Leistungserbringer im Einzelfall die Hinzuziehung eines Gebärdensprachdolmetschers erforderlich ist, sind die Aufwendungen hierfür bis zu 55 Euro je Stunde Einsatzzeit zuzüglich erforderlicher Reisezeit beihilfefähig. Die Fahrkosten sind in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges oder in Höhe der niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels beihilfefähig.

4.1.2

Nummer 2

4.1.2.1

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHEntG 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 berechnet 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.

4.1.2.2

Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung und eine spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie Absatz 2 und Absatz 3 SGB V gelten entsprechend. Die pfle-

gerischen Aufwendungen sind bis zur Höhe der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V (es ist ausreichend, wenn der Leistungserbringer dies bestätigt) beihilfefähig.

4.1.2.3

Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz (Kinderhospiz), in dem eine palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sind für die ersten 9 (Kinderhospiz: 18) Monate der Versorgung grundsätzlich nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 Buchstaben a und b BVO beihilfefähig. Die Abzugsbeträge nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 Buchstabe b BVO bleiben unberücksichtigt. Nach Ablauf von 9 Monaten (Kinderhospiz 18 Monaten) gelten die §§ 5 bis 5d BVO. Nummer 4.1.2.2 gilt entsprechend.

4.1.2.4

Von den nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 BVO beihilfefähigen Aufwendungen sind die Selbstbehalte für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts (einschließlich Entlassungstag) abzuziehen.

4.1.2.5

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

4.1.2.6

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.

4.1.2.7

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

4.1.2.8

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

4.1.2.9

Soweit die dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung keine medizinisch gleichwertigen Leistungen anbieten kann (vgl. Nummer 4.1.2.8), ist die Vergleichsberechnung an Hand der vergleichbaren Pflegesätze der dem Behandlungsort nächstgelegenen Klinik nach § 108 Nummer 3 SGB V durchzuführen, soweit diese eine medizinisch gleichwertige Behandlung anbieten kann. Ist dies nicht der Fall, sind die Pflegesätze der zur Beihilfestelle nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung zur Vergleichsberechnung heranzuziehen. Betreibt der Träger der „Privatklinik“ (ohne Zulassung nach § 108 SGB V) auf dem Grundstück der Klinik oder in unmittelbarer Nähe hierzu eine weitere Klinik mit Zulassung nach § 108 SGB V, kann aus Vereinfachungsgründen die Vergleichsberechnung auch zwischen diesen Kliniken erfolgen.

4.1.2.10

Rechnet die aufgesuchte „Privatklinik“ (ohne Zulassung nach § 108 SGB V) eine an den Fallpauschalenkatalog des Krankenhausentgeltgesetzes angelehnte „DRG“ ab, ist darauf zu achten, dass der Vergleichsklinik (der Maximalversorgung) sämtliche Diagnosen sowie Prozeduren (OPS) des Behandlungsfalles vorgelegt werden. Für die Vergleichsberechnung ist der am Tag der Aufnahme in die Privatklinik gültige Zahlbasisfallwert (incl. Zuschläge und Zusatzentgelte etc.) der vergleichbaren Klinik der Maximalversorgung maßgebend. Gegebenenfalls anfallende Kosten der Begutachtung trägt die Beihilfestelle.

4.1.2.11

Bei Behandlungen in Kliniken, deren medizinische Leistungen mit den Leistungen der unter § 1 Absatz 1 BpflV fallenden Krankenhäuser vergleichbar sind, gelten die Nummern 4.1.2.5 bis 4.1.2.10 entsprechend.

4.1.2.12

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

4.1.3

Nummer 3 (bleibt frei)

4.1.4

Nummer 4 (bleibt frei)

4.1.5

Nummer 5

4.1.5.1

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

4.1.6

Nummer 6 (bleibt frei)

4.1.7

Nummer 7 und Anlage 2

4.1.7.1

Nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 und der Anlage 2 BVO sind grundsätzlich nur Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, soweit sie nicht nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V von der Verordnung in der GKV ausgeschlossen sind, sowie Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten (für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gelten diese Einschränkungen nicht). Eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie auf Grund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Als Therapiestandard gilt ein Arzneimittel, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Voraussetzung für eine Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist, dass die schwerwiegende Erkrankung und das für die Behandlung dieser Erkrankung verordnete Standardtherapeutikum in der Anlage I zum Abschnitt F der AMR in der jeweils aktuellen Fassung (www.g-ba.de/informationen/richtlinien) aufgeführt ist. Das Finanzministerium kann in begründeten Einzelfällen Ausnahmen zulassen (§ 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 4 1. Halbsatz BVO).

4.1.7.2

Bei den in der Anlage I zu den AMR aufgeführten Indikationsgebieten sind auch Aufwendungen für Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie beihilfefähig, sofern die

Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete als wissenschaftlich allgemein anerkannt gilt und der Arzt/Heilpraktiker dies mit der Verordnung bestätigt.

4.1.7.3

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

4.1.7.4

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

4.1.7.5

Aufwendungen für die folgenden Mittel (Anlage 2 Nummern 8a 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. medizinischer Haut- und Haarwaschmittel sowie medizinischer Haarwässer und kosmetischer Mittel. Ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Basiscremes, Basissalben, Haut- und Kopfhautpflegemittel, auch Rezepturgrundlagen, soweit und solange sie Teil der arzneilichen Therapie (Intervall-Therapie bei Neurodermitis/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 sogenannten minimalen zerebralen Dysfunktion vorpubertärer Schulkinder,
- sogenannte Zellulartherapeutika und Organhydrolysate,
- sogenannte Geriatrika und sogenannte Arteriosklerosemittel,
- Roborantien, Tonika und appetitanregende Mittel,
- Insekten-Abschreckmittel,
- fixe Kombinationen aus Vitaminen und anderen Stoffen, ausgenommen und somit beihilfefähig sind Vitamin-D-Fluorid-Kombinationen zur Anwendung bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und zur Osteoporoseprophylaxe,
- Arzneimittel, welche nach § 11 Absatz 3 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG) vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1869, 1870), nur mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise:

„Traditionell angewendet:

- a) zur Stärkung oder Kräftigung,
- b) zur Besserung des Befindens,
- c) zur Unterstützung der Organfunktion,
- d) zur Vorbeugung,
- e) als mild wirkendes Arzneimittel“

in den Verkehr gebracht werden.

4.1.7.6

Aufwendungen für ärztlich verordnete Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung ausnahmsweise beihilfefähig, wenn eine Modifizie-

rung der normalen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. Solche Ausnahmefälle liegen insbesondere vor bei:

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

4.1.7.7

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

4.1.7.8

Aufwendungen für Arzneimittel, die zur Verwendung in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten verordnet werden, sind grundsätzlich nur beihilfefähig, wenn sie in der Anlage VI Teil A der AMR (in der jeweils aktuellen Fassung) aufgeführt sind. Wirkstoffe zur Anwendung in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten, die nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung von einer Verordnung ausgeschlossen sind, sind im Teil B der in Satz 1 genannten Anlage aufgeführt; die Aufwendungen sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Anträge auf Zulassung einer beihil-

ferechtlichen Ausnahme sind für den Landesbereich dem Finanzministerium zur Entscheidung vorzulegen.

4.1.7.9

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.

4.1.7.10

(Anlage 2 BVO)

4.1.7.10.1

Nummer 1 (bleibt frei)

4.1.7.10.2

Nummer 2 (bleibt frei)

4.1.7.10.3

Nummer 3

4.1.7.10.3.1

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

4.1.7.10.4

Nummer 4 (bleibt frei)

4.1.7.10.5

Nummer 5

4.1.7.10.5.1

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

4.1.7.10.6

Nummer 6 (bleibt frei)

*4.1.7.10.7**Nummer 7 (bleibt frei)**4.1.7.10.8**Nummer 8**4.1.7.10.8.1*

Die nach Anlage 2 Nummer 8 Buchstabe b zu § 4 Absatz 1 Nummer 7 BVO ausgeschlossenen Fertigarzneimittel sind aus der Anlage II der AMR (in der jeweils aktuellen Fassung) ersichtlich.

*4.1.8**Nummer 8 (bleibt frei)**4.1.9**Nummer 9**4.1.9.1*

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 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5) BVO beihilfefähig.

4.1.9.2

Die in § 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 3 BVO genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, für die eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie konnten die Aufwendungen für die Behandlung übergangsweise durch „Heilpraktiker/Heilpraktikerinnen (Sprachtherapie)“, denen auf der Grundlage des RdErl. des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW vom 11. September 1998 – III B 2 0417.7 – (n. v.) eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis erteilt worden war, als beihilfefähig anerkannt werden. Der zuvor genannte Erlass wurde mit Erlass des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW vom 2. Februar 2011 – 416-0417.7 – (n. v.) ersatzlos aufgehoben. Aufwendungen für durch den in Satz 1 2. Halbsatz genannten Behandlerkreis erbrachte Behandlungen sind daher ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr beihilfefähig. Zur Vermeidung von Härten sind Aufwendungen für Behandlungen, die bis zum 31. Dezember 2011 begonnen werden, bis zum Abschluss der Behandlung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind weiterhin insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagoginnen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.

4.1.9.3

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

4.1.9.4

Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, teil- oder vollstationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind in der Höhe beihilfefähig, die eine gesetzliche Krankenkasse mit dem Leistungsanbieter vereinbart hat. Voraussetzung für eine Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist, dass die Komplextherapie von einem berufsübergreifenden Team von Therapeuten erbracht wird, dem auch Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angehören müssen. Zu den Komplextherapien gehören u. a. Asthmatischer Schulungen, ambulante Entwöhnungskuren, ambulante Tinnitus Therapien (Pauschalabrechnung), ambulante Chemotherapien nach dem Braunschweiger Modell, ambulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 SGB IX. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen außerhalb von Komplextherapien.

4.1.9.5

Aufwendungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind (ausgenommen Akupunktur), wie Tui-Na, Qi-Gong, Tai Chi, Shiatsu-Therapie, Akupressur u. Ä., sowie für eine Orthokin-Therapie einschließlich des verabreichten Serums sind nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 2 BVO nicht beihilfefähig.

4.1.9.6

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

4.1.10

Nummer 10

4.1.10.1

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

4.1.10.2

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.

4.1.10.3

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 fototrope 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.

4.1.10.4

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 40 Euro (für Hausschuhe 20 Euro) anzusetzen.

4.1.10.5

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

4.1.10.6

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

4.1.10.7

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

4.1.10.8

Folgende Hilfsmittel können vom Dienstherrn im Zusammenwirken mit der Krankenversicherung der erkrankten Person unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden (§ 4 Absatz 1 Nummer 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.¹

4.1.10.9

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

4.1.10.10

Der Betrieb von Hilfsmitteln, Geräten zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke schließen die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände mit ein. Aufwendungen für Reparaturen sind ohne Vorlage einer ärztlichen Verordnung beihilfefähig.

4.1.10.11

Der Vergleich von Miete und Anschaffung sollte auf Grundlage des ärztlich verordneten Zeitrahmens der Behandlung erfolgen. Versorgungspauschalen für gemietete Hilfsmittel sind grundsätzlich als Teil der Miete anzusehen. Soweit einzelne Positionen als nicht beihilfefähig erkennbar sind, sind diese in Abzug zu bringen.

4.1.10.12

Nummer 10 und Anlage 3

¹ Nach dem RdErl. des Finanzministeriums vom 1. Dezember 1997 – B 3100 – 0.7 – IV A 4 – (MBl. NRW. S. 1509) gilt VV 4.1.10.8 zunächst nur für Beihilfeberechtigte des Landes und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die bei der Deutschen Krankenversicherung AG oder der Victoria Krankenversicherung AG versichert sind.
Die Rechnungsstellung seitens der Krankenversicherungsunternehmen erfolgt über das Finanzministerium.

4.1.10.12.1

Die erneute Verordnung von Hörgeräten vor Ablauf von 5 Jahren bedarf der besonderen Begründung und ggf. der Überprüfung durch einen Amtsarzt. Medizinische Gründe können z. B. fortschreitende Hörverschlechterung oder Ohrsekretion sein. Technische Gründe ergeben sich aus dem Gerätezustandsbericht des Hörgeräte-Akustikers.

4.1.10.12.2

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

4.1.10.12.3

Aufwendungen für ein Komplettsset Allergiebettbezüge (sog. Encasings), bestehend aus einem Kopfkissen-, Oberbett- und Matratzenbezug, sind bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro beihilfefähig. Bei Doppelbetten sind die Aufwendungen für beide Betten beihilfefähig. Die Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung sind erst nach Ablauf einer Mindestnutzungsdauer von

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

beihilfefähig.

4.1.11

Nummer 11

4.1.11.1

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

4.1.11.2

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.

4.1.12

Nummer 12

4.1.12.1

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

4.1.13

Nummer 13 (bleibt frei)

4.2

Absatz 2

4.2.1

Mit den Pauschalbeträgen des § 4 Absatz 2 Buchstabe b Satz 4 BVO sind mit Ausnahme der Suprakonstruktion sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen einschließlich notwendiger Anästhesie und die Kosten u. a. für die Implantate selbst, die Implantataufbauten, die implantatbedingten Verbindungselemente, Implantatprovisorien, notwendige Instrumente (z. B. Bohrer, Fräsen), Membranen und Membrannägel, Knochen- und Knochenersatzmaterial, Nahtmaterial, Röntgenleistungen, Computertomografie und Anästhetika abgegolten.

4.2.2

Es ist entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 28. Mai 2008 – 2 C 12/07) davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen gewährt wurden, sofern der Beihilfeberechtigte nicht in geeigneter Weise nachweisen kann, dass eine Finanzierung ohne Leistungen aus öffentlichen Kassen erfolgt ist.

4.2.3

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

4.2.4

Liegen die Indikationen des § 4 Absatz 2 Buchstabe b Satz 1 BVO nicht vor, kann die Beihilfestelle auf die Einholung des amts Zahnärztlichen Gutachtens verzichten. Wünscht der Beihilfeberechtigte in diesen Fällen eine amts Zahnärztliche Begutachtung und Beratung – auch im Hinblick auf alternative Zahnersatzbehandlungen –, kann dies durch die Beihilfestelle mit dem Hinweis, dass die Begutachtungskosten nicht beihilfefähig sind, vermittelt werden.

4.2.5

Wird ein notwendiges Gutachten eingeholt, trägt die Beihilfestelle die Kosten.

§ 4a**Psychotherapeutische Leistungen**

(1) Zu den beihilfefähigen psychotherapeutischen Leistungen gehören Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 4b), der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 4c) sowie der Verhaltenstherapien (§ 4d).

(2) Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien sowie Verhaltenstherapien sind nur beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen (depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen, Dysthymie),
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen),
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und
9. Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

(3) Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind Aufwendungen für eine Psychotherapie beihilfefähig bei:

1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
2. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substituierungsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,
3. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
4. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe und
5. psychischer Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einem Arzt oder einem Therapeuten nach der Anlage 1 Abschnitte 2 bis 4 erbracht werden. Eine Sitzung der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie oder Verhaltenstherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(4) ¹Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

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

²Das Gutachten nach Satz 1 Nummer 3 ist bei einem Gutachter einzuholen, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Ersatzkassen e. V. bestellt worden ist.

(5) ¹Für die psychosomatische Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 1 Nummer 2 und 3 nicht erfüllt sein. ²Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.

(6) Aufwendungen für

1. katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes beihilfefähig,
2. Rational Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes beihilfefähig und
3. eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

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

(8) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

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

VVzBVO**4a****Zu § 4a Psychotherapeutische Leistungen****4a.1**

Absatz 1 (bleibt frei)

4a.2

Absatz 2

4a.2.1

Geeignete Gutachter und Obergutachter für Psychotherapie sind der Anlage 3 zu dieser VV zu entnehmen.

4a.2.2

Für probatorische Sitzungen gilt die Höchstgrenze je Leistungserbringer.

4a.2.3

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

4a.2.4

Die Durchführung eines beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahrens ist nicht erforderlich, wenn eine gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen bereits eine Leistungszusage auf Grund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und Qualifikation des Therapeuten ergibt.

4a.2.5

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

4a.2.6

Der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und gegebenenfalls das Formblatt 2a der Anlage 4 zu dieser VV in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag einreichen.

neten orangefarbenen Umschlag der Beihilfestelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln.

4a.2.7

Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Beihilfestelle mit dem Formblatt 3 der Anlage 4 zu dieser VV einen Gutachter aus dem Kreis der in Anlage 1 zu dieser VV aufgeführten Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 4 der Anlage 4 zu dieser VV und leitet ihm zugleich die folgenden Unterlagen zu:

- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet),
- b) das ausgefüllte Formblatt 1 (als Kopie),
- c) das Formblatt 4, in dreifacher Ausfertigung,
- d) einen an die Beihilfestelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumsschlag.

4a.2.8

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

4a.2.9

Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Beihilfenstelle Widerspruch ein, kann diese im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte oder der Patient den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, den „Erstbericht“ an den Gutachter auf dem Formblatt 2 der Anlage 4 zu dieser VV zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfenstelle und des Gutachters eingegangen werden sollte. Der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Beihilfenstelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln.

4a.2.10

Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Beihilfestelle einen geeigneten Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens. In der Anlage 1 zu dieser VV sind geeignete Obergutachter aufgeführt. Die Beihilfenstelle leitet dem Obergutachter zugleich folgende Unterlagen zu:

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

- b) *Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,*
- c) *einen an die Beihilfestelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumsschlag.*

Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Gutachter einzuschalten. Ein Obergutachten ist grundsätzlich nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung vom Gutachter abgelehnt wurde, weil der Therapeut die in Anlage 1 (zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5) BVO aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

4a.2.11

Der Obergutachter übermittelt seine Stellungnahme in dem Freiumsschlag der Beihilfestelle. Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Beihilfestelle dem Beihilfeberechtigten ggf. einen Widerspruchsbescheid.

4a.2.12

Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Beihilfestelle den von dem Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2 der Anlage 4 zu dieser VV) mit einem Freiumsschlag dem Gutachter zu, der das Erstgutachten erstellt hatte. Dabei ist das Formblatt 4 der Anlage 4 zu dieser VV um die zusätzlichen Angaben bei der Folgebegutachtung zu ergänzen. Im Übrigen gelten die Nummern 4a.2.6 bis 4a.2.9 entsprechend.

4a.2.13

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

4a.2.14

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

4a.3

Absatz 3 (bleibt frei)

4a.4

Absatz 4 (bleibt frei)

4a.5

Absatz 5 (bleibt frei)

4a.6

Absatz 6

4a.6.1

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

*4a.7**Absatz 7**4a.7.1*

Bei dieser Behandlungsform handelt es sich nicht um eine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Sinne der §§ 4b bis 4d BVO; die Durchführung des Gutachterverfahrens ist entbehrlich. Die Aufwendungen sind bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind, angemessen.

4a.8

Absatz 8 (bleibt frei)

§ 4b**Psychosomatische Grundversorgung**

(1) Die psychosomatische Grundversorgung umfasst

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

(2) ¹Aufwendungen sind je Krankheitsfall beihilfefähig für

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

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

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

VVzBVO**4b****Zu § 4b Psychosomatische Grundversorgung****4b.1***Absatz 1 (bleibt frei)***4b.2***Absatz 2***4b.2.1***Ein „Krankheitsfall“ umfasst die auf einer verbindenden Diagnose beruhende und im Wesentlichen einer einheitlichen Zielsetzung dienende Psychotherapie in einer akuten Krankheitsperiode.***4b.3***Absatz 3 (bleibt frei)***§ 4c****Tiefenpsychologisch fundierte
und analytische Psychotherapie**

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

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

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

2. analytische Psychotherapie

| | Einzelbehandlung | Gruppenbehandlung |
|------------|------------------|-------------------|
| Regelfall: | 80 Sitzungen | 40 Sitzungen |

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

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern

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

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen

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

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

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

(3) ¹Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. ²Auf dem Gebiet der tie-

fenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines dazu besonders begründeten Erstantrages durchgeführt werden.

VVzBVO

4c

Zu § 4c Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

4c.1

Absatz 1

4c.1.1

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

4c.2

Absatz 2 (bleibt frei)

4c.3

Absatz 3 (bleibt frei)

§ 4d

Verhaltenstherapie

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

1. bei Erwachsenen

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

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

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

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

VVzBVO

4d

Zu § 4d Verhaltenstherapie

4d.1

Absatz 1

4d.1.1

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

4d.2

Absatz 2 (bleibt frei)

§ 4e

Neuropsychologische Therapie

(1) ¹Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie von

1. Fachärzten für Neurologie,

- 2. Fachärzten für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie,
- 3. Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder
- 4. Fachärzten für Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

zur Behandlung von akut erworbenen Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen (hirnorganischen Störungen), insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, durchgeführt werden. ²Satz 1 gilt auch bei Behandlung durch

- 5. ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- 6. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder
- 7. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten,

wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen. ³Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Absatz 3.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen anlässlich der Behandlung von

- a) ausschließlich angeborenen Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (AD[H]S), oder Intelligenzminderung,
- b) Erkrankungen des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimertyp,
- c) schädigenden Ereignissen oder Gehirnerkrankungen mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, die länger als fünf Jahre zurückliegen.

(3) ¹Aufwendungen für neuropsychologische Behandlungen sind im folgenden Umfang beihilfefähig:

- 1. bis zu fünf probatorische Sitzungen,
- 2. Einzelbehandlung, einschließlich gegebenenfalls notwendiger begleitender Behandlung von Bezugspersonen,

| | Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten | Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten |
|-------------------------------------|--|--|
| Regelfall | 60 | 120 |
| im besonderen Einzelfall zusätzlich | 20 | 40 |

und

3. Gruppenbehandlung, einschließlich ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen,

| | Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 100 Minuten | Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten |
|-----------|---|--|
| Regelfall | 40 | 80 |

2Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist die gesamte Behandlung nach Satz 1 Nummer 2 beihilfefähig.

§ 4f

Komplextherapien und integrierte Versorgung

- (1) 1Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, teil- oder vollstationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind in Höhe der Beträge beihilfefähig, die eine gesetzliche Krankenkasse mit dem Leistungsanbieter vereinbart hat. 2Die Komplextherapie muss von einem berufsübergreifenden Team von Therapeuten erbracht werden, dem auch Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angehören müssen.
- (2) 1Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen außerhalb von Komplextherapien. 2Stellen sozialpädiatrische Zentren Aufwendungen in Rechnung, die ausschließlich den medizinischen Teil ihrer Leistungen umfassen, sind diese Aufwendungen abweichend von Satz 1 beihilfefähig.
- (3) Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen einer integrierten Versorgung erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind in Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, die in Verträgen zwischen Leistungserbringern und privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbart wurden oder soweit Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140b SGB V bestehen.
- (4) Das Finanzministerium kann Vereinbarungen über Pauschalabrechnungen im Rahmen der integrierten Versorgung mit Kliniken treffen bzw. – soweit diese von privaten Krankenversicherungen geschlossen werden – im Rahmen der Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung für anwendbar erklären.

§ 4g

Soziotherapie

- (1) 1Aufwendungen für eine Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger wegen einer schweren psychischen

Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. ²Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. ³Schwere psychische Erkrankungen nach Satz 1 sind Erkrankungen

1. des schizophrenen Formenkreises

- a) Schizophrenie,
 - b) schizotype Störung,
 - c) anhaltende wahnhaftige Störung,
 - d) induzierte wahnhaftige Störung und
 - e) schizoaffektive Störung,
- sowie

2. der affektiven Störung

- a) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung,
- b) schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und
- c) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung.

(2) ¹Die Verordnung von Soziotherapie dürfen nur Ärzte vornehmen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung „Psychiatrie oder Nervenheilkunde“ zu führen. ²Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. ³Es können gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen insgesamt höchstens 120 Therapieeinheiten je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren berücksichtigt werden. ⁴Die Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. ⁵Bei Gruppenbehandlung umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten, wobei die Höchststundenzahl nach Satz 3 insgesamt nicht überschritten werden darf.

(3) ¹Soziotherapie können nur die seitens der gesetzlichen Krankenversicherungen anerkannten Leistungserbringer (§ 37a SGB V) durchführen. ²Es sind dies Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagogen und Fachkrankenpfleger für Psychotherapie (§ 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 3 gilt insoweit nicht).

(4) Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Kosten, die von den Ortskrankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 37a SGB V gezahlt werden.“

§ 5

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

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

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

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

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

³Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen (§ 40 Absatz 4 SGB XI) sind bis zu 2.557 Euro je Maßnahme beihilfefähig, soweit die Pflegeversicherung hierzu Leistungen erbringt. ⁴Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung (ambulant betreute Wohngruppe – § 38a SGB XI), gilt Satz 3 entsprechend. ⁵Der Gesamtbetrag je Maßnahme zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes ist auf 10 228 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die beteiligten Pflegeversicherungen aufgeteilt. ⁶Soweit die Pflegeversicherungen einmalig einen weiteren Betrag in Höhe von bis zu 2 500 Euro nach § 45e SGB XI gewähren, ist dieser Betrag zusätzlich beihilfefähig. ⁷Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Pflegeversicherungen der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. ⁸Die Mitteilung der Pflegeversicherung des Beihilfeberechtigten ist für die Beihilfestelle bindend und zunächst abzuwarten.

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

(6) ¹Wird im Rahmen der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit durch den Gutachter der Pflegekasse eine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen (§ 18a Absatz 1 SGB XI), gilt § 6 mit Ausnahme von Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie § 7 Absatz 4 mit Ausnahme des Satzes 2 (§ 7 Absatz 2 Buchstaben a bis d) entsprechend. ²Die Mitteilung der zuständigen Pflegekasse ist vom Beihilfeberechtigten vor der Bewilligung durch die Beihilfestelle vorzulegen.

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

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

VVzBVO

5

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

5.1

Absatz 1 (bleibt frei)

5.2

Absatz 2

5.2.1

Krankheiten oder Behinderungen sind

- *Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,*

- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
- Störungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

5.2.2

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

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

Ein alleiniger Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung reicht nicht aus.

5.2.3

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

5.2.4

Aufwendungen für medizinische Behandlungen sind nach § 4 BVO beihilfefähig.

5.2.5

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

5.2.6

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

5.3

Absatz 3

5.3.1

Aufwendungen für Leistungen zur Deckung eines erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs sind auch ohne Feststellung einer Pflegestufe in dem Umfang beihilfefähig, in dem sie nach den §§ 45a und 45b SGB XI zum Leistungsumfang der Pflegeversicherung gehö-

ren. Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen bei häuslicher Pflege sind in dem gleichen Umfang beihilfefähig, wie die Pflegekasse sie gewährt.

5.4

Absatz 4

5.4.1

Die Pflegekassen überlassen technische Pflegehilfsmittel vorrangig leihweise. In Rechnung gestellte Leih- bzw. Leasinggebühren (auch Pauschalbeträge) sowie Aufwendungen für notwendige Änderungen (Anpassungen), Instandsetzungen und Ersatzbeschaffungen sowie für die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel sind beihilfefähig. Bei selbst beschafften Pflegehilfsmitteln ist zu beachten, dass diese Hilfsmittel in dem vom Spitzenverband Bund der Kranken-/Pflegekassen erstellten Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind. Mehrkosten für eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Ausstattung des Pflegehilfsmittels sowie dadurch bedingte Folgekosten sind nicht beihilfefähig. Hinsichtlich der Betriebskosten dieser Hilfsmittel gilt § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 2 2. Halbsatz BVO entsprechend.

5.4.2

Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind beihilfefähig.

5.4.3

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

5.4.4

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

5.4.5

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

5.5

Absatz 5

5.5.1

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

5.5.2

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

5.5.3

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

5.5.4

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

5.5.5

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

5.6

Absatz 6

5.6.1

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

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

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

5.6.2

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

5.7

Absatz 7

5.7.1

Die Pflegeberatung wird entweder von den Pflegekassen oder, im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung, von der COMPASS Private Pflegeberatung GmbH durchgeführt. Da die Pflegekassen bzw. Compass Private Pflegeberatung GmbH vor Durchführung einer Pflegeberatung prüfen, ob ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht, bedarfes seitens der Beihilfestellen – soweit für die Pflegeberatung eine Rechnung erteilt wird – keiner weiteren Notwendigkeitsprüfung.

§ 5a

Häusliche Pflege

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

1. in Stufe I

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,

2. in Stufe II

- a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,

3. in Stufe III

- a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

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

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

1. in Stufe I

- a) 215 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 225 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 235 Euro ab 1. Januar 2012,

2. in Stufe II

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 430 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 440 Euro ab 1. Januar 2012,

3. in Stufe III

- a) 675 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 685 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 700 Euro ab 1. Januar 2012.

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

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

- a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012

beihilfefähig.

2Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind neben der Pauschale nach Absatz 2 Satz 1 auf Nachweis die notwendigen Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind (begrenzt auf den Betrag nach Satz 1), beihilfefähig; wird die Ersatzpflege durch diese Person erwerbsmäßig ausgeübt, gilt Satz 1 entsprechend. 3Während der Ersatzpflege ist der nach § 5a Absatz 2 beihilfefähige Pauschalbetrag zusätzlich für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr zu 50 vom Hundert beihilfefähig; § 5a Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

(4) 1Nimmt die pflegebedürftige Person häusliche Pflege nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, ist daneben eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 beihilfefähig, sofern die Pflegeversicherung Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) erbringt. 2Die Pflegepauschale nach Absatz 2 wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die pflegebedürftige Person beihilfefähige Aufwendungen nach Absatz 1 geltend macht. 3Die hinsichtlich des Verhältnisses der Inanspruchnahme von häuslicher Pflege nach Absatz 1 und 2 gegenüber der Pflegeversicherung getroffene Entscheidung ist für die Beihilfegewährung bindend. 4Eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 ist während einer Kurzzeitpflege (§ 5b Absatz 6 und 7) und einer Verhinderungspflege (Absatz 3) zusätzlich jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege gezahlten Pauschale beihilfefähig.

VVzBVO

5a

Zu § 5a Häusliche Pflege

5a.1

Absatz 1

5a.1.1

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

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

5a.1.2

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Nummer 5.2.2 und § 14 Absatz 4 SGB XI). Aufwendungen für darüber hinausgehende Leistungen sind nicht beihilfefähig. Die Aufwendungen für die häusliche Pflege können nur in Höhe der Beträge als angemessen (§ 3 Absatz 2 BVO) angesehen werden, die auf

Grund des § 89 SGB XI zwischen den Trägern der Pflegedienste und den Leistungsträgern vereinbart wurden; dabei ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig. In Zweifelsfällen ist daher von dem Pflegedienst eine entsprechende Vergütungsvereinbarung einzuholen und zu den Akten des Beihilfeberechtigten zu nehmen.

5a.1.3

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

5a.1.4

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

5a.1.5

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

5a.1.6

Entstehen in Pflegefällen ohne formale Anerkennung als Härtefall nach § 36 Absatz 4 SGB XI auf Grund besonderen Pflegebedarfs in der Pflegestufe III höhere Aufwendungen, sind die Aufwendungen für häusliche Pflege bis zu einem monatlichen Gesamtbetrag von 3.428 Euro (1.510 Euro plus 1.918 Euro) beihilfefähig; dieser Betrag gilt auch, wenn neben der häuslichen Pflege zusätzlich teilstationäre Pflege in Anspruch genommen wird (Kombinationen nach § 5b Absatz 3 oder 5 BVO).

In diesen Fällen ist zunächst der Berechnung der Pflegeversicherung zu folgen. Die den Höchstbetrag für häusliche Pflege nach § 5a Absatz 1 Satz 1 BVO überschreitenden Aufwendungen können zusätzlich als beihilfefähig anerkannt werden, soweit unter Einbeziehung der beihilfefähigen Aufwendungen nach den §§ 5a Absatz 1 und 5b Absatz 2 BVO der Gesamtbetrag von 3.428 Euro nicht überschritten wird.

5a.2

Absatz 2

5a.2.1

Die Pflege für den Pflegebedürftigen muss in einer häuslichen Umgebung erbracht werden. Dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein anderer Haushalt sein, in der der Pflegebedürftige aufgenommen wurde. Unbeachtlich ist, ob die Pflege durch Angehörige, Lebenspartner, sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen, er-

werbsmäßige Pflegekräfte oder eine vom Pflegebedürftigen angestellte Pflegeperson erbracht wird. Die Prüfung, ob die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind, obliegt der zuständigen Pflegekasse/Pflegeversicherung.

5a.2.2

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

5a.2.3

Ist ein pflegebedürftiger Schüler wochentags in einer Einrichtung (nicht Einrichtung i. S. des § 71 Absatz 4 SGB XI, sondern z. B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Werkstatt und Wohnheim für Menschen mit Behinderungen, Kindergarten) internatsmäßig untergebracht, besteht für diese Zeit ein Anspruch auf Beihilfe nach § 5a Absatz 2 BVO. Es wird unterstellt, dass der Schwerpunkt der häuslichen Pflege erhalten bleibt.

Demgegenüber ist von einer dauerhaften Internatsunterbringung auszugehen, wenn der Pflegebedürftige nicht regelmäßig jedes Wochenende in den Haushalt der Familie zurückkehrt, da in diesen Fällen der Lebensmittelpunkt innerhalb des z. B. Internats anzunehmen ist. Dennoch kann eine anteilige Beihilfe nach § 5a Absatz 2 BVO für die Zeiträume gewährt werden, in denen der Pflegebedürftige im häuslichen Bereich gepflegt wird. Auf Nummer 5c.6.4 wird hingewiesen.

5a.2.4

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

5a.3

Absatz 3

5a.3.1

Verhinderungspflege kann nur zum Tragen kommen, wenn die häusliche Pflege durch Angehörige, Lebenspartner, Nachbarn, Bekannte oder sonstige Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, durchgeführt wird. Pflegekräfte einer zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI und Pflegekräfte, mit denen die Pflegekasse einen

Einzelvertrag nach § 77 SGB XI geschlossen hat, sind keine an der Pflege gehinderte Pflegepersonen i. S. des § 5a Absatz 3 BVO.

5a.3.2

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

5a.3.3

Wird die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, durchgeführt, ist grundsätzlich nur der bisherige Pauschalbetrag nach § 5a Absatz 2 Satz 1 BVO beihilfefähig. Soweit dieser Ersatzpflegeperson durch die übernommene Pflege nachweislich Kosten entstehen (z. B. Fahrtkosten, Verdienstausschlag etc.), sind diese Kosten zusätzlich bis zu einem Jahresbetrag von 1.510 Euro beihilfefähig.

5a.3.4

Die Ersatzpflege muss nicht im Haushalt des Pflegebedürftigen durchgeführt werden. Sie kann daher insbesondere in einem Wohnheim für Menschen mit Behinderungen, einem Internat, einer Krankenwohnung, einem Kindergarten, einer Schule, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung (unabhängig von einer Zulassung nach § 72 SGB XI) durchgeführt werden. Beihilfefähig bis zum Höchstbetrag sind ausschließlich die pflegebedingten Kosten. Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung sind hierbei nicht zu berücksichtigen. Soweit die Einrichtung lediglich eine Gesamtsumme oder einen Tagessatz – ohne weitere Spezifizierung – in Rechnung stellt, ist für die hier nicht beihilfefähigen Aufwendungen aus Vereinfachungsgründen ein pauschaler Abzug vom Rechnungsbetrag in Höhe von 20 v. H. vorzunehmen. Auf Nummer 5c.6.5 wird hingewiesen.

5a.3.5

Der Anspruch auf Ersatzpflege entsteht mit jedem Kalenderjahr neu. Wird der Betrag von 1.510 Euro in einem Jahr nicht ausgeschöpft, erfolgt keine Übertragung des Restbetrages in das nächste Jahr.

5a.4

Absatz 4

5a.4.1

Wird ein Pflegebedürftiger innerhalb eines Monats sowohl durch eine geeignete Pflegekraft wie auch durch eine selbst beschaffte Pflegehilfe gepflegt, ist hinsichtlich der Aufwendungen für die Pflegekraft die anteilige Berechnung zunächst nach dem zustehenden

Höchstbetrag nach § 5a Absatz 1 Satz 1 BVO (Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag und dem Rechnungsbetrag) vorzunehmen. Entsprechend diesem Verhältnis ist die anteilige Pauschale nach § 5a Absatz 2 Satz 1 BVO (Pflegegeld) beihilfefähig.

§ 5b

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

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

(2) ¹Beihilfefähig sind im Rahmen der Höchstbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. ²Je nach Pflegestufe sind beihilfefähig bis zu monatlich

1. in Stufe I

- a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 440 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 450 Euro ab 1. Januar 2012,

2. in Stufe II

- a) 980 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.100 Euro ab 1. Januar 2012,

3. in Stufe III

- a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

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

(4) ¹Wird teilstationäre Pflege in Zusammenhang mit häuslicher Pflege nach § 5a Absatz 2 in Anspruch genommen, wird die beihilfefähige Pauschale nach § 5a Absatz 2 nicht gemindert, soweit die Aufwendungen nach Absatz 2 je Kalendermonat 50 vom Hundert des

für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nach § 5a Absatz 1 nicht übersteigen. ²Ansonsten mindert sich die beihilfefähige Pauschale nach § 5a Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem teilstationäre Pflege nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

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

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

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

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

- a) 1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
- b) 1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
- c) 1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

³Während der Kurzzeitpflege ist der bisher nach § 5a Absatz 2 beihilfefähige Pauschalbetrag zu 50 vom Hundert beihilfefähig; § 5a Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

(8) ¹Bei pflegebedürftigen Personen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres sind die Aufwendungen für Kurzzeitpflege nach Absatz 6 und 7 auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen für Kurzzeitpflege zugelassenen Einrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. ²§ 5c Absatz 6 gilt insoweit nicht.

VVzBVO**5b*****Zu § 5b Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege******5b.1******Absatz 1******5b.1.1***

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

5b.1.2

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

5b.2***Absatz 2******5b.2.1***

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

5b.3***Zu Absatz 3******5b.3.1***

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

5b.4***Absatz 4******5b.4.1***

Werden die monatlichen Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege ausschließlich mit Aufwendungen nach § 5a Absatz 2 BVO geltend gemacht, ist die Pauschale nach § 5a

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

5b.5

Absatz 5

5b.5.1

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

5b.6

Absatz 6

5b.6.1

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

5b.6.2

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

5b.7

Absatz 7 (bleibt frei)

5b.8

Absatz 8

5b.8.1

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

§ 5c

Vollstationäre Pflege

(1) ¹Bei der stationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung (§§ 71 Absatz 2 und 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI) sind der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (§ 84 Absatz 2 Satz 2 SGB XI) in Betracht kommende Pflegesatz für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege beihilfefähig. ²Verbleibt unter Berücksichtigung der Beihilfe- und Pflegeversicherungsleistungen für die pflegebedingten Aufwendungen nach Satz 1 ein Restbetrag, wird dieser aus Fürsorgegründen als Zuschuss gezahlt. ³Für den Zuschuss nach Satz 2 werden abweichend von Satz 1 höchstens in der Pflegestufe I 1.600 €, in der Pflegestufe II 2.200 €, in der Pflegestufe III 2.800 € und in Fällen des § 43 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB XI 3.300 € berücksichtigt.

(2) ¹Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten (§ 82 Absatz 3 SGB XI) sind nicht beihilfefähig. ²Sofern die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung folgende monatliche Eigenanteile übersteigen

1. bei Beihilfeberechtigten mit

- a) einem Angehörigen vierzig vom Hundert,
- b) mehreren Angehörigen fünfunddreißig vom Hundert

des um 520 Euro – bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 390 Euro – verminderten Einkommens oder

2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen siebenzig vom Hundert des Einkommens,

wird der übersteigende Anteil als Beihilfe ausgezahlt.

³Einkommen sind die monatlichen (Brutto-) Dienstbezüge (ohne sonstige variable Bezügebestandteile) oder Versorgungsbezüge, das Erwerbseinkommen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten. ⁴Angehörige im Sinne des Satzes 1 sind nur der Ehegatte, der eingetragene Lebenspartner sowie die Kinder, die nach § 2 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind. ⁵Wird zu den

Aufwendungen für die Pflege eines Angehörigen eine Beihilfe gewährt, sind dem Einkommen des Beihilfeberechtigten das Erwerbseinkommen, die Versorgungsbezüge sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners hinzuzurechnen.

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

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

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

(6) ¹Aufwendungen, die für die vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe entstehen, in denen die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund stehen (§§ 43a und 71 Absatz 4 SGB XI), sind bis zur Höhe von monatlich 256 Euro beihilfefähig. ²Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig; § 38 Satz 5 SGB XI ist zu beachten.

VVzBVO

5c

Zu § 5c

5c.1

Absatz 1

5c.1.1

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

5c.1.2

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

5c.2

Absatz 2

5c.2.1

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

5c.2.2

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

5c.2.3

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

5c.2.4

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

5c.2.5

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

5c.2.6

Investitionskosten können nur berücksichtigt werden, wenn der Beihilfestelle ein Pflegegeldbescheid vorgelegt werden kann. Der Antrag auf Pflegegeld ist grundsätzlich für den Pflegebedürftigen über die Pflegeeinrichtung zu stellen. Weigert sich der Pflegebedürftige, dem Pflegeheim die hierfür notwendigen Unterlagen (Einkommens- und Vermögensverhältnisse) zu überlassen, sind bei der Ermittlung der beihilfefähigen Unterkunfts- und Verpflegungskosten die seitens des Pflegeheims in Rechnung gestellten In-

vestitionskosten zunächst außer Ansatz zu lassen; der Beihilfebescheid ergeht insoweit vorläufig. Für die nachträgliche Beantragung des Pflegegeldes ist eine angemessene Frist zu setzen.

5c.2.7

Auf die Vorlage eines Pflegegeldbescheides kann verzichtet werden, wenn aus der Abrechnung des Pflegeheims hervorgeht, dass die Investitionskosten bereits um das erhaltene Pflegegeld gemindert wurden, das Pflegeheim bestätigt, dass auf Grund der Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Pflegebedürftigen ein Antrag keine Erfolgsaussichten hätte oder die nach § 5c Absatz 2 BVO zu berücksichtigenden Eigenanteile die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten übersteigen.

5c.3

Absatz 3

5c.3.1

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

5c.4

Absatz 4 (bleibt frei)

5c.5

Absatz 5 (bleibt frei)

5c.6

Absatz 6

5c.6.1

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

5c.6.2

Die Beschäftigung und Betreuung in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 5 BVO; Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind daher nicht beihilfefähig. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die

durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z. B. Fahrkosten).

5c.6.3

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

5c.6.4

Neben dem Beihilfenanspruch nach § 5c Absatz 6 BVO kann für die Zeit einer Pflege im häuslichen Bereich (z. B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten) eine Beihilfe nach § 5a Absatz 1 oder 2 BVO gewährt werden. Dabei zählen der An- und Abreisetag (z. B. häusliche Pflege ab Freitagabend) als volle Tage. Für die Berechnung der Pflegepauschale ist der maßgebende Höchstbetrag für die jeweilige Pflegestufe zu berücksichtigen. Der für die Pflegestufe maßgebende Pauschalbetrag wird durch 30 dividiert und mit der Zahl der zu Hause verbrachten Tage (plus An- und Abreisetag) multipliziert. Der sich ergebende anteilige Pauschalbetrag darf jedoch zusammen mit dem Höchstbetrag nach § 5c Absatz 6 BVO den für die jeweilige Pflegestufe festgelegten Höchstbetrag nach § 5a Absatz 1 oder 2 BVO nicht übersteigen.

5c.6.5

Kann z. B. an den Wochenenden oder in Ferienzeiten die häusliche Pflege nicht sichergestellt werden, besteht in diesem Fall die Möglichkeit, Beihilfen nach § 5a Absatz 3 BVO zu gewähren. Eine Anrechnung auf den beihilfefähigen Betrag nach § 5c Absatz 6 BVO ist nicht vorzunehmen. Sofern für die pflegebedürftige Person in der Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sichergestellt wird, können zusätzliche Kosten nicht nach § 5a Absatz 3 BVO berücksichtigt werden. Diese Kosten sind mit der Anerkennung nach § 5c Absatz 6 BVO abgegolten.

§ 5d

Zusätzliche Betreuungsleistungen bei häuslicher und stationärer Pflege

(1) Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege der Pflegestufen I, II oder III sowie Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, und bei

denen die Pflegeversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben, erhalten Beihilfen zu den Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 7.

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

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

(4) Die von stationären Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf mit der jeweiligen Pflegeversicherung vereinbarten und berechneten Vergütungszuschläge nach § 5b Absatz 2 und § 87b SGB XI sind neben den Aufwendungen nach § 5c Absatz 1 beihilfefähig.

(5) Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegestufen I, II oder III in ambulant betreuten Wohngruppen sind pauschal 200 Euro monatlich zusätzlich beihilfefähig, wenn die Personen Anspruch auf Beihilfe nach § 5a haben und die Pflegeversicherung hierzu Leistungen nach § 38a SGB XI erbringt.

(6) ¹Bei Personen ohne Pflegestufe nach Absatz 1 gilt § 5a entsprechend mit der Maßgabe, dass nach Absatz 1 bis zu 225 Euro und nach Absatz 2 120 Euro monatlich beihilfefähig sind. ²§ 5 Absatz 4 Sätze 1 und 3 gelten entsprechend.

(7) Bei pflegebedürftigen Personen nach Absatz 1 erhöht sich der beihilfefähige Betrag nach

1. § 5a Absatz 1 in der
 - a) Stufe I um 215 Euro auf 665 Euro und
 - b) Stufe II um 150 Euro auf 1 250 Euro,
2. § 5a Absatz 2 in der
 - a) Stufe I um 70 Euro auf 305 Euro und
 - b) Stufe II um 85 Euro auf 525 Euro.

VVzBVO**5d*****Zu § 5d Zusätzliche Betreuungsleistungen bei häuslicher und vollstationärer Pflege******5d.1******Absatz 1******5d.1.1***

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

5d.1.2

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen dienen der Erstattung von Aufwendungen, die der pflegebedürftigen Person im Zusammenhang mit

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

entstehen.

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

5d.2***Absatz 2******5d.2.1***

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

5d.3***Absatz 3***

5d.3.1

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

§ 6**Beihilfefähige Aufwendungen
bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen**

(1) ¹Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind neben den Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe für höchstens 23 Kalendertage (es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich) einschließlich der Reisetage sowie den ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig. ²Voraussetzung ist, dass die Festsetzungsstelle auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der Maßnahme anerkannt hat, die Behandlung nicht durch eine Maßnahme nach § 7 oder durch andere ambulante Maßnahmen ersetzt werden kann und im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Maßnahme nach § 6a oder § 7 durchgeführt worden ist. ³Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt oder ein Vertrauensarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z. B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwerer Fall von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet. ⁴Wird die Maßnahme nicht innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides begonnen, ist ein neues Anerkennungsverfahren durchzuführen. ⁵Die Behandlungskosten nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 sind auch dann beihilfefähig, wenn die Beihilfefähigkeit der Rehabilitationsmaßnahme nicht anerkannt wird. ⁶Die Kosten der amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten sind beihilfefähig. ⁷Zu den Kosten der Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird bei notwendigen Behandlungen in einem Ort außerhalb von Nordrhein-Westfalen insgesamt ein Zuschuss von 100 Euro, innerhalb von Nordrhein-Westfalen von 50 Euro gezahlt.

(2) ¹Die Maßnahme muss in einer Einrichtung durchgeführt werden, die die Voraussetzungen nach § 107 Absatz 2 SGB V erfüllt. ²Soweit eine Einrichtung auch über Abteilungen verfügt, die die Voraussetzungen nach § 107 Absatz 1 in Verbindung mit § 108 SGB V erfüllen, gilt für von diesen Abteilungen erbrachte Leistungen § 4 Absatz 1 Nummer 2.

(3) ¹Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Behandlung sind in Höhe der Preisvereinbarung (Pauschale) beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat. ²Werden neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung Leistungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 oder 9 in Rechnung gestellt, ist die Pauschale

nach Satz 1 um 30 vom Hundert zu kürzen; der Restbetrag ist beihilfefähig. 3Verfügt die Einrichtung über keine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens 104 Euro täglich beihilfefähig.

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

VVzBVO

6

Zu § 6 Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

6.1

Absatz 1

6.1.1

Nummer 3.2.3 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).

6.1.2

Bei der Anschlussheilbehandlung handelt es sich um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, in deren Rahmen die während einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Absatz 1 Nummer 2 BVO) begonnenen Leistungen fortgesetzt werden, um einen langfristigen Erfolg zu erreichen. In diesen Fällen kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme – 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.

6.1.3

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

Beihilfeberechtigten mit Wohnsitz außerhalb von NRW werden pauschal 100 Euro, höchstens aber die tatsächlichen Kosten erstattet.

6.1.4

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

6.2

Absatz 2 (bleibt frei)

6.3

Absatz 3

6.3.1

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

6.3.2

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

6.4

Absatz 4 (bleibt frei)

§ 6a

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

(1) *Zu den Kosten einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes (Müttergenesungskur) oder in einer gleichartigen Einrichtung, die Leistungen in Form einer Mutter-/Vater-Kind-Kur erbringt (§§ 24 und 41 Absatz 1 SGB V), werden – soweit die Einrichtungen über Versorgungsverträge nach § 111a SGB V verfügen – Beihilfen bis zu einer Dauer von 23 Kalendertagen (bei chronisch kranken*

Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen) einschließlich der Reisetage gewährt. ²§ 7 Absatz 2 gilt entsprechend. ³Wird die Maßnahme nach Satz 1 ausschließlich auf Grund der Erkrankung eines Kindes notwendig, ist § 7 Absatz 2 Buchstabe b Satz 1 nicht anzuwenden.

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

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

VVzBVO

6a

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

6a.1

Absatz 1

6a.1.1

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.

6a.1.2

Für mitgenommene nicht behandlungsbedürftige Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr wird jeweils ein Zuschuss nach § 7 Absatz 3 Satz 2 BVO gewährt, soweit die Kosten der Unterbringung und Verpflegung dieser Kinder nicht im Rahmen der mit dem Sozialversicherungsträger getroffenen Vereinbarung für den oder die Behandlungsbedürftigen mit abgegolten sind.

6a.1.3

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 Nummer 6a.1.2 sinngemäß.

6a.2

Absatz 2 (bleibt frei)

6a.3

Absatz 3 (bleibt frei)

§ 6b

Familienorientierte Rehabilitation

(1) ¹Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Familientherapie sind für höchstens 23 Tage einschließlich der Reisetage im Kalenderjahr beihilfefähig, wenn ein Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr an einer schweren chronischen Erkrankung (Krebserkrankung, Mukoviszidose, Zustand nach Operation am Herzen oder nach Organtransplantation) leidet.

(2) Für die Aufwendungen des erkrankten Kindes gilt § 6 entsprechend.

(3) ¹Für die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, Kurtaxe sowie Fahrtkosten der begleitenden Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) wird pro Person ein Zuschuss von 40 Euro, höchstens aber insgesamt 100 Euro täglich gezahlt. ²Entstehen den begleitenden Familienangehörigen Aufwendungen für ärztliche Behandlungen, die in Zusammenhang mit der Behandlung des erkrankten Kindes stehen, sind diese Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig; § 12 Absatz 2 Buchstabe b gilt entsprechend.

(4) Ist für das erkrankte Kind eine Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme über 23 Tage hinaus medizinisch indiziert, gilt Absatz 3 für höchstens weitere 7 Tage.

(5) Bestehen zwischen der aufgesuchten Einrichtung und einem Sozialversicherungsträger Verträge oder Verfahrensabsprachen, kann der dort vereinbarte Pauschalsatz pro Person als beihilfefähiger Betrag abweichend von Absatz 3 Satz 1 berücksichtigt werden, wenn dies für den Beihilfeberechtigten günstiger ist; § 12 Absatz 2 Buchstabe b gilt entsprechend.

§ 6c

Sozialmedizinische Nachsorge

¹Die Aufwendungen für von Ärzten schriftlich verordnete ambulante sozialmedizinische Nachsorge für chronisch- oder schwerstkranke Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (in besonders schwerwiegenden Fällen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr), die im Anschluss an eine stationäre Maßnahme erbracht wird, sind im Rahmen der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Absatz 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung beihilfefähig, wenn nach ärztlicher Feststellung dadurch die stationäre Maßnahme verkürzt oder die nachfolgende ambulante Weiterbehandlung gesichert wird. ²Die Auf-

wendungen sind nur in der Höhe beihilfefähig, in der sie von der Ortskrankenkasse am Wohnort des Beihilfeberechtigten mit dem Leistungserbringer vereinbart sind.

§ 6d

Rehabilitationssport und Funktionstraining

(1) 1Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und ärztlich verordnetes Funktionstraining sind beihilfefähig

1. zur Vorbeugung einer Behinderung,
2. zum Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile oder
3. im Anschluss an eine abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahme nach §§ 6, 6a oder 7 Absatz 4.

2Die Maßnahmen müssen unter ärztlicher Überwachung durchgeführt werden.

(2) Beihilfefähig sind ausschließlich die in der Rahmenvereinbarung der Rehabilitationsträger der Sozialversicherung über den Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 1. Januar 2011 (in der jeweils geltenden Fassung) genannten Maßnahmen und nur Gebühren, die der Veranstalter für gesetzlich versicherte Teilnehmer mit den Rehabilitationsträgern vereinbart hat.

(3) 1Nicht beihilfefähig sind Mitgliedsbeiträge, Aufwendungen für den Besuch eines Fitness-Studios oder für allgemeine Fitness-Übungen und -Geräte, für notwendige Sportbekleidung sowie die Fahrtkosten zum Veranstaltungsort. 2Dies gilt auch für die Aufwendungen einer ggf. notwendigen Begleitperson.

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

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

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

- a) vor der erstmaligen Antragstellung eine Wartezeit von insgesamt drei Jahren Beihilfeberechtigung nach diesen oder entsprechenden Beihilfevorschriften erfüllt ist,
- b) im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine anerkannte Maßnahme nach Absatz 1 oder den §§ 6 oder 6a durchgeführt wurde. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn nach dem Gutachten des zuständigen Amtsarztes aus zwingenden medizinischen Gründen (z. B. in schweren

Fällen von Morbus Bechterew) eine Kurmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,

- c) ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Maßnahmen nach Absatz 1 wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind,
- d) die medizinische Notwendigkeit vor Beginn einer Maßnahme nach Absatz 1 durch begründete ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen und durch ein Gutachten des zuständigen Amtsarztes bestätigt ist,
- e) die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Maßnahme nach Absatz 1 anerkannt hat,
- f) die Maßnahme nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides oder innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen wird,
- g) die ordnungsgemäße Durchführung der Maßnahme nach Absatz 1 durch Vorlage eines Schlussberichtes oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen wird.

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

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

VVzBVO

7

Zu § 7 Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

7.1

Absatz 1

7.1.1

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

7.2

Absatz 2

7.2.1

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

7.2.2

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

7.3

Absatz 3

7.3.1

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

7.4

Absatz 4

7.4.1

Eine Anschlussheilbehandlung kann auch im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden; § 7 Absatz 2 Buchstaben a und b gelten insoweit nicht.

7.4.2

Die Aufwendungen für seitens der ambulanten Rehabilitationseinrichtung verordneten bzw. während der Rehabilitationsmaßnahme verabreichten Arzneimittel sind grundsätzlich

lich neben der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarten Pauschale (§ 7 Absatz 4 Satz 3 BVO) beihilfefähig. Bei den Nebenkosten nach § 7 Absatz 4 Satz 4 BVO kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass mindestens Kosten in Höhe von 20 Euro täglich angefallen sind; ein Einzelnachweis ist daher nur in begründeten Ausnahmefällen notwendig.

7.4.3

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

7.4.4

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

7.4.5

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

7.4.6

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

7.4.7

Nach § 7 Absatz 1 BVO sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen die Aufwendungen für 20 Behandlungstage beihilfefähig. Ist aus dringenden medizinischen Gründen in Zusammenhang mit neuropsychologischen Behandlungen (z. B. Schlaganfallpatient) eine Verlängerung der Behandlung geboten, kann die Beihilfestelle einer Verlängerung bis zu weiteren 20 Behandlungstagen zustimmen. Darüber hinaus sind weitere beihilferechtlichen Verlängerungen nur in dem Umfang der Bewilligung der Krankenversicherung des Patienten möglich.

7.4.8

Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining unter ärztlicher Betreuung und Überwachung sind grundsätzlich beihilfefähig. Beihilfefähig sind ausschließlich die in der Rahmenvereinbarung der Rehabilitationsträger über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 i. d. F. vom 1. Januar 2007 genannten Maßnahmen. Die Rahmenvereinbarung kann von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger bezogen werden.

Beihilfefähig sind nur Gebühren, die der Veranstalter für gesetzlich versicherte Teilnehmer mit den Rehabilitationsträgern vereinbart hat. Nicht beihilfefähig sind Mitgliedsbei-

träge, Aufwendungen für den Besuch eines Fitness-Studios oder für allgemeine Fitness-Übungen und -Geräte sowie für notwendige Sportbekleidung sowie die Fahrten zum Veranstaltungsort. Dies gilt auch für die Aufwendungen einer ggf. notwendigen Begleitperson.

§ 8

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

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

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

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

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

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

²Dies gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. ³Bei anderen Inseminationen ist Satz 1 Nummer 1 zweiter Halbsatz und Nummer 4 nicht anzuwenden. ⁴Weitere Voraussetzung ist, dass die Ehegatten das

25. Lebensjahr, die Ehefrau noch nicht das 40. Lebensjahr und der Ehemann noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet haben. „Für die Zuordnung der Aufwendungen für die ICSI- und die IVF-Behandlung ist das Kostenteilungsprinzip zu beachten. „Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 27a Absatz 4 SGB V erlassenen Richtlinien zur Künstlichen Befruchtung gelten in der jeweils geltenden Fassung entsprechend.

VVzBVO

8

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

8.1

Absatz 1

8.1.1

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

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

sowie die im Zusammenhang mit diesen Leistungen entstandenen Sachkosten.

8.2

Absatz 2

8.2.1

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

8.3

Absatz 3 (bleibt frei)

8.4

Absatz 4

8.4.1

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

8.4.2

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

8.4.3

Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen zur künstlichen Befruchtung ist – ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine körperbezogene Betrachtungsweise (vgl. § 27a Absatz 3 Satz 3 SGB V) maßgebend. Das sogenannte „Verursacherprinzip“ (vgl. Urteil des BGH vom 3. März 2004 – IV ZR 25/03) ist beihilferechtlich unbeachtlich. Für die Zuordnung der Aufwendungen der ICSI- und der IVF-Behandlung ist das Kostenteilungsprinzip (körperbezogene Kostenaufteilung) – § 8 Absatz 4 BVO – wie folgt anzuwenden:

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

§ 9**Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen**

- (1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für
- die Hebamme oder den Entbindungspfleger im Rahmen der Gebührenordnung,
 - die ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung,
 - die vom Arzt, von der Hebamme oder vom Entbindungspfleger verbrauchten Stoffe und Verbandmittel sowie die auf schriftliche ärztliche Verordnung beschafften Stoffe,

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

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

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

VVzBVO

9

Zu § 9 Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

9.1

Absatz 1

9.1.1

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

9.1.2

Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (z. B. Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) nach der Hebammengebührenordnung be-

dürfen keiner ärztlichen Verordnung, soweit nicht in der Hebammengebührenordnung etwas anderes bestimmt ist.

9.1.3

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

9.2

Absatz 2 (bleibt frei)

§ 10

Behandlungs- und Beförderungskosten im Ausland; Auslandskrankenversicherung

(1) Aufwendungen für eine Krankenbehandlung oder Entbindung im Ausland sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung oder Entbindung am inländischen Wohnort oder letzten früheren inländischen Dienstort des Beihilfeberechtigten oder in dem ihnen am nächsten gelegenen geeigneten inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären.

(2) ¹Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist ein Kostenvergleich nach Absatz 1 nicht erforderlich. ²Bei Behandlungen in anderen Krankenhäusern, sind die Aufwendungen nur insoweit angemessen, als sie den Aufwendungen (Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten) entsprechen, die in der der Beihilfestelle nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung für eine medizinisch gleichwertige Behandlung entstanden wären. ³§ 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 Buchstabe b und Satz 3 gelten entsprechend. ⁴Die entsprechenden Nachweise sind durch den Beihilfeberechtigten zu erbringen. ⁵Notwendige Übersetzungskosten sind nicht beihilfefähig.

(3) ¹Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung am inländischen Wohnort oder in dem ihm am nächsten gelegenen inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären. ²§ 6 und § 7 gelten sinngemäß. ³Bei ambulanten Kurmaßnahmen in den in Satz 1 genannten Staaten sind die Aufwendungen nur dann beihilfefähig, wenn der Nachweis erbracht werden kann, dass der Behandlungsort als Kurort anerkannt ist. ⁴Wird die Behandlung außerhalb der in Satz 1 genannten Staaten durchgeführt, sind die Aufwendungen nach Satz 1 nur dann beihilfefähig, wenn im Inland oder in den in

Satz 1 genannten Staaten kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist und die Behandlung vor Beginn vom Finanzministerium auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens anerkannt worden ist.

(4) Aufwendungen für eine Krankenbehandlung im Ausland sind ohne die Einschränkung der Absätze 1 und 2 beihilfefähig,

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

(5) Bei Aufwendungen von im Ausland wohnenden Beihilfeberechtigten und im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Personen gelten die Absätze 1, 2 und 3 entsprechend.

(6) Für Beförderungskosten im Ausland gilt § 4 Absatz 1 Nummer 11 entsprechend. Beförderungskosten in Gebiete außerhalb der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz oder Rücktransportkosten aus diesen Gebieten sind nicht beihilfefähig; Absatz 4 Nummer 1 und 2 bleibt unberührt.

(7) „Schließt der Beihilfeberechtigte zur Absicherung von Krankheits-, Beförderungs- und Rücktransportkosten eine Auslandskrankenversicherung ab, sind die jährlichen Versicherungsbeiträge bis zu einem Betrag von 10 Euro für den Beihilfeberechtigten und für jede berücksichtigungsfähige Person beihilfefähig; § 12 Absätze 1 und 3 gelten entsprechend. „Der Beihilfeberechtigte ist verpflichtet, im Versicherungsfall die Versicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen; § 3 Absatz 4 Satz 1 gilt sinngemäß.

VVzBVO

10

Zu § 10 Beihilfefähige Aufwendungen bei Behandlungen im Ausland

10.1

Absatz 1

10.1.1

Rechnungsbeträge in ausländischer Währung (außerhalb des Euroraumes) sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe maßgebenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der auf die Aufwendungen entfallende Umrechnungskurs nicht

nachgewiesen wird (z. B. durch Umtauschbestätigung der Bank). Den Belegen über die Aufwendungen ist eine Übersetzung beizufügen.

10.1.2

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

10.2

Absatz 2

10.2.1

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

10.3

Absatz 3

10.3.1

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

10.3.2

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

10.3.3

Als ausländische Kurorte anerkannt sind die in der Anlage 5 Teil 1b zu dieser VV aufgeführten Orte. Diesen sind Kurorte bzw. Kurbetriebe gleichgestellt, die nach Auskunft des europäischen Heilbäderverbandes (EHV) die für die Durchführung von ambulanten Kuren in Deutschland vorgeschriebenen Qualitätsstandards erfüllen. Es wird gebeten, dem Finanzministerium von Stellungnahmen des EHV zu entsprechenden Anfragen jeweils eine Mehrausfertigung zu übersenden.

10.3.4

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

*10.4**Absatz 4**10.4.1*

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

10.5

Absatz 5 (bleibt frei)

10.6

Absatz 6 (bleibt frei)

*10.7**Absatz 7**10.7.1*

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

10.7.2

Eine Kopie des Versicherungsvertrages ist zur Beihilfeakte zu nehmen.

§ 11**Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen**

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

1. bei einem Sterbefall im Inland

a) vom Sterbeort zur Beisetzungsstelle oder

b) vom Sterbeort zum nächstgelegenen Krematorium und von dort zur Beisetzungsstelle,

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

2. bei einem Sterbefall im Ausland

a) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten auf einer Dienstreise in entsprechender Anwendung der Nummer 1,

- b) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei privatem Aufenthalt im Ausland bis zur Höhe der Kosten einer Überführung von der deutschen Grenze zum Familienwohnsitz,
- c) eines im Ausland wohnenden Beihilfeberechtigten oder eines im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz, höchstens über eine Entfernung von 500 Kilometern.

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

VVzBVO

11

Zu § 11 Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(bleibt frei)

§ 12

Bemessung der Beihilfen

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

- a) den Beihilfeberechtigten (§ 1 Absatz 1 Nummer 1 und 4) sowie für
entpflichtete Hochschullehrer 50 vom Hundert,
- b) den Empfänger von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfe-
berechtigt ist, 70 vom Hundert,

- c) den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner 70 vom Hundert,
- d) ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, 80 vom Hundert.

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

- (2) Für die Anwendung von Absatz 1 Satz 2 und 3 gelten die Aufwendungen
 - a) nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
 - b) einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
 - c) nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 als Aufwendungen der Mutter,
 - d) nach § 11 Absatz 2 als Aufwendungen eines Kindes.

(3) ¹Der Bemessungssatz nach Absatz 1 Satz 2 und 3 ermäßigt sich um 10 vom Hundert bei Personen, an deren Beiträgen zur Krankenversicherung sich ein Rentenversicherungsträger beteiligt, sofern ihnen dem Grunde nach eine Beitragsentlastung von mindestens 90 Euro monatlich zusteht. ²Dies gilt nicht für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

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

(5) ¹Die Bemessungssätze der Absätze 1, 3 und 4 können von der Festsetzungsstelle im Einzelfall für im Grundsatz beihilfefähige Aufwendungen erhöht werden,

- a) wenn die Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung entstanden sind und keine Leistungen einer Krankenversicherung erbracht werden,
- b) im Falle einer Leichenüberführung, wenn der Tod während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich angeordneten Umzuges eingetreten ist und die Leiche an den Familienwohnsitz überführt wird,
- c) in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, mit Zustimmung des Finanzministeriums.

²Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen nach § 5c oder wenn der Beihilfeberechtigte für sich und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen für ambulante und stationäre Krankheits- und Pflegefälle keinen ausreichenden Versicherungsschutz nachweisen kann.

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

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

VVzBVO

12

Zu § 12 Bemessung der Beihilfen

12.1

Absatz 1

12.1.1

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

12.1.2

In den Fällen des § 12 Absatz 1 Satz 4 BVO ist durch gemeinsame schriftliche Erklärung nach Anlage 7 zu dieser VV derjenige zu bestimmen, der den erhöhten Bemessungssatz erhalten soll; in der Erklärung ist anzugeben, welche Festsetzungsstelle für den weiteren Berechtigten zuständig ist. Die Festsetzungsstelle, bei der der erhöhte Bemessungssatz beantragt wird, übersendet eine Kopie der Erklärung der anderen Festsetzungsstelle.

12.1.3

Nach den beihilferechtlichen Regelungen des Bundes und ggf. anderer Länder wird ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, der den Familienzuschlag nach § 40 BBesG erhält. Die Beihilfeberechtigten bestimmen in diesen Fällen bereits mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des er-

höhten Beihilfebemessungssatzes. Hierüber ergeht seitens der zuständigen Bundesbeihilfestelle (und ggf. Landesbeihilfestelle außerhalb des Geltungsbereichs der BVO) eine gesonderte Bescheinigung, die zu den Akten zu nehmen ist.

12.1.4

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

12.1.5

Nummer 2.2.4 gilt entsprechend.

12.2

Absatz 2 (bleibt frei)

12.3

Absatz 3

12.3.1

§ 12 Absatz 3 Satz 1 BVO gilt auch für Personen, die am 31. Dezember 1993 als Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren und bei denen die Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung nicht anzurechnen sind (§ 3 Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 BVO).

12.4

Absatz 4

12.4.1

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

12.5

Absatz 5

12.5.1

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

12.6

Absatz 6 (bleibt frei)

12.7

Absatz 7

12.7.1

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

12.7.2

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.

12.7.3

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

12.7.4

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

§ 12a

Kostendämpfungspauschale

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

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

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

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

(3) 1Die Beträge nach Absatz 1 bemessen sich

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

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

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

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

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

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

VVzBVO

12a

Zu § 12a Kostendämpfungspauschale

12a

Absatz 1

12a.1.1

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

12a.1.2

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

12a.1.3

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

12a.2

Absatz 2 (bleibt frei)

12a.3

Absatz 3

12a.3.1

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

*12a.4**Absatz 4*

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

12a.5

Absatz 5 (bleibt frei)

*12a.6**Absatz 6**12a.6.1*

Die Kostendämpfungspauschale ist auf volle 5 Euro abzurunden.

12a.7

Absatz 7 (bleibt frei)

§ 13**Verfahren**

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

1. das Landesamt für Besoldung und Versorgung über Anträge der Beihilfeberechtigten der Obersten Landesbehörden und der dem Finanzministerium nachgeordneten Behörden und Einrichtungen,
2. die Bezirksregierungen über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs, der Beihilfeberechtigten der Staatlichen Rechnungsprüfungsämter und der Beihilfeberechtigten der übrigen Behörden und Einrichtungen des Landes einschließlich der Landesbetriebe innerhalb ihres Bezirks, soweit nicht in den Nummern 3 bis 7 eine abweichende Regelung getroffen ist,
3. die Oberlandesgerichte über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs und nach näherer Bestimmung des Justizministeriums über die Anträge der Beihilfeberechtigten der anderen Gerichte sowie der dem Justizministerium nachgeordneten Behörden und Einrichtungen,

4. die Landräte über die Anträge der Beihilfeberechtigten der von ihnen geleiteten Kreispolizeibehörden mit Ausnahme der Anträge der Landräte als Leiter der Kreispolizeibehörden,
5. die Schulämter über die Anträge der Lehrer an den öffentlichen Grundschulen und Hauptschulen und an den ihrer Schulaufsicht unterstehenden öffentlichen Förderschulen,
6. die Kunsthochschulen und Einrichtungen im Hochschulbereich über die Anträge ihrer Beihilfeberechtigten, soweit in einer Vereinbarung nach Artikel 2 § 1 Absatz 5 Hochschulfreiheitsgesetz vom 31. Oktober 2006 (GV. NRW. S.474) oder nach Artikel 7 § 5 Hochschulfreiheitsgesetz nicht etwas anderes geregelt ist,
7. die Pensionsregelungsbehörden über die Anträge der Versorgungsempfänger; die Pensionsregelungsbehörden des Landes entscheiden auch über die Anträge der Versorgungsempfänger des Landes, wenn diese im Landesdienst wieder beschäftigt werden.

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

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

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

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

1. der Zuschussgewährung nach § 6 Absatz 1 Satz 7, § 6a Absatz 2 Satz 2, § 7 Absatz 3 Satz 2, Satz 4 sowie Absatz 4 Satz 4 mit dem Tag der Beendigung der Maßnahme,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VVzBVO**13****Zu § 13 Verfahren**

13.1

Absatz 1

13.1.1

Pensionsregelungsbehörde ist im kommunalen Bereich der letzte Dienstherr.

13.2

Absatz 2

13.2.1

Für den Beihilfeantrag, die Kassenanordnung und die Mitteilung über die Gewährung der Beihilfe sollen die als Anlagen 6 und 6a zu dieser VV beigefügten Formblätter verwendet werden. Es können auch Kassenanordnungen, die für die gleichzeitige Fertigung der Auszahlungsanordnung und des Überweisungsträgers eingerichtet sind, sowie Sammelanordnungen verwendet werden. Bei Unfällen (einschl. häuslicher Unfälle, Sport-, Spiel- und Schulunfälle) ist ein Unfallbericht nach Anlage 10 zu dieser VV vorzulegen. Sofern Beihilfen mittels eines automatisierten Verfahrens festgesetzt werden, können dem Verfahren angepasste Vordrucke verwendet werden.

13.2.2

Für Beihilfeanträge aus Anlass dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 5 BVO) soll das als Anlage 8 zu dieser VV beigefügte Formblatt verwendet werden. Die Beihilfen aus Anlass dauernder Pflegebedürftigkeit sind für aktive Beamte unter Titel 441 02 und für Versorgungsempfänger unter Titel 446 02 zu buchen.

13.2.3

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

13.2.4

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

13.2.5

Soweit bei sozialhilfeberechtigten Personen die Abwicklung der krankheitsbedingten Kosten nach § 264 SGB V über eine gesetzliche Krankenversicherung erfolgt, kann die von der Krankenkasse erstellte Quartalsabrechnung der Beihilfeberechnung zu Grunde gelegt

werden. Die nach § 264 Absatz 7 SGB V zu entrichtenden Verwaltungskosten sind nicht beihilfefähig.

13.3

Absatz 3 (bleibt frei)

13.4

Absatz 4

13.4.1

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

13.5

Absatz 5 (bleibt frei)

13.6

Absatz 6 (bleibt frei)

13.7

Absatz 7

13.7.1

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

13.7.2

Bei stationärer Krankenhausbehandlung und bei Dialysebehandlung kann auf Antrag des Beihilfeberechtigten ein Abschlag auch unmittelbar an das Krankenhaus oder die Dialyse-Institution überwiesen werden. Das als Anlage 9 zu dieser VV beigefügte Formblatt sollte nach Möglichkeit für die Beantragung der Abschlagszahlung verwendet werden.

13.7.3

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

13.8

Absatz 8 (bleibt frei)

13.9

Absatz 9 (bleibt frei)

13.10

Absatz 10 (bleibt frei)

13.11

Absatz 11

13.11.1

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

13.12

Absatz 12 (bleibt frei)

§ 14

Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und andere Personen in Todesfällen

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

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

VVzBVO**14*****Zu § 14 Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und andere Personen in Todesfällen******14.1******Absatz 1******14.1.1***

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

14.2***Absatz 2******14.1.2***

Der Beihilfeantrag kann durch einen Testamentsvollstrecker oder Nachlassverwalter gestellt werden.

§ 15**Belastungsgrenze**

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

(2) ¹Die Feststellung der Belastungsgrenze erfolgt durch die Beihilfestelle. ²Maßgeblich für die Zuordnung der Selbstbehalte und Kostendämpfungspauschale zur Belastungsgrenze ist das Entstehen der Aufwendungen (§ 3 Absatz 5 Satz 2). ³Wird die Belastungsgrenze nach Absatz 1 Satz 1 überschritten, sind für das betreffende Kalenderjahr keine weiteren Selbstbehalte in Abzug zu bringen.

VVzBVO**15****Zu § 15 Belastungsgrenze**

15.1

Absatz 1

15.1.1

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

15.1.2

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

15.1.3

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

15.1.4

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

15.2

Absatz 2

15.2.1

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

§ 16

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

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

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

VVzBVO

16

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

(bleibt frei)

§ 17

Personenbezogene Bezeichnungen

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

§ 17a

Übergangsregelungen

(1) Die Beihilfenverordnung vom 27. März 1975 (GV. NRW. S. 332), zuletzt geändert durch Verordnung vom 27. Juni 2008 (GV. NRW. S. 530), gilt für Aufwendungen, die bis zum 31. März 2009 entstanden sind.

(2) Diese Verordnung gilt vorbehaltlich der Absätze 3 und 4 für Aufwendungen, die nach dem 31. März 2009 entstanden sind.

(3) Die Regelungen der Zweiten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 9. Dezember 2012 (GV. NRW. S. 642) gelten vorbehaltlich des Absatzes 4 für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2012 entstanden sind.

(4) § 5 Absatz 4 Satz 4 bis 8 und Absatz 6, § 5a Absatz 3 Satz 3 und Absatz 4 Satz 4, § 5b Absatz 7 Satz 3, § 5d Absatz 5 sowie die Regelungen der Zweiten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW (GV. NRW. S. 642) zu § 5b Absatz 8 und § 5c Absatz 6 Satz 2 gelten für Aufwendungen, die nach dem 29. Oktober 2012 entstanden sind.

(5) Die Regelungen der Vierten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung vom 15. November 2013 (GV. NRW. S. 644) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2013 entstanden sind.

§ 18

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. April 2009 in Kraft.

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

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

Abschnitt 1

Psychotherapeutische Leistungen

1. Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für:
 - a) Familientherapie,
 - b) Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs,
 - c) Gesprächspsychotherapie (zum Beispiel nach Rogers),
 - d) Gestalttherapie,
 - e) Körperbezogene Therapie,
 - f) Konzentrierte Bewegungstherapie,
 - g) Logotherapie,
 - h) Musiktherapie,
 - i) Heileurhythmie,
 - j) Psychodrama,
 - k) Respiratorisches Biofeedback und
 - l) Transaktionsanalyse.
2. Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 4a bis 4d gehören
 - a) Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind,
 - b) Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung,
 - c) heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen und
 - d) psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

Abschnitt 2

Psychosomatische Grundversorgung

1. Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von Fachärzten für
 - a) Allgemeinmedizin,
 - b) Augenheilkunde,
 - c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

- d) Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - e) Innere Medizin,
 - f) Kinder- und Jugendlichenmedizin,
 - g) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - h) Neurologie,
 - i) Phoniatrie und Pädaudiologie,
 - j) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - k) Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
 - l) Urologie.
2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von
- a) Ärzten,
 - b) Psychologischen Psychotherapeuten oder
 - c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die behandelnde Person muss über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung der entsprechenden Interventionen verfügen.

Abschnitt 3

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

1. Wird die Behandlung von einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
- a) Psychotherapeutische Medizin,
 - b) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
 - d) Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Berufsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psy-

- chotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte) durchführen.
2. Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
 3. Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 Psychotherapeutengesetz durchgeführt, muss diese Person
 - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen,
 - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
 - c) über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
 4. Ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Therapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte).
 5. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
 6. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 Psychotherapeutengesetz durchgeführt, muss er
 - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
 - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
 - c) über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

7. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Therapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte).
8. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Person durchgeführt, die weder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach den Nummern 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach den Nummern 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
9. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in besonderen Ausnahmefällen ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung des Therapeuten vorgelegt wird und die Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 4a Absatz 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

Abschnitt 4

Verhaltenstherapie

1. Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss er Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
 - a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,
 - b) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
 - d) Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

- Ärztliche Psychotherapeuten, die keine Fachärzte sind, können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
2. Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz kann Verhaltenstherapie durchführen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
 3. Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 Psychotherapeutengesetz durchgeführt, muss diese Person
 - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
 - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
 - c) über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
 4. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Person durchgeführt, die weder Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.“

Anlage 2
(zu § 4 Absatz 1 Nummer 7)

1. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für alle nach dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln – Arzneimittelgesetz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. Oktober 2007 (BGBl. I S. 2510), zugelassenen Arzneimittel, sofern sie nicht nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 2 oder im Rahmen dieser Anlage ausgeschlossen sind.
2. Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption nur bei Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres und bei Personen ab Vollendung des 48. Lebensjahres
3. Beihilfefähig sind Aufwendungen für zugelassene nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eingesetzt werden (Begleitmedikation), wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist oder wenn es zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auftretenden schwerwiegenden, schädlichen, unbeabsichtigten Reaktionen eingesetzt wird (unerwünschte Arzneimittelwirkungen).
4. Beihilfefähig sind Aufwendungen für zugelassene nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen im Rahmen einer ambulanten Behandlung durch den Arzt/Zahnarzt mit einer einmaligen Anwendung verbraucht werden.
5. Aufwendungen für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 oder 2 des Medizinproduktegesetzes (MPG) zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, sind indikationsbezogen beihilfefähig, wenn sie in der Anlage V der jeweils aktuellen Fassung der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt sind.
6. Bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind – unabhängig von der Verschreibungspflicht – die Aufwendungen für folgende Arzneimittel nicht beihilfefähig:
 - a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt,
 - b) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,

- c) Abführmittel außer zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukovizidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase,
- d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit (unberührt bleibt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei Erbrechen bei Tumortherapie und anderen schwerwiegenden Erkrankungen, z. B. Menierescher Symptomkomplex).
7. Nicht beihilfefähig sind (unabhängig vom Alter des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Person sowie der Verschreibungspflicht):
- a) Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen. Es sind dies z. B. Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, sogenannte Krankenkost und diätetische Lebensmittel einschließlich Produkten für Säuglinge oder Kleinkinder. Abweichend von Satz 1 sind beihilfefähig Aufwendungen für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung im Zusammenhang mit enteraler und parentaler Ernährung im Rahmen der jeweils aktuellen Fassung des Abschnitts I der Arzneimittel-Richtlinien/AM-RL in der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009 – veröffentlicht im BANz. 2009, Nummer 49a; zuletzt geändert am 18. Juni 2009 – veröffentlicht im BANz. 2009, Nummer 119 S. 2786, sowie den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung.
- b) Aufwendungen für Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dies sind Arzneimittel, deren Einsatz grundsätzlich durch die private Lebensführung bedingt ist oder die auf Grund ihrer Zweckbestimmung insbesondere
- nicht oder nicht ausschließlich zur Behandlung von Krankheiten dienen,
 - zur individuellen Bedürfnisbefriedigung oder zur Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen,
 - zur Behandlung von Befunden angewandt werden, die lediglich Folge natürlicher Alterungsprozesse sind und deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist,
 - zur Anwendung bei kosmetischen Befunden angewandt werden, deren Behandlung in der Regel nicht notwendig ist.

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

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

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

Beihilfefähigkeit
der Aufwendungen für Hilfsmittel

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

1. Blutdruckmessgerät

Als beihilfefähiger Höchstbetrag wird ein Betrag von 80 Euro festgesetzt.

2. Hörgerät

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

3. Perücke

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

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

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

5. Blutzuckerteststreifen (Glucose-Teststreifen)

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

Anlage 4**(zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5)****Beihilferechtliches Gebührenverzeichnis NRW
für Heilpraktikerleistungen****1. Allgemeine Hinweise**

Der Heilpraktiker übt seinen Beruf eigenverantwortlich aus und zählt zu den freien Berufen im Sinne des § 18 EStG.

Die Tätigkeit des Heilpraktikers beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Dienstvertrag mit dem Patienten. Der Vertrag ist laut § 145 BGB nicht an eine Form gebunden und kann auch ohne ausdrückliche Vereinbarung durch schlüssige Handlungen zustande kommen.

Der Heilpraktiker schließt mit dem Patienten einen Dienstvertrag (§§ 611–630 BGB), der ihn zur Leistung der versprochenen Dienste, wie Bemühen um Heilung oder Linderung der Krankheit im gegenseitigen Einverständnis, den Patienten zur Zahlung einer Vergütung verpflichtet.

Im Rahmen seines ganzheitlichen Behandlungszieles wendet der Heilpraktiker die notwendigen Verfahren an, die zu einer diagnostischen Abklärung und einer entsprechenden therapeutischen Beeinflussung des jeweiligen Krankheitsgeschehens notwendig sind.

Nach § 611 BGB ist die Höhe der Vergütung der freien Vereinbarung zwischen Heilpraktiker und Patient überlassen. Wenn beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen wurde, so gilt sie doch nach § 612 BGB als vereinbart.

Ist in Ermangelung einer Taxe die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen (§ 612 Absatz 2 BGB).

Die Höhe der üblichen Vergütung resultiert aus der Bestimmung der Leistung nach billigem Ermessen (§ 315 BGB).

Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für den Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

2. Rechnungshinweise

Eine Rechnungserstellung hat korrekt im Sinne der Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag zu erfolgen. Die Rechnung muss in ihrer Form sowohl für den Zahlungspflichtigen, als auch für die Beihilfestellen übersichtlich und nachvollziehbar sein. Hierbei sind insbesondere anzugeben:

- a) Vor- und Zuname und die vollständige Adresse des Patienten,
- b) die vollständige Diagnose (hierbei sind für alle im entsprechenden zeitlichen Zusammenhang durch den Heilpraktiker festgestellten und/oder behandelten Krankheiten,

Beschwerden oder Unfallfolgen die entsprechenden Diagnosen in nachvollziehbarer Form anzugeben, so dass sich ein erkennbarer Zusammenhang zu allen Behandlungsmaßnahmen sowie den verordneten oder verwendeten Arzneimitteln ergibt,

- c) jede Einzelleistung mit der entsprechenden Ziffer des nachfolgenden Verzeichnisses,
- d) jeder Einzelbetrag der entsprechenden Leistung,
- e) jeder Leistungskomplex mit dem entsprechenden Datum.

Nicht gesondert berechnungsfähig sind:

- a) Porto- und Versandkosten innerhalb einer Laborgemeinschaft, Kleinmaterialien wie Zellstoff- und Mulltupfer, Schnellverbandmittel, Verbandspray, Einmalspatel und -stäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge, kleine Mull- und Zellstoffkompressen (werden wegen der Besonderheit des Falles größere Mengen Mull oder Zellstoff benötigt, können diese mit dem Selbstkostenpreis zur Berechnung kommen),
- b) Mittel zur Oberflächenanästhesie, Desinfektions- und Reinigungsmittel, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Puder und Salben sowie geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung,
- c) Einmalartikel, wie Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalkatheter, Einmaldarmrohre.

3. Beihilferechtliche Hinweise

- a) Beihilfefähig sind ausschließlich die in dem nachfolgenden Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen mit den hierzu benannten Höchstbeträgen. Diese wurden seitens des Bundesministeriums des Innern mit dem Dachverband Deutscher Heilpraktikerverbände e. V. (DDH), Maarweg 10, 53123 Bonn, dem Fachverband Deutscher Heilpraktiker e. V. (FDH), Maarweg 10, 53123 Bonn, dem Freien Verband Deutscher Heilpraktiker e. V. (FVDH), Weseler Straße 19–21, 48151 Münster, der Union Deutscher Heilpraktiker e. V. (UDH), Waldstraße 21, 61137 Schöneck, dem Verband Deutscher Heilpraktiker e. V. (VDH), Ernst-Grote-Straße 13, 30916 Isernhagen und dem Bund Deutscher Heilpraktiker e. V. (BDH), Südstraße 11, 48231 Warendorf am 23. September 2011 für den Bundesbeihilfebereich vereinbart. Weitere Leistungen (Ausnahme Buchstabe b) und höhere Honorarvergütungssätze sind nicht beihilfefähig.
- b) Leistungen, die nicht im dem Gebührenverzeichnis aufgeführt sind, können ausnahmsweise entsprechend einer ähnlichen Leistung des Verzeichnisses berechnet werden. Eine verständliche Beschreibung dieser Leistung ist erforderlich. Es hat eine Kennzeichnung als analoge Leistung mit einem „A“ zur entsprechenden Ziffer zu erfolgen.
- c) §§ 3 und 4 sowie Anlage 2 BVO sind zu beachten.

Anlage

Gebührenverzeichnis:

| Ziffer | Leistungsbeschreibung | Höchstbetrag |
|--------------|---|--------------|
| 01–10 | Allgemeine Leistungen | |
| 1 | Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung | 12,50 € |
| 2a | Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall | 80,00 € |
| 2b | Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie <i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 2 ist in einer Sitzung nur einmal und innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.</i> | 35,00 € |
| 3 | Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme der Heilpraktikerin/des Heilpraktikers | 3,00 € |
| 4 | Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 4 ist nur als alleinige Leistung oder in Zusammenhang mit einer Leistung nach Ziffer 1 oder 17.1 beihilfefähig.</i> | 18,50 € |
| 5 | Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.</i> | 9,00 € |
| 6 | Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit | 13,00 € |
| 7 | Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr | 18,00 € |

| Ziffer | Leistungsbeschreibung | Höchstbetrag |
|-----------|---|--------------|
| 8 | Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Ziffern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i> | 20,00 € |
| 9 | Hausbesuch einschließlich Beratung | |
| 9.1 | bei Tag | 24,00 € |
| 9.2 | in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt) | 26,00 € |
| 9.3 | bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen | 29,00 € |
| 10 | Nebengebühren für Hausbesuche | |
| 10.1 | für jede angefangene Stunde bei Tag – bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort | 4,00 € |
| 10.2 | für jede angefangene Stunde bei Nacht – bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort | 8,00 € |
| 10.5 | für jeden zurückgelegten km bei Tag von 2–25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort | 1,00 € |
| 10.6 | für jeden zurückgelegten km bei Nacht von 2–25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort | 2,00 € |
| 10.7 | Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden. <i>Anmerkung: Die Wegkilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.</i> | 0,20 € |

| Ziffer | Leistungsbeschreibung | | Höchstbetrag |
|-----------|---|---|--------------|
| 10.8 | Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann die Heilpraktikerin/der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Abrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Die Patientin bzw. der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen. | | 16,00 € |
| 11 | Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen | | |
| 11.1 | Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief für Patienten | | 5,00 € |
| 11.2 | Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A4 engzeilig maschinengeschrieben) | Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem/den Befunden, zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie) | 15,00 € |
| | | Schriftliche gutachtliche Äußerung | 16,00 € |
| 11.3 | Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen | | 8,00 € |
| 12 | Chemisch-physikalische Untersuchungen | | |
| 12.1 | Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.</i> | | 3,00 € |
| 12.2 | Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z. B. Zucker usw.) | | 4,00 € |
| 12.4 | Harnuntersuchung, nur Sediment | | 4,00 € |
| 12.7 | Blutstatus (nicht neben Nummer 12.9, 12.10, 12.11) | | 10,00 € |
| 12.8 | Blutzuckerbestimmung | | 2,00 € |
| 12.9 | Hämoglobinbestimmung | | 3,00 € |
| 12.10 | Differenzierung des gefärbten Blutaussstriches | | 6,00 € |

| Ziffer | Leistungsbeschreibung | | Höchstbetrag |
|-----------|--|---|--------------|
| 12.11 | Zählung der Leuko- und Erythrozyten | Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z. B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl | 3,00 € |
| | | Differenzierung der Leukozyten, elektronisch-zytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse) | 1,00 € |
| 12.12 | Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschl. Blutentnahme | | 3,00 € |
| 12.13 | Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i> | | 6,00 € |
| 12.14 | Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i> | | 7,00 € |
| 13 | Sonstige Untersuchungen | | |
| 13.1 | Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z. B. pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i> | | 6,00 € |
| 14 | Spezielle Untersuchungen | | |
| 14.1 | Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden. Leistungen nach Nummer 14.1 und Nummer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i> | | 8,00 € |

| Ziffer | Leistungsbeschreibung | Höchstbetrag |
|--------------|--|--------------|
| 14.2 | Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.2 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden.</i> | 8,00 € |
| 14.3 | Grundumsatzbestimmung nach Read | 5,00 € |
| 14.4 | Grundumsatzbestimmung mithilfe der Atemgasuntersuchung | 20,00 € |
| 14.5 | Prüfung der Lungenkapazität (spirometrische Untersuchung) | 7,00 € |
| 14.6 | Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm | 41,00 € |
| 14.7 | Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen | 14,00 € |
| 14.8 | Oszillogramm-Methoden | 11,00 € |
| 14.9 | Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung: Nicht neben Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechenbar.</i> | 8,00 € |
| 14.10 | Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessungen | 9,00 € |
| 17 | Neurologische Untersuchungen | |
| 17.1 | Neurologische Untersuchung | 21,00 € |
| 18–23 | Spezielle Behandlungen | |
| 20 | Atemtherapie, Massagen | |
| 20.1 | Atemtherapeutische Behandlungsverfahren | 8,00 € |
| 20.2 | Nervenpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u. a., Spezialnervenmassage | 6,00 € |
| 20.3 | Bindegewebsmassage | 6,00 € |
| 20.4 | Teilmassage (Massage einzelner Körperteile) | 4,00 € |
| 20.5 | Großmassage | 6,00 € |

| Ziffer | Leistungsbeschreibung | | Höchstbetrag |
|--------|---|--|--------------|
| 20.6 | Sondermassagen | Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar) | 8,00 € |
| | | Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage) | 6,00 € |
| | | Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät | 6,00 € |
| 20.7 | Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten | | 6,00 € |
| 20.8 | Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut | | 4,00 € |

| Ziffer | Leistungsbeschreibung | | Höchstbetrag |
|--------------|--|--|--------------|
| 21 | Akupunktur | | |
| 21.1 | Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose | | 23,00 € |
| 21.2 | Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte | | 7,00 € |
| 22 | Inhalationen | | |
| 22.1 | Inhalationen, soweit sie von der Heilpraktikerin/dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden | | 3,00 € |
| 24–30 | Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren | | |
| 24 | Eigenblut, Eigenharn | | |
| 24.1 | Eigenblutinjektion | | 11,00 € |
| 25 | Injektionen, Infusionen | | |

| Ziffer | Leistungsbeschreibung | Höchstbetrag |
|-----------|--|--------------|
| 25.1 | Injektion, subkutan | 5,00 € |
| 25.2 | Injektion, intramuskulär | 5,00 € |
| 25.3 | Injektion, intravenös, intraarteriell | 7,00 € |
| 25.4 | Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung | 7,00 € |
| 25.5 | Injektion, intraartikulär | 11,50 € |
| 25.6 | Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke | 11,50 € |
| 25.7 | Infusion | 8,00 € |
| 25.8 | Dauertropfeninfusion <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit der mit der Infusion eingebrachten Medikamente richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfetragers.</i> | 12,50 € |
| 26 | Blutentnahmen | |
| 26.1 | Blutentnahme | 3,00 € |
| 26.2 | Aderlass | 12,00 € |
| 27 | Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren | |
| 27.1 | Setzen von Blutegeln, ggf. einschl. Verband | 5,00 € |
| 27.2 | Skarifikation der Haut | 4,00 € |
| 27.3 | Setzen von Schröpfköpfen, unblutig | 5,00 € |
| 27.4 | Setzen von Schröpfköpfen, blutig | 5,00 € |
| 27.5 | Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel | 5,00 € |
| 27.6 | Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten | 5,00 € |
| 27.7 | Setzen von Fontanellen | 5,00 € |
| 27.8 | Setzen von Cantharidenblasen | 5,00 € |
| 27.9 | Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8) | 5,00 € |

| Ziffer | Leistungsbeschreibung | Höchstbetrag |
|-----------|--|--------------|
| 27.10 | Anwendung von Pustulantien | 5,00 € |
| 27.12 | Biersche Stauung | 5,00 € |
| 28 | Infiltrationen | |
| 28.1 | Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig | 9,00 € |
| 28.2 | Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig | 15,00 € |
| 29 | Roedersches Verfahren | |
| 29.1 | Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren | 5,00 € |
| 30 | Sonstiges | |
| 30.1 | Spülung des Ohres | 5,00 € |
| 31 | Wundversorgung, Verbände und Verwandtes | |
| 31.1 | Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses | 9,00 € |
| 31.2 | Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung | 8,00 € |
| 32 | Versorgung einer frischen Wunde | |
| 32.1 | bei einer kleinen Wunde | 8,00 € |
| 32.2 | bei einer größeren und verunreinigten Wunde | 13,00 € |
| 33 | Verbände (außer zur Wundbehandlung) | |
| 33.1 | Verbände, jedes Mal | 5,00 € |
| 33.2 | Elastische Stütz- und Pflasterverbände | 7,00 € |
| 33.3 | Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit des für den Verband verbrauchten Materials richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfetragers.</i> | 10,00 € |
| 34 | Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung | |
| 34.1 | Chiropraktische Behandlung | 4,00 € |

| Ziffer | Leistungsbeschreibung | Höchstbetrag |
|-----------|---|--------------|
| 34.2 | Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Die Leistung nach Ziffer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i> | 17,00 € |
| 35 | Osteopathische Behandlung | |
| 35.1 | des Unterkiefers | 11,00 € |
| 35.2 | des Schultergelenkes und der Wirbelsäule | 21,00 € |
| 35.3 | der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke | 21,00 € |
| 35.4 | des Schlüsselbeins und der Kniegelenke | 12,00 € |
| 35.5 | des Daumens | 10,00 € |
| 35.6 | einzelner Finger und Zehen | 10,00 € |
| 36 | Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i> | |
| 36.1 | Leitung eines ansteigenden Vollbades | 7,00 € |
| 36.2 | Leitung eines ansteigenden Teilbades | 4,00 € |
| 36.3 | Spezialdarmbad (subaquales Darmbad) | 13,00 € |
| 36.4 | Kneippsche Güsse | 4,00 € |
| 37 | Elektrische Bäder und Heißluftbäder <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i> | |
| 37.1 | Teilheißluftbad, z. B. Kopf oder Arm | 3,00 € |
| 37.2 | Ganzheißluftbad, z. B. Rumpf oder Beine | 5,00 € |
| 37.3 | Heißluftbad im geschlossenen Kasten | 5,00 € |
| 37.4 | Elektrisches Vierzellenbad | 4,00 € |
| 37.5 | Elektrisches Vollbad (Stangerbad) | 8,00 € |

| Ziffer | Leistungsbeschreibung | Höchstbetrag |
|-----------|--|--------------|
| 38 | Spezialpackungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.</i> | |
| 38.1 | Fangopackungen | 3,00 € |
| 38.2 | Paraffinpackungen, örtliche | 3,00 € |
| 38.3 | Paraffinganzpackungen | 3,00 € |
| 38.4 | Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen | 3,00 € |
| 39 | Elektrophysikalische Heilmethoden | |
| 39.1 | Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen | 3,00 € |
| 39.2 | Ganzbestrahlungen | 8,00 € |
| 39.4 | Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte) | 4,00 € |
| 39.5 | Anwendung der Influenzmaschine | 4,00 € |
| 39.6 | Anwendung von Heizsonnen (Infrarot) | 4,00 € |
| 39.7 | Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen | 8,00 € |
| 39.8 | Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten | 3,00 € |
| 39.9 | Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung | 3,00 € |
| 39.10 | Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten | 4,00 € |
| 39.11 | Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer) | 4,00 € |
| 39.12 | Niederfrequente Reizstromtherapie, z. B. Jono-Modulator | 4,00 € |
| 39.13 | Ultraschallbehandlung | 4,00 € |

Anlage 1 VVzBVO

***Anschriftenverzeichnis
der Heilpraktikerverbände***

*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
Frau Cynthia Roosen
Benrather Schlossallee 49–53
40597 Düsseldorf*

Anlage 2 VVzBVO

**Angemessenheit der von Gesundheits- und
Medizinalfachberufen in Rechnung gestellten Beträge**

Die Angemessenheit der von Gesundheits- und Medizinalfachberufen in Rechnung gestellten Beträge richtet sich nach dem folgenden Leistungsverzeichnis:

**Leistungsverzeichnis für ärztlich verordnete Heilbehandlungen
nach § 4 Absatz 1 Nr. 9 BVO**

1.

| <i>lfd. Nr.</i> | <i>Leistung</i> | <i>beihilfefähiger Höchst- betrag Euro</i> |
|---|---|--|
| I. Inhalationen¹⁾ | | |
| 1 | Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation | 6,70 |
| 2 | a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer | 3,60 |
| | b) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer | 5,70 |
| 3 | a) Radon-Inhalation im Stollen | 11,30 |
| | b) Radon-Inhalation mittels Hauben | 13,80 |
| II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen | | |
| 4 | Krankengymnastische Behandlung ²⁾ (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung | 19,50 |
| 5 | Krankengymnastische Behandlung ²⁾³⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 23,10 |

| | | |
|----|---|-------|
| 6 | <i>Krankengymnastische Behandlung²⁾⁵⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten</i> | 34,30 |
| 7 | <i>Krankengymnastik in einer Gruppe (2–8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer</i> | 6,20 |
| 8 | <i>Krankengymnastik in einer Gruppe⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2–4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer</i> | 10,80 |
| 9 | a) <i>Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten</i> | 34,30 |
| | b) <i>Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2–5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer</i> | 10,80 |
| 10 | <i>Bewegungsübungen²⁾</i> | 7,70 |
| 11 | a) <i>Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –</i> | 23,60 |
| | b) <i>Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –</i> | 11,80 |
| 12 | <i>Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelerikblockierungen⁶⁾, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten</i> | 22,50 |
| 13 | <i>Chirogymnastik⁷⁾ – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –</i> | 14,40 |
| 14 | <i>Erweiterte ambulante Physiotherapie¹⁰⁾¹¹⁾, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag, soweit die Voraussetzungen des Abschnitts 2 vorliegen</i> | 81,90 |
| 15 | <i>Gerätgestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT)¹²⁾, je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten)</i> | 35,00 |
| 16 | <i>Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)</i> | 5,20 |
| 17 | <i>Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)</i> | 6,70 |

III. Massagen

- | | | |
|----|--|-------|
| 18 | Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassagen) ²⁾ | 13,80 |
| 19 | Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾ | |
| | a) Teilbehandlung, 30 Minuten | 19,50 |
| | b) Großbehandlung, 45 Minuten | 29,20 |
| | c) Ganzbehandlung, 60 Minuten | 39,00 |
| | d) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾ | 8,70 |
| 20 | Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – | 23,10 |

IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

- | | | |
|----|--|-------|
| 21 | Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – | 10,30 |
| 22 | a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile | |
| | - einschließlich der erforderlichen Nachruhe | |
| | - bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) | 11,80 |
| | - bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid | |
| | (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid | |
| | - Teilpackung | 20,50 |
| | - Großpackung | 28,20 |
| | b) Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – | 14,90 |
| | c) Kaltpackung (Teilpackung) | |
| | - Anwendung von Lehm, Quark o. Ä. | 7,70 |

| | | |
|-------|--|-------|
| | - Anwendung einmal verwendbarer Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid | 15,40 |
| d) | Heublumensack, Peloidkompresse | 9,20 |
| e) | Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz | 4,60 |
| f) | Trockenpackung | 3,10 |
| 23 a) | Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss | 3,10 |
| b) | Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss | 4,60 |
| c) | Abklatschung, Abreibung, Abwaschung | 4,10 |
| 24 a) | An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – | 12,30 |
| b) | An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – | 20,00 |
| 25 a) | Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – | 9,20 |
| b) | Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – | 13,30 |
| 26 | Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – | 19,00 |
| 27 a) | Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – | 32,80 |
| b) | Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – | 39,90 |
| 28 | Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – | |
| a) | Teilbad | 28,70 |
| b) | Vollbad | 32,80 |
| 29 | Sole-Phototherapie – Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung – einschließlich Nachfetten –) und Licht-Öl-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – | 32,80 |
| 30 | Medizinische Bäder mit Zusätzen | |
| a) | Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze | 6,70 |

| | | |
|----|---|-------|
| b) | <i>Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –</i> | 13,30 |
| c) | <i>Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –</i> | 18,50 |
| d) | <i>Weitere Zusätze, je Zusatz</i> | 3,10 |
| 31 | <i>Gashaltige Bäder</i> | |
| a) | <i>Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –</i> | 19,50 |
| b) | <i>Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –</i> | 22,50 |
| c) | <i>Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –</i> | 21,00 |
| d) | <i>Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –</i> | 18,50 |
| e) | <i>Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat</i> | 3,10 |

Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter Nummern 30 Buchstabe a bis c und 31 Buchstabe b jeweils angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 30 Buchstabe d beihilfefähig.

V. Kälte- und Wärmebehandlung

| | | |
|-------|--|------|
| 32 a) | <i>Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Komresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)</i> | 9,80 |
| b) | <i>Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke</i> | 6,70 |
| 33 | <i>Eisteilbad</i> | 9,80 |
| 34 | <i>Heißluftbehandlung⁹⁾ oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot –) eines oder mehrerer Körperteile</i> | 5,70 |

VI. Elektrotherapie

| | | |
|----|--|------|
| 35 | <i>Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese –</i> | 6,20 |
| 36 | <i>Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)</i> | 6,20 |

| | | |
|----|--|-------|
| 37 | <i>Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)</i> | 6,20 |
| 38 | <i>Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen</i> | 11,80 |
| 39 | <i>Iontophorese</i> | 6,20 |
| 40 | <i>Zwei- oder Vierzellenbad</i> | 11,30 |
| 41 | <i>Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –</i> | 22,00 |

VII. Lichttherapie

| | | |
|----|--|------|
| 42 | <i>Behandlung mit Ultraviolettlicht⁹⁾</i> | |
| | a) <i>als Einzelbehandlung</i> | 3,10 |
| | b) <i>in einer Gruppe, je Teilnehmer</i> | 2,60 |
| 43 | a) <i>Reizbehandlung⁹⁾ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht</i> | 3,10 |
| | b) <i>Reizbehandlung⁹⁾ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht</i> | 5,20 |
| 44 | <i>Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes</i> | 6,20 |
| 45 | <i>Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder</i> | 8,70 |

VIII. Logopädie

| | | |
|----|---|-------|
| 46 | a) <i>Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall</i> | 31,70 |
| | b) <i>Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall</i> | 49,60 |
| | c) <i>Ausführlicher Bericht</i> | 11,80 |
| 47 | <i>Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen</i> | |
| | a) <i>Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten</i> | 31,70 |
| | b) <i>Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten</i> | 41,50 |

| | |
|--|-------|
| c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten | 52,20 |
| 48 Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer | |
| a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 14,90 |
| b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | 17,40 |

IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)

| | |
|--|-------|
| 49 Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall | 31,70 |
| 50 Einzelbehandlung | |
| a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 31,70 |
| b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | 41,50 |
| c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten | 54,80 |
| 51 Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 31,70 |
| 52 Gruppenbehandlung | |
| a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer | 14,40 |
| b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer | 28,70 |

X. Podologische Therapie¹³⁾

| | |
|--|-------|
| 53 Hornhautabtragung an beiden Füßen | 14,50 |
| 54 Hornhautabtragung an einem Fuß | 8,70 |
| 55 Nagelbearbeitung an beiden Füßen | 13,05 |
| 56 Nagelbearbeitung an einem Fuß | 7,25 |
| 57 Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) | 26,10 |
| 58 Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) | 14,50 |

| | | |
|----|---|------|
| 59 | Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch | 7,00 |
| 60 | Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nummer 59 beihilfefähig), je Person | 3,50 |

XI. Sonstiges

| | | |
|----|---|------|
| 61 | Ärztlich verordneter Hausbesuch | 9,20 |
| 62 | Fahrtkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels. Bei Besuchen mehrerer Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 61 und 62 nur anteilig je Person beihilfefähig. | |

2.

Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) – Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses – sind nur beihilfefähig, wenn

2.1

die EAP von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen verordnet wird:

2.1.1

Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

- frischem nachgewiesenen Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
- nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
- instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik,
- lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kyphose > 50° nach Copp.

2.1.2

Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthesen,

- *Osteotomien der großen Röhrenknochen.*

2.1.3

Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit

- *Schulterprothesen,*
- *Knieendoprothesen,*
- *Hüftendoprothesen.*

2.1.4

Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)

- *Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),*
- *Schultergelenkläsionen, insbesondere nach operativ versorgter Bankard-Läsion, Rotatorenmanschettenruptur, schwere Schultersteife (frozen sholder), Impingement-Syndrom, Schultergelenkluxation, tendinosis calcarea, periarthritus humero-scapularis (PHS),*
- *Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss.*

2.1.5

Amputationen

2.2

Eine Verlängerung der EAP erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärzte reicht nicht aus.

Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

2.3

Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- *krankengymnastische Einzeltherapie,*
- *physikalische Therapie nach Bedarf,*
- *medizinisches Aufbautraining*

und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:

- *Lymphdrainage oder Massage oder Bindegewebsmassage,*
- *Isokinetik,*
- *Unterwassermassage.*

2.4

Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.

2.5

Die in Nummer 2.3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.

3.

Medizinisches Aufbautraining (MAT)

Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn

- das medizinische Aufbautraining von Krankenhausärzten, von Ärzten der physikalischen und rehabilitativen Medizin, von einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin verordnet wird,
- Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen und
- jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird. Die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt.

Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich bei von einem Arzt erbrachten Leistungen nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-Fachen der Einzelsätze der GOÄ beihilfefähig:

- Eingangsuntersuchung zur medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 GOÄ. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich,
- medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings, mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 GOÄ, zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings analog Nummer 558 GOÄ (je Sitzung) und begleitender krankengymnastischer Übungen nach Nummer 506 GOÄ. Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern nach § 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 3 BVO erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Abschnitt I Nummer 15 des Verzeichnisses.

Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie

an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

- 1) *Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.*
- 2) *Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.*
- 3) *Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.*
- 4) *Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. Ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.*
- 5) *Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.*
- 6) *Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.*
- 7) *Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden anerkannt werden.*
- 8) *Das notwendige Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird.*
- 9) *Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.*
- 10) *Darf nur bei Durchführung von solchen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassenen sind.*
- 11) *Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.*
- 12) *Die Leistungen der Nummern 4 bis 6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.*
- 13) *Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologinnen und Podologen sind grundsätzlich nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.*
Aufwendungen für ärztlich verordnete Orthonoxyspangen sind auch außerhalb der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
 1. *Nagelkorrekturspange mit Endschlaufen (Feder- bzw. Schienungsprinzip)*

- a) *erste Behandlungseinheiten bis zur Fixierung (Verklebung) der angefertigten Spange (einschließlich Nageluntersuchung, -bearbeitung, Abdruck, Passivspange, Aufsetzen, Abnehmen, Fixierung, Materialkosten): 100 Euro,*
 - b) *Folgebehandlung (Nachregulierungen) je Behandlungseinheit (einschließlich Nagelbearbeitung, Anpassen, Aufsetzen, Fixierung, Materialkosten): 24,50 Euro,*
 - c) *Kontrolluntersuchung: 7 Euro.*
2. *Nagelkorrekturspange ohne Endschlaufen (Klebespange)*
- a) *Behandlung (einschließlich Nageluntersuchung, -bearbeitung, Fixierung, Materialkosten): 44,50 Euro,*
 - b) *Kontrolluntersuchung: 7 Euro.*

Anlage 3 VVzBVO***Verzeichnis der Gutachter und
Obergutachter für Psychotherapie***

A) Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen (Nummer 2 der Anlage 2 [zu § 4 Absatz 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
Riemeisterstr. 29, 14169 Berlin*
6. *Dr. med. Doris Bolk-Weisedel
Eichkampstr. 108, 14055 Berlin*
7. *Dr. med. Gerd Burzig
Max-Linde-Weg 6, 23562 Lübeck*
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
Schröderstr. 85, 69120 Heidelberg*
15. *Dr. med. Horst Kalfass
Leo-Baeck-Str. 3, 14165 Berlin*

16. *Dr. med. Ingrid Kamper Jasper*
Eckhorst 13, 25491 Hetlingen
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. 16c, 65191 Wiesbaden
23. *Prof. Dr. med. Michael von Rad*
Städt. Klinikum München GmbH
Krankenhaus München-Harlaching
Abt. für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Sanatoriumsplatz 2, 81545 München
24. *Prof. Dr. med. Ulrich Rüger*
Mittelbergring 59, 37085 Göttingen
25. *Dr. med. Rainer Sandweg*
Postfach 12 58, 66443 Bexbach
26. *Dr. med. Günter Schmitt*
Abraham-Wolf-Str. 62, 70597 Stuttgart
27. *Dr. med. Jörg Schmutterer*
Damaschkestr. 65, 81825 München
28. *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 2 [zu § 4 Absatz 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 2 [zu § 4 Absatz 1 Nr. 1 Satz 5 BVO])

1. *Prof. Dr. Gerd Buchkremer*
Psychiatrische Universitätsklinik
Osianderstr. 22, 72076 Tübingen
2. *Prof. Dr. med. Iver Hand*
Postfach 20 18 61, 20208 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*
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 2 [zu § 4 Absatz 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,*
Bachstr. 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*
Postfach 20 18 61, 20208 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

Anlage 4, 5, 6, 6a, 7, 8, 9, 10 VVzBVO

*Von der Wiedergabe der Anlagen 4, 5, 6, 6a, 7, 8, 9, 10, die vorwiegend diverse Vordrucke enthalten und nicht im KAbI. 2010 S. 210 abgedruckt waren, wird abgesehen. Das Heil-
kurorteverzeichnis (Anlage 5 der Verwaltungsverordnung zur Ausführung der Verordnung
über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen - VVzBVO)
wurde im Kirchlichen Amtsblatt vom 30. September 2010 (KAbI. 2010 S. 210) veröffent-
licht.*