

**Verordnung  
über die Gewährung von Beihilfen  
in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen  
(Beihilfenverordnung - BVO -)**

Vom 27. März 1975 (GV. NRW. S. 332)  
zuletzt geändert durch Gesetz vom 03. Mai 2005  
(GV. NRW. Nr. 23 v. 25.05.2005 S. 498)

Auf Grund des § 88 des Landesbeamtengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Mai 1981 (GV. NRW. S. 234, ber. 1982 S. 256), zuletzt geändert durch Gesetz vom 31. Oktober 2006 (GV. NRW. S. 474), wird im Einvernehmen mit dem Innenminister verordnet:

§ 1 BVO Beihilfeberechtigte Personen

§ 2 BVO Beihilfefälle

§ 3 BVO Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

§ 4 BVO Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

Anlage 1      Anlage 2      Anlage 3

§ 5 BVO Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

§ 6 BVO Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

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

§ 7 BVO Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkuren

§ 8 BVO Beihilfefähige Aufwendungen bei nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch und nicht rechtswidriger Sterilisation sowie Empfängnisregelung

§ 9 BVO Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

§ 10 BVO Beihilfefähige Aufwendungen bei Behandlung im Ausland

§ 11 BVO Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

§ 12 BVO Bemessung der Beihilfen

§ 12a BVO Kostendämpfungspauschale

§ 13 BVO Verfahren

§ 14 BVO Gewährung von Beihilfe an Hinterbliebene und andere Personen in Todesfällen

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

§ 16 BVO Verwaltungsverordnung

§ 17 BVO Übergangs- und Schlussvorschriften

Übersicht  
VV zu § 1

§ 1  
Beihilfeberechtigte Personen

(1) In Krankheits-, Geburts- und Todesfällen sowie in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation werden Beihilfen gewährt an

1. Beamte und Richter mit Ausnahme der Ehrenbeamten,
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden sind,
3. Witwen, Witwer, überlebende eingetragene Lebenspartnerinnen und 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, Unterhaltsbeitrag oder Unterhaltsbeihilfe erhalten.

(2) Beihilfen werden abweichend von Absatz 1 auch dann gewährt, wenn die Versorgungsbezüge auf Grund der §§ 53 bis 56 BeamtVG voll ruhen oder auf Grund der §§ 22 Abs. 1 Satz 2 oder 61 Abs. 2 Satz 2 zweiter Halbsatz oder Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz BeamtVG nicht gezahlt werden und der Versorgungsberechtigte keine Beihilfeberechtigung in anderer Eigenschaft erworben hat. Ein Zuschuss nach § 9 Abs. 1 Satz 2 oder 3 ist auch bei einer Beurlaubung ohne laufende Bezüge zur Ableistung des Wehrdienstes oder des Zivildienstes zu zahlen.

(3) Beihilfen werden nicht gewährt

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 Abs. 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 Nr. 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 aktuellen Fassung oder nach entsprechenden Regelungen dem Grunde nach bestehen.

(4) Wird ein Beamter von einem Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung zu einem Dienstherrn, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, abgeordnet oder versetzt, so werden Beihilfen von dem aufnehmenden Dienstherrn nach dieser Verordnung zu den Aufwendungen gewährt, die nach dem Zeitpunkt der Abordnung oder Versetzung entstanden sind. Bei einer Abordnung oder Versetzung innerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung gewährt der jeweilige Dienstherr Beihilfen zu den Aufwendungen, die während der Dienstleistung bei ihm entstehen. Wird ein Beamter zu einem Dienstherrn, in dessen Dienstbereich diese Verordnung nicht gilt, abgeordnet oder versetzt, so werden zu den bis zum Zeitpunkt der Abordnung oder Versetzung entstandenen Aufwendungen Beihilfen nach dieser Verordnung gewährt; stehen dem abgeordneten Beamten bei dem

anderen Dienstherrn niedrigere Beihilfen als nach dieser Verordnung zu, so wird der Unterschiedsbetrag vom bisherigen Dienstherrn gezahlt.

(5) Versorgungsempfänger mit mehreren Ansprüchen auf Versorgungsbezüge erhalten Beihilfen von der Stelle, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge (§ 54 BeamtVG) zuständig ist.

## Übersicht VV zu § 2

### § 2 Beihilfefälle

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen

1. in Krankheitsfällen

- a) für den Beihilfeberechtigten selbst,
- b) für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner oder die eingetragene Lebenspartnerin der oder des Beihilfeberechtigten, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) – bei Rentenbezug zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttobetrag - des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners oder der eingetragenen Lebenspartnerin im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro nicht übersteigt; bei Überschreitung dieser Grenze sind die Aufwendungen insoweit beihilfefähig, als der Ehegatte oder die eingetragene Lebenspartnerin oder der eingetragene Lebenspartner trotz ausreichender Krankenversicherung für bestimmte Krankheiten von den Leistungen ausgeschlossen ist oder die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind; für einen getrennt lebenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner oder für eine getrennt lebende eingetragene Lebenspartnerin werden Beihilfen nur gewährt, wenn dieser oder diese einen Unterhaltsanspruch gegen den Beihilfeberechtigten hat,
- c) für die in Absatz 2 bezeichneten Kinder;

Aufwendungen für Schutzimpfungen - ausgenommen für solche aus Anlass von Auslandsreisen -, Aufwendungen zur Früherkennung bestimmter Krankheiten (§ 3 Abs. 1 Nr. 2) sowie Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen (§ 3 Abs. 1 Nr. 3) werden den Aufwendungen in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit gleichgestellt;

2. in Geburtsfällen

- a) einer Beihilfeberechtigten,
- b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau des Beihilfeberechtigten oder eingetragenen Lebenspartnerin der Beihilfeberechtigten,
- c) der nicht selbst beihilfeberechtigten Mutter eines nichtehelichen 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 oder seiner nicht selbst beihilfeberechtigt gewesenen eingetragenen Lebenspartnerin,
- 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 der oder des 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 oder der nicht selbst beihilfeberechtigten eingetragenen Lebenspartnerin 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 Abs. 4 Nr. 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 eingetragener Lebenspartnerschaft lebenden Kindern neben dem beihilfeberechtigten Elternteil der Ehegatte oder die eingetragene Lebenspartnerin oder der eingetragene Lebenspartner des Kindes beihilfeberechtigt, so wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen für das Kind dem Beihilfeberechtigten gewährt, der zuerst die Originalbelege über die Aufwendungen vorlegt.

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

### Übersicht VV zu § 3

#### § 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,
    2. zur Früherkennung von Krankheiten
      - a) bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres für Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche und geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden,
      - b) bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an für eine Untersuchung im Jahr zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
      - c) bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an für eine Untersuchung im Jahr zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
      - d) bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an für eine Untersuchung in jedem zweiten Jahr, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit
- nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen,

3. für prophylaktische Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen (Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 - BGBl. I S. 2316 -),
4. in Geburtsfällen für die Entbindung, das Wochenbett und die Säuglingsausstattung,
5. für Schutzimpfungen - ausgenommen für solche aus Anlass von Auslandsreisen -,
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. Mehraufwendungen für die Inanspruchnahme einer ersten ärztlichen Fachkraft ohne zwingenden Anlass sind nicht beihilfefähig.

(3) Erhält ein Beihilfeberechtigter oder eine berücksichtigungsfähige Person Sach- oder Dienstleistungen (ärztliche und zahnärztliche Versorgung, ambulante und stationäre Krankenhausbehandlung, Heilmittel usw.), werden keine Beihilfen gewährt. Als Sach- oder Dienstleistungen gelten auch Geldleistungen bei künstlicher Befruchtung (§ 27a SGB V), bei kieferorthopädischer Behandlung (§ 29 SGB V), bei Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Abs. 1 und 2 SGB V), bei Heilmitteln (§ 32 SGB V), bei Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), bei häuslicher Krankenpflege (§ 37 Abs. 4 SGB V) und bei Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 SGB V) sowie Leistungen auf Grund der Bestimmungen über die vollständige oder teilweise Kostenbefreiung (§ 62 Abs. 4 SGB V). Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass Pflichtversicherte an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V wählen oder nach § 13 Abs. 4 SGB V erhalten, sowie Aufwendungen, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übernimmt. Praxisgebühren und Zuzahlungen nach § 23 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 28 Abs. 4, § 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2, § 33 Abs. 2, § 37 Abs. 5, § 37a Abs. 3, § 38 Abs. 5, § 39 Abs. 4, § 40 Absätze 5 und 6, § 41 Abs. 3 und § 60 Absätze 1 und 2 SGB V sowie § 32 SGB VI und § 40 Abs. 3 SGB XI sind nicht beihilfefähig.

(4) Besteht 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. Dies gilt nicht hinsichtlich der Schadensersatzansprüche, die nach § 99 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 Abs. 2 SGB XI Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten,
5. für Personen, die ihre Beiträge zur Pflegeversicherung (SGB XI) allein zu tragen haben.

Satz 1 und Satz 2 Nr. 2 gelten entsprechend für Personen, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen kranken- und pflegeversichert sind, sofern zu dieser Versicherung ein Zuschuss nach §§ 26 Abs. 2 SGB II, 257 SGB V oder 61 SGB XI gewährt oder der Beitrag auf Grund des § 207 a SGB III übernommen wird; übersteigt die Hälfte des Beitrages für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit den Beitragszuschuss nach §§ 26 Abs. 2 SGB II, 257 SGB V oder 61 SGB XI bzw. den nach § 207 a 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. Maßgebend sind die Beiträge, der Beitragszuschuss und der übernommene Beitrag im Zeitpunkt der Antragstellung.

(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, des Einkaufs von Arzneien, der Lieferung eines Hilfsmittels.

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit von Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnerinnen oder 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 Abs. 4 bleibt unberührt.

## Übersicht

Anlage 1 (Psychotherapie)

Anlage 2 (Arzneimittel)

Anlage 3 (Höchstbeträge)

VV zu § 4

## § 4

### Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für:

1. Untersuchung, Beratung und Verrichtung sowie Begutachtung bei Durchführung dieser Vorschriften durch einen Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; Satz 5 bleibt unberührt. Aufwendungen für eine wissenschaftlich nicht anerkannte Heilbehandlung sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Sind wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen ohne Erfolg angewendet worden, so können auf Grund des Gutachtens eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) auch Aufwendungen für wissenschaftlich noch nicht anerkannte Heilbehandlungen vom Finanzministerium für beihilfefähig erklärt werden. Das Finanzministerium kann im Einvernehmen mit dem Innenministerium allgemein bestimm-

men, zu welchen und unter welchen Voraussetzungen zu noch nicht wissenschaftlich anerkannten Heilbehandlungen Beihilfen gewährt werden können; Satz 3 gilt insoweit nicht. Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulant durchgeführte psychotherapeutische Leistungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung bestimmen sich nach der Anlage 1 zu dieser Verordnung. Zahntechnische Leistungen nach § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) sind bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie bei Einlagefüllungen (Inlays) in Höhe von sechzig vom Hundert beihilfefähig.

2. Stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlung
  - a) in Höhe der nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) für allgemeine Krankenhausleistungen berechnungsfähigen Vergütungen (§§ 11 bis 14 BPflV), der Arztkosten abzüglich eines Betrages von 10 Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr, der Kosten für ein Zweibettzimmer (§§ 22, 23 BPflV) abzüglich eines Betrages von 15 Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr sowie der Entgelte nach § 26 BPflV oder
  - b) in Höhe des angemessenen (§ 3 Abs.2 Satz 1) Pflegesatzes der zweiten abzüglich eines Betrages von 25 Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr oder dritten Pflegeklasse einer Krankenanstalt, der gesondert berechneten Neben- und Heilbehandlungskosten sowie der Arztkosten oder
  - c) in Höhe der nach § 115a Abs. 3 SGB V vereinbarten Vergütungen, sofern nicht § 5 Abs. 7 oder § 6 anzuwenden ist.
3. Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Behandlungen außerhalb einer Heilkur oder einer kurähnlichen Maßnahme bis zum Höchstbetrag von je 20 Euro täglich für den Erkrankten und für eine notwendige Begleitperson.
4. Erste Hilfe.
5. Eine notwendige Berufspflegekraft, solange der Erkrankte nach dem Gutachten eines von der Festsetzungsstelle bezeichneten Arztes vorübergehend der häuslichen Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) bedarf; die Grundpflege muß überwiegen. Die Kosten einer Ersatzpflegekraft können unter derselben Voraussetzung anerkannt werden. Bei einer Pflege durch den Ehegatten oder eingetragene Lebenspartnerin oder Lebenspartner, Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern, Geschwister, Verschwägerter ersten Grades sowie Schwager und Schwägerin sind nur Beförderungskosten (Nummer 11) und Kosten für eine Unterbringung der Pflegekraft außerhalb der Wohnung beihilfefähig. Außerdem kann eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe eines ausgefallenen Arbeitseinkommens als beihilfefähig berücksichtigt werden, wenn wegen Ausübung der Pflege eine Erwerbstätigkeit aufgegeben worden ist, die mindestens den Umfang einer Halbtagsbeschäftigung hatte; für den Ehegatten oder eingetragene Lebenspartnerin oder Lebenspartner und die Eltern eines Pflegebedürftigen ist eine für die Pflege gezahlte Vergütung nicht beihilfefähig. In den Fällen des Satzes 2 bis 4 sind höchstens die Kosten für eine Berufspflegekraft beihilfefähig. Aufwendungen für im Haushalt des Beihilfeberechtigten bereits tätige Personen sind nur insoweit beihilfefähig, als sie nachweislich über die bisher gezahlte Vergütung hinaus durch Mehrarbeit infolge Übernahme der Pflege entstanden sind.
6. Eine Familien- und Hauspflegekraft bis zum Betrag von 6,50 Euro je Stunde, höchstens jedoch 39 Euro täglich, wenn der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Familienangehörige oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte wegen einer stationären Unterbringung (Nummer 2, §§ 5, 6 und 8) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, dass diese Person - ausgenommen sie ist alleinerziehend - nicht oder nur geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV erwerbstätig

ist, 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. Dies gilt nach begründeter ärztlicher Bescheinigung auch für bis zu 7 Tage nach Ende der stationären Unterbringung, nach einer ambulanten Operation oder darüber hinaus, wenn dadurch ein stationärer Krankenhausaufenthalt (§ 4 Abs. 1 Nr. 2) vermieden wird (z.B. Liegeschwangerschaft) sowie bei Alleinerziehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. Wird an Stelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspflegekraft ein Kind unter 15 Jahren oder eine in Satz 3 aufgeführte pflegebedürftige Person in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendige Beförderungskosten - auch für eine Begleitperson - bis zu den sonst berücksichtigungsfähigen Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft beihilfefähig. Die 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 Nr. 1 bei ihren Verrichtungen verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten zugelassenen Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen.

Nicht beihilfefähig sind

a) Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien – AMR) von der Verordnung ausgeschlossen sind,

b) Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind.

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

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

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

8. Eine vom Arzt schriftlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.
9. Eine vom Arzt schriftlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe; das Finanzministerium kann im Einvernehmen mit dem Innenministerium bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Heilbehandlungen beihilfefähig sind. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder - ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur -, Massagen, Bestrahlung, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Die Heilbehandlung



muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Physiotherapeuten oder Podologen durchgeführt werden. Ist die Durchführung einer Heilbehandlung in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden, sind die Aufwendungen für die Heilbehandlung bis zu 10,50 Euro täglich beihilfefähig; dies gilt entsprechend für Heilbehandlungen, mit denen zugleich berufsbildende oder allgemeinbildende Zwecke verfolgt werden. Bei Behandlungen in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch notwendige Aufwendungen für Verpflegung bis zu 4,50 Euro, für Unterkunft und Verpflegung insgesamt bis zu 7,50 Euro täglich beihilfefähig, es sei denn, dass § 5 Abs. 7 oder 9 anzuwenden ist. Nummer 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

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

Atemmonitor,

Beatmungsgeräte,

Blindenführhunde einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb,

Blindenstöcke,

Blutdruckmessgeräte,

Bruchbänder,

CPAP-Geräte,

Ernährungspumpen,

Fußeinlagen,

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),  
Krücken,  
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.

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

11. Die Beförderung des Erkrankten und, falls erforderlich, einer Begleitperson bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen. Gepäckbeförderungskosten sind daneben nicht gesondert beihilfefähig. Höhere Fahr- und Transportkosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unver-

meidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 2 LRKG genannte Betrag beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) die Mitnahme weiterer Personen bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
  - b) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bei einfachen Entfernungen bis zu 30 Kilometern,
  - c) die Mehrkosten von Hin- und Rückfahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich wäre,
  - d) den Rücktransport wegen Erkrankung während privater Auslandsaufenthalte.
12. Einen Organspender, soweit der Empfänger zu den in § 2 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a bis c bezeichneten Personen gehört, für
- a) Aufwendungen nach den Nummern 1, 2, 3, 6, 7, 9 und 11, die aus Anlass der für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen,
  - b) den nachgewiesenen Ausfall an Arbeitseinkommen.
- Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht von anderer Seite erstattet werden oder zu erstatten sind. Die Buchstaben a und b gelten auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen.
13. Aufwendungen im Zusammenhang mit der Suche eines geeigneten Knochenmarkspenders bis zu einem Betrag von 15.500 Euro.

- (2) a) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.
- b) Aufwendungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sowie der Suprakonstruktionen sind bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:
- größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in Tumoroperationen, in Entzündungen des Kiefers, in Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große folliculäre Zysten oder Keratozysten), in Operationen infolge von Osteopathien - sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt - , in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder in Unfällen haben,
  - dauerhaft bestehende Xerostomie (Mundtrockenheit), insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
  - generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen (weniger als 8 Zähne pro Kiefer),
  - nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken),
  - atrophischer zahnloser Unterkiefer.

Aufwendungen für mehr als vier Implantate (einschließlich vorhandener Implantate) sind bei der Versorgung eines zahnlosen Unterkiefers nicht beihilfefähig.

Voraussetzung für die Gewährung einer Beihilfe ist, dass der Festsetzungsstelle ein Kostenvoranschlag eingereicht wird und diese auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Amtszahnarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der beabsichtigten Maßnahme und die Angemessenheit der Kosten anerkannt hat.

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

## Übersicht VV zu § 5

### § 5

#### Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8 beihilfefähig. § 4 Abs. 1 bleibt unberührt.

(2) Dauernde Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Personen wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mindestens zwei dieser Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

(3) Aufwendungen für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB XI) oder eine teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) sind je nach Pflegestufe des § 15 SGB XI beihilfefähig bis zu monatlich:

1. in Stufe I	384 Euro,
2. in Stufe II	921 Euro,
3. in Stufe III	1.432 Euro;

entstehen auf Grund besonderen Pflegebedarfs in der Pflegestufe II oder III höhere Aufwendungen, sind die Aufwendungen insgesamt höchstens bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Berufspflegekraft unter Anrechnung eines die finanzielle Leistungsfähigkeit angemessen berücksichtigenden Selbstbehalts beihilfefähig.

Bei Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) sind die Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 1.432 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig.

(4) Bei einer häuslichen Pflege durch andere Personen sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 SGB XI monatlich höchstens folgende Pauschalen beihilfefähig:

1. in Stufe I 205 Euro,
2. in Stufe II 410 Euro,
3. in Stufe III 665 Euro.

Wird die Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, ist die Pauschale - mit Ausnahme für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 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. Daneben sind die Kosten für die Schulung der Pflegepersonen (§ 45 SGB XI) beihilfefähig. Ist die Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert, so sind Aufwendungen für die Ersatzpflege (§ 39 Satz 3 SGB XI) bis zu weiteren 1.432 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig. Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen durchgeführt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind auf Nachweis die notwendigen Aufwendungen (Satz 4), die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, beihilfefähig. Aufwendungen für Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig.

(5) Wird neben einer teilstationären Pflege oder einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte zusätzlich eine Pflege durch andere Personen notwendig, ist, sofern die Pflegeversicherung Kombinationsleistungen (§§ 38 und 41 Abs. 3 SGB XI) erbringt, die Beihilfe nach Absatz 3 und 4 anteilig zu gewähren. Dabei sind die Aufwendungen nach Absatz 3 bis zur Höhe des von der Pflegeversicherung ermittelten Anteils beihilfefähig; die Pauschale nach Absatz 4 wird daneben anteilig gewährt. In anderen Fällen kann die Beihilfe entweder nur nach Absatz 3 oder nach Absatz 4 gewährt werden; dabei sind die in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung Versicherten an ihre gegenüber der Versicherung getroffene Entscheidung gebunden.

(6) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sind im Rahmen des § 4 Abs. 1 Nr. 10 beihilfefähig. Bei stationärer Pflege gehören hierzu nur Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt oder individuell angepasst oder die überwiegend nur dem Pflegebedürftigen allein überlassen sind, sofern sie nicht üblicherweise von der Einrichtung vorzuhalten sind. Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen (§ 40 Abs. 4 SGB XI) sind bis zu 2.557 Euro je Maßnahme beihilfefähig, soweit die Pflegeversicherung zu den Kosten Leistungen erbringt.

(7) Bei der stationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) ist der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (§ 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI) in Betracht kommende Pflegesatz beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 SGB XI) sind nicht beihilfefähig, es sei denn, dass sie die folgenden monatlichen Eigenanteile übersteigen:

1. bei Beihilfeberechtigten mit
  - a) einem Angehörigen vierzig vom Hundert,
  - b) mehreren Angehörigen fünfunddreißig vom Hundertdes um 520 Euro - bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 390 Euro - verminderten Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen siebenzig vom Hundert des Einkommens.

Einkommen sind die monatlichen (Brutto-) Dienstbezüge (ohne sonstige variable Bezügebestandteile) oder Versorgungsbezüge, das Erwerbseinkommen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversiche-

nung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten. Angehörige im Sinne des Satzes 2 sind nur der Ehegatte, die eingetragene Lebenspartnerin oder der eingetragene Lebenspartner sowie die Kinder, die nach § 2 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind. Wird zu den Aufwendungen für die Pflege eines Angehörigen eine Beihilfe gewährt, sind dem Einkommen des Beihilfeberechtigten das Erwerbseinkommen, die Versorgungsbezüge sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners oder der eingetragenen Lebenspartnerin hinzuzurechnen. Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt. Bei einer Pflege in einer Pflegeeinrichtung, welche die Voraussetzungen des § 71 Abs. 2 SGB XI erfüllt, sind höchstens die niedrigsten vergleichbaren Kosten nach Satz 1 und 2 einer zugelassenen Pflegeeinrichtung am Ort der Unterbringung oder seiner nächsten Umgebung beihilfefähig.

(8) Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt; bei Versicherten in der privaten Pflegeversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung sind die Feststellungen dieser Versicherungen zugrunde zu legen. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

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

## Übersicht VV zu § 6

### § 6

#### Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind neben den Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 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. Voraussetzung ist, dass die Festsetzungsstelle auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der Maßnahme anerkannt hat, die Behandlung nicht durch eine Maßnahme nach § 7 oder durch andere ambulante Maßnahmen ersetzt werden kann und im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Maßnahme nach § 6 a oder § 7 durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt oder ein Vertrauensarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwerer Fall von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet. Wird die Maßnahme nicht innerhalb von 6 Monaten nach Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides begonnen, ist ein neues Anerkennungsverfahren durchzuführen. Die Behandlungskosten nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 und 9 sind auch dann beihilfefähig, wenn die Beihilfefähigkeit der Rehabilitationsmaßnahme nicht anerkannt wird. Die Kosten der amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten sind beihilfefähig. Zu den Kosten der Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird bei notwendigen Behandlungen in einem Ort außerhalb von Nordrhein-

Westfalen insgesamt ein Zuschuss von 100 Euro, innerhalb von Nordrhein-Westfalen von 50 Euro gewährt.

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

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

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

Übersicht  
VV zu § 6a

§ 6 a

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 (§ 41 Abs. 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. § 7 Abs. 2 gilt entsprechend.

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

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



Übersicht  
VV zu § 7

§ 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 3 Jahren Beihilfeberechtigung nach diesen oder entsprechenden Beihilfevorschriften erfüllt ist,
- b) im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme (§ 6) oder Kurmaßnahme nach Absatz 1 durchgeführt wurde. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn nach dem Gutachten des zuständigen Arztes 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 Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind,
- d) die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch begründete ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen und durch ein Gutachten des zuständigen Arztes bestätigt ist,
- e) die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kurmaßnahme anerkannt hat,
- f) die Kurmaßnahme 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 Kurmaßnahme durch Vorlage eines Schlussberichtes oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen wird.

(3) Beihilfefähig sind bei ambulanten Kurmaßnahmen die Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 und 9, für das amtsärztliche Gutachten sowie den ärztlichen Schlussbericht. Zu den Fahrkosten, den Aufwendungen für Kurtaxe sowie Unterkunft und Verpflegung wird ein Zuschuss von 30 Euro täglich einschließlich der Reisetage gewährt. Ist die Beihilfefähigkeit der Kurmaßnahme nach Absatz 1 nicht anerkannt worden, sind nur die Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 und 9 beihilfefähig. Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Voraussetzung für eine ständige Begleitperson behördlich festgestellt ist, und bei Kindern, bei denen der Arzt 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) Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen, die mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag geschlossen haben, sind nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 und 9 beihilfefähig. Absatz 2 Buchstaben b bis g gelten sinngemäß. Wird die ambulante Rehabilitationsmaßnahme durch die Einrichtung pauschal abgerechnet, sind die Aufwendungen in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit dem Sozialversicherungsträger getroffen hat. Nebenkosten [z.B. Verpflegungs- und Unterbringungskosten (Ruheraum), Kurtaxe, Fahrkosten] sind - soweit in

der Pauschalpreisvereinbarung nicht enthalten – bis zu einem Betrag von insgesamt 20 €täglich - beihilfefähig.

Übersicht  
VV zu § 8

§ 8

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

(1) Aus Anlass eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs sind die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft und die ärztliche Behandlung nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3, 6, 7 und 11 beihilfefähig. Satz 1 gilt entsprechend für einen Schwangerschaftsabbruch, der unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 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 Abs. 1 Nr. 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) Aufwendungen für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung) sind beihilfefähig, wenn

1. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,

2. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,

3. ausschließlich Ei- und Samenzellen des Beihilfeberechtigten und seines Ehegatten verwendet werden,

4. sich der Beihilfeberechtigte und sein Ehegatte vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a SGB V erteilt worden ist.

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

Die Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung treffen nähere Regelungen.

Übersicht  
VV zu § 9

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für

1. die Hebamme oder den Entbindungspfleger im Rahmen der Gebührenordnung,
2. die ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung,
3. die vom Arzt, von der Hebamme oder vom Entbindungspfleger verbrauchten Stoffe und Verbandmittel sowie die auf schriftliche ärztliche Verordnung beschafften Stoffe, wie Heilmittel, Verbandmittel und dergleichen; § 4 Abs. 1 Nr. 7 gilt entsprechend,
4. die Unterkunft und Verpflegung in Entbindungsanstalten; § 4 Abs. 1 Nr. 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 Abs. 1 Nr. 5 gepflegt wird, für einen Zeitraum bis zu vierzehn Tagen, beginnend mit dem Tage der Geburt; § 4 Abs. 1 Nr. 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend,
6. die durch die Niederkunft unmittelbar veranlassten Fahrten; § 4 Abs. 1 Nr. 11 gilt entsprechend,
7. Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung,
8. eine Familien- und Hauspflegekraft; § 4 Abs. 1 Nr. 6 gilt entsprechend.

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

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

Übersicht  
VV zu § 10

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Behandlung im Ausland

(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. Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist regelmäßig ein Kostenvergleich nicht erforderlich, es sei denn, dass gebietsfremden Personen regelmäßig höhere Gebühren als ansässigen Personen berechnet werden. Beförderungskosten zum Behandlungsort sind abweichend von § 4 Abs. 1 Nr. 11 nicht beihilfefähig. Ist eine Behandlung nach Absatz 3 Nr. 2 nur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland möglich, findet § 4 Abs. 1 Nr. 11 Satz 1 bis 3 Anwendung.

(2) Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung am inländischen Wohnort oder in dem ihm am nächsten gelegenen inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären. § 6 und § 7 gelten sinngemäß. Bei ambulanten Kurmaßnahmen in den in Satz 1 genannten Staaten sind die Aufwendungen nur dann beihilfefähig, wenn der Nachweis erbracht werden kann, dass der Behandlungsort als Kurort anerkannt ist. Wird die Behandlung außerhalb der in Satz 1 genannten Staaten durchgeführt, sind die Aufwendungen nach Satz 1 nur dann beihilfefähig, wenn im Inland oder in den in Satz 1 genannten Staaten kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist und die Behandlung vor Beginn vom Finanzministerium auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens anerkannt worden ist. Hinsichtlich der Beförderungskosten gilt Absatz 1 Satz 3 und 4. (3) Aufwendungen für eine Krankenbehandlung im Ausland sind ohne die Einschränkung des Absatzes 1 beihilfefähig,

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

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

## Übersicht

### § 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 fünfhundert Kilometern.

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

Übersicht  
VV zu § 12

§ 12  
Bemessung der Beihilfen

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

- a) den Beihilfeberechtigten (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 und 4)  
sowie für entpflichtete Hochschullehrer fünfzig vom Hundert,
- b) den Empfänger von Versorgungsbezügen,  
der als solcher beihilfeberechtigt ist, siebzig vom Hundert,
- c) den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder  
die eingetragene Lebenspartnerin oder  
den eingetragenen Lebenspartner siebzig vom Hundert,
- d) ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie  
eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, achtzig vom Hundert.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind, beträgt der Bemessungssatz bei dem Beihilfeberechtigten nach Satz 2 Buchstabe a siebzig vom Hundert; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten siebzig 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 Abs. 1 Nr. 6 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
- b) einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
- c) nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 6 und 8 als Aufwendungen der Mutter,
- d) nach § 11 Abs. 2 als Aufwendungen eines Kindes.

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

(4) Sind Versicherte trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung für bestimmte Krankheiten von den Leistungen ausgeschlossen oder sind die Leistungen auf Dauer eingestellt worden, so erhöht sich der Bemessungssatz für Aufwendungen in diesen Fällen um zwanzig vom Hundert, höchstens auf neunzig vom Hundert. Für Personen, die am 1. Juni 1965 nicht versichert waren, das sechzigste Lebensjahr vollendet hatten und bis zum 31. März 1967 nachgewiesen haben, dass sie von keiner Krankenversicherung mehr aufgenommen wurden, kann die Festsetzungsstelle den nach Absatz 1 zustehenden Bemessungssatz auf achtzig vom Hundert erhöhen.

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

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

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

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

## Übersicht

### VV zu § 12a

#### § 12a

##### Kostendämpfungspauschale

(1) Die nach Anwendung des § 12 Abs. 7 verbleibende Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem Aufwendungen entstanden sind (§ 3 Abs. 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. Sie beträgt für

<u>Stufe</u>	<u>Besoldungsgruppe</u>	<u>Betrag</u>
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 Nr. 1 Abs. 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 LBesG 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) Die Beträge nach Absatz 1 bemessen sich

1. bei Ruhestandsbeamten, Richtern im Ruhestand sowie früheren Beamten und Richtern (§ 1 Abs. 1 Nr. 2) nach dem Ruhegehaltssatz,
2. bei Witwen und Witwern sowie hinterbliebenen Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern (§ 1 Abs. 1 Nr. 3) nach sechzig vom Hundert des Ruhegehaltssatzes;

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



(4) Bei Waisen (§ 1 Abs. 1 Nr. 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.

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

Übersicht  
VV zu § 13

§ 13  
Verfahren

(1) Die Beihilfen werden auf Antrag gewährt. Als Festsetzungsstellen entscheiden

1. das Finanzministerium über Anträge der Beihilfeberechtigten der obersten Dienstbehörden,
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 Oberfinanzdirektionen über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs und der anderen dem Finanzministerium nachgeordneten Behörden und Einrichtungen,
4. 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,
5. die Landräte über die Anträge der Beihilfeberechtigten der von ihnen geleiteten Kreispolizeibehörden mit Ausnahme der Anträge der Landräte als Leiter der Kreispolizeibehörden,
6. die Schulämter über die Anträge der Lehrer an den öffentlichen Grundschulen und Hauptschulen und an den ihrer Schulaufsicht unterstehenden öffentlichen Sonderschulen,
7. die Hochschulen nach näherer Bestimmung des Ministeriums für Schule, Wissenschaft und Forschung über die Anträge der Beihilfeberechtigten der staatlichen Universitäten, der Kunsthochschulen und der Fachhochschulen sowie der Einrichtungen im Hochschulbereich,
8. 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 Nrn. 5 und 6 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 Nrn. 1 bis 4, 7 und 8 oder Satz 3 zuständigen Stellen; über Widersprüche gegen Beihilfefestsetzungen der nach Absatz 1 Satz 2 Nrn. 5 und 6 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 im Einvernehmen mit dem Innenministerium 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, sofern die Originalbelege vorgelegt werden.

(3) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen (§ 3 Abs. 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 Abs. 1 Satz 7, § 6a Abs. 2 Satz 2, § 7 Abs. 3 Satz 2, Satz 4 sowie Abs. 4 Satz 4 mit dem Tag der Beendigung der Maßnahme,
2. der Beihilfe für die häusliche Pflege (§ 5 Abs. 4) 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.

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

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

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

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

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

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

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

Übersicht  
VV zu § 14

§ 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 Abs. 1 genannten Aufwendungen aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten werden dem hinterbliebenen Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner oder der hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartnerin oder den Kindern des Verstorbenen Beihilfen gewährt. Empfangsberechtigt ist derjenige, der die Urschrift der 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.

Übersicht

§ 15

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

(1) Über die Beihilfeanträge der Beihilfeberechtigten der Gemeinden und Gemeindeverbände entscheidet der Dienstvorgesetzte; dieser tritt in den Fällen des § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 3, Nr. 7 Satz 2 Buchstabe a, Nr. 9 Satz 6 und Nr. 10 Satz 11, § 10 Abs. 2 und § 12 Abs. 5 und 6 an die Stelle des Finanzministeriums. Über Beihilfeanträge des Dienstvorgesetzten entscheidet dessen allgemeiner Vertreter.

(2) Die Gemeinden und Gemeindeverbände können kommunale Versorgungskassen mit der Festsetzung der Beihilfen beauftragen, soweit dies gesetzlich zugelassen ist, oder eine Übernahme der Beihilfefestsetzung nach § 23 Abs. 1 des Gesetzes über kommunale Gemeinschaftsarbeit (GKG) vereinbaren.

(3) Absatz 1 und 2 gelten entsprechend für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts.

## Übersicht

### § 16

#### Verwaltungsverordnung

Das Finanzministerium erlässt im Einvernehmen mit dem Innenministerium die Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung (Verwaltungsverordnung zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen – VVzBVO -). Die Verwaltungsvorschriften bestimmen die weiteren Einzelheiten und Voraussetzungen (insbesondere Art und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen und Maßnahmen), die zur Ausführung dieser Verordnung erforderlich sind

## Übersicht

### § 17

#### Übergangs- und Schlussvorschriften

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1975 in Kraft; sie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2008 außer Kraft. Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 1974 entstanden sind. Aufwendungen, die bis zum 31. März 1975 entstehen, können noch nach bisherigem Recht abgewickelt werden, soweit dies günstiger ist. Für Todesfälle, die vor der Verkündung des Haushaltsbegleitgesetzes 2004 / 2005 vom 27. Januar 2004 (GV.NRW.S. 30) eintreten, gilt § 3 Abs. 1 Nr. 5, § 11 Abs. 1, § 12 Abs. 2 Buchstabe d und Abs. 7 Satz 4, § 13 Abs. 3 Satz 1 und § 14 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 in der vor der Verkündung des Haushaltsbegleitgesetzes geltenden Fassung weiter. § 12a Abs. 1 und 5 in der Fassung dieser Verordnung ist erstmals für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2002 entstehen, anzuwenden. Für Aufwendungen, die vor dem 1. Januar 2003 entstanden sind, gilt § 12a Abs. 1 und 5 in der bis zum 31. Dezember 2002 geltenden Fassung.

**Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und  
Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung**

1. Allgemeines

- 1.1 Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren sind nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 4 beihilfefähig.

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.

- 1.0 Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.

- 2.0 Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 2, 3 und 4 schließen sich aus.

2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

- 1.0 Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

- 2.0 Indikationen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie sind nur:
- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
  - vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
  - Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
  - seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
  - seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z.B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
  - seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumata),
  - seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.
- 3.0 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:
- 1.0.0 bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.0.0 bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 3.0.0 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten einge-

henden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden; in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

- 2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;
- 2.3.5 bei einer die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. Abweichungen bedürfen der Begründung. Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.
- 1.0 Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" oder "Psychoanalyse" sein. Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychoanalyse" oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.
- 1.0.0.0 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG - kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).
- 2.0.0.0 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er



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

Ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Psychologischer Psychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

- 1.0.0.0 Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).
- 2.0.0.0 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
  - in das Arztregister eingetragen sein oder
  - über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

- 2.4.4 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

- 2.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der

Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

### 3. Verhaltenstherapie

#### 1.0.0 Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Aufwendungen für höchstens fünf probatorische Sitzungen einschließlich des Erstellens der Verhaltensanalyse sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich die Verhaltenstherapie als nicht notwendig erweist.

Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, dass bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens 50minütiger Dauer nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

#### 1.0 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien),
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumata),
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen - besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden - erkennen lassen.

2.0 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, wie deren Dauer je Krankheitsfall in Einzelbehandlung

- 40 Sitzungen,
- bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen einschließlich einer notwendigen begleitenden Behandlung ihrer Bezugspersonen 50 Sitzungen

nicht überschreiten.

Bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens 100 Minuten sind die Aufwendungen für 40 Sitzungen beihilfefähig. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Fällen eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 40 weiteren Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 3.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

1.0.0 Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

3.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

1.0.0.0 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

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

2.0.0 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

2.0 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

#### 4. Psychosomatische Grundversorgung

Die psychosomatische Grundversorgung umfasst verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und die Anwendung übender und suggestiver Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

1.0 Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:

- bei verbaler Intervention als einzige Leistung fünfundzwanzig Sitzungen;
- bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen;
- bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.

4.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Facharzt für Augenheilkunde, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Kinderheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder Facharzt für Urologie durchgeführt wird.

4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht wird, soweit dieser über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt.

4.4 Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.

#### 5. Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heilerhythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse, neuropsychologische Behandlung.

Katathymes Bilderleben ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

Rational Emotive Therapie ist nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

Übersicht  
§ 4 BVO

Anlage 2  
(zu § 4 Abs. 1 Nr. 7 BVO)

1.

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für alle nach dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln – Arzneimittelgesetz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. 12. 2003 (BGBl. I S. 3394), geändert durch Gesetz vom 14. 08. 2006 (BGBl. I S. 1869), zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, sofern sie nicht nach § 4 Abs. 1 Nr. 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 zwanzigsten Lebensjahres und bei Personen ab Vollendung des 48. Lebensjahres. Das Finanzministerium kann im Einzelfall oder allgemein in den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung Ausnahmen zulassen.

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.

Nicht beihilfefähig sind (unabhängig vom Alter des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Person):

a)

Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen. Es sind dies z.B. Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, so genannte Krankenkost und diätetische Lebensmittel einschließlich Produkte 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 E der Arzneimittel-Richtlinien/AMR in der Fassung vom 31. August 1993 – veröffentlicht im BAnz. 1993, Nr. 246; S. 11 155, zuletzt geändert am 18. Juli 2006 – veröffentlicht im BAnz. 2006, Nr. 198 S. 6849, 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 aufgrund 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 oder
- der Verbesserung des Aussehens dienen.

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 im Einzelfall oder allgemein in den Verwaltungsvorschriften zur dieser Verordnung Ausnahmen zulassen.

Übersicht  
§ 4 BVO

Anlage 3  
(zu § 4 Abs. 1 Nr. 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 1.050 Euro festgesetzt.

Mit diesem Betrag sind sämtliche Nebenkosten bis auf die Kosten einer medizinisch notwendigen Fernbedienung abgegolten.

**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 2 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 zu Grunde 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 0,60 Euro festgesetzt.



203204

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

RdErl. d. Finanzministers v. 9. April.1965 (SMBl. NRW. 203204) -  
B 3100 - 0.7 - IV A 4  
zuletzt geändert durch RdErl. v. 18.02.2005  
(MBl. NRW. 2005 S. 304)

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

Die Verwaltungsvorschrift ist hier ohne die Anlagen 1 - 3 (Antragsvordruck, Auszahlungsanordnung, Kurortverzeichnis) wieder gegeben.

Übersicht

§ 1 BVO

**1 Zu § 1 Abs. 1**

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

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

**1a Zu § 1 Abs. 3 Nr. 1**

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

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

1a.3 Lehrer erhalten keine Beihilfen, wenn sie regelmäßig wöchentlich weniger als die Hälfte der Pflichtstundenzahl unterrichten.

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

## 2 **Zu § 1 Abs. 3 Nr. 2**

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

## 3 **Zu § 1 Abs. 4**

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

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

### Übersicht § 2 BVO

## 4 **Zu § 2**

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

4.2 Die steuerrechtlichen Einkünfte umfassen folgende Einkunftsarten:

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

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag nach § 24 a EStG und den Abzug für Land- und Forstwirte nach § 13 Abs. 3 EStG ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Als erstmalige Rentenbezieher gelten Rentner mit erstmaligem Anspruch auf Rente aus eigenem oder abgeleitetem Recht (z.B. Bezieher von Hinterbliebenenrenten), nicht aber Bezieher von umgewandelten Renten (z.B. Rente wegen Erwerbsminderung, die nach dem 31.12.2003 in Altersrente umgewandelt wird). Soweit die berücksichtigungsfähige Person Leibrenten und andere Leistungen, die aus den gesetzlichen Rentenversicherungen, den landwirtschaftlichen Alterskassen, den berufsständischen Versorgungseinrichtungen und aus Rentenversicherungen erbracht werden, erstmalig ab 1.1. 2004 bezieht, die bis 31.12.2004 der Besteuerung nach § 22 EStG, ab 1.1.2005 nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe aa EStG, unterliegen, ist ihrem Gesamtbetrag der Einkünfte der Unterschiedsbetrag zwischen dem Jahresbetrag der Rente und dem der Besteuerung unterliegenden Anteil der Rente hinzuzurechnen. Der Differenzbetrag ist dem Steuerbescheid zu entnehmen. Renten, die der Besteuerung nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe bb EStG (ab 1.1.2005) unterliegen, werden ausschließlich (auch für 2004) mit dem Ertragsanteil erfasst. Bei erstmaligem Rentenbezug vor dem 1.1.2004 wird bei der Ermittlung des Gesamtbetrages der Einkünfte ausschließlich der steuerliche Ertragsanteil der Renten nach § 22 EStG (bis 31.12.2004), ab 1.1.2005 nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe aa EStG, zu Grunde gelegt. Dies gilt entsprechend für die Rentenbezüge mit erstmaligem Rentenbezug vor dem 1.1.2004, die ab 1.1.2005 von § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe bb EStG erfasst werden.

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

- 4.3 Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte oder eingetragener 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 des eingetragenen Lebenspartners 18.000 Euro überschritten hat.
- 4.3a In den Fällen des § 85 a Abs. 4 Satz 2 und des § 86 Abs. 2 Satz 3 LBG ist eine Beihilfe auch dann zu gewähren, wenn der Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner im Kalenderjahr vor der Antragstellung und/oder im laufenden Kalenderjahr ausschließlich Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit (§ 19 Einkommensteuergesetz) erzielt und diese mehr als 18.000 Euro betragen haben bzw. betragen. Dies gilt bei Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern, die vor der Beurlaubung einen Beihilfenanspruch gegen einen anderen Dienstherrn hatten, nur dann, wenn der andere Dienstherr bei Beamten des Landes, die auf Grund der Regelung des § 85a Abs. 4 Satz 2 oder des § 86 Abs. 2 Satz 3 LBG berücksichtigungsfähige Person werden, entsprechend verfährt.
- 4.4 Nach dem Bundesbesoldungsgesetz werden im Familienzuschlag die Kinder berücksichtigt, für die dem Beamten Kindergeld nach dem EStG oder nach Bundeskindergeldgesetz (BKGG) zusteht oder ohne Berücksichtigung der §§ 64 oder 65 EStG oder der §§ 3 oder 4 BKGG zustehen würde. Bei in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kindern ist es bis zu einer Änderung der besoldungs- und versorgungsrechtlichen Vorschriften für die Gewährung von Beihil-

fen ausreichend, wenn einem der eingetragenen Lebenspartner für das Kind Kindergeld zusteht oder zustehen würde. Nummer 4.7 gilt entsprechend.

- 4.5 § 2 Abs. 2 BVO gilt auch für nicht selbst beihilfeberechtigte Kinder von Beihilfeberechtigten, die keinen Anspruch auf Familienzuschlag haben (Lohnempfänger), sofern bei Anwendung des Besoldungsgesetzes die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig wären; Nummer 4.4 gilt entsprechend.
- 4.6 Ein nicht selbst beihilfeberechtigtes Kind gilt auch dann als im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, wenn es wegen der Konkurrenzregelung des § 40 Abs. 5 BBesG nicht im Familienzuschlag erfasst ist.
- 1.0 § 2 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt in den Fällen des § 32 Abs. 5 EStG entsprechend.
- 4.8 Weiterhin berücksichtigungsfähig sind studierende Kinder i.S.d. § 2 Abs. 2 BVO, die von der durch das Steueränderungsgesetz 2007 vom 19.07.2006 (BGBl. I. S. 1652) vorgenommenen Kürzung des Bezugszeitraumes für Kindergeld und Familienzuschlag betroffen sind (d.h. Anspruchsende grds. mit Vollendung des 25. Lebensjahres), soweit sie bereits bis zum Wintersemester 2006/2007 ein Studium an einer Hoch- oder Fachhochschule aufgenommen haben.
- 4.9 Nicht selbst beihilfeberechtigt im Sinne des § 2 BVO sind nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts auch die Angehörigen eines Beihilfeberechtigten, die gesetzlich versichert sind, auf Grund ihrer Beschäftigung einen Beihilfenanspruch haben und damit beihilfenrechtlich auf die Sach- oder Dienstleistungen der gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung verwiesen werden. Der Beihilfeberechtigte kann in diesem Fall bei seiner Festsetzungsstelle die Aufwendungen geltend machen, die über die Sach- oder Dienstleistungen bzw. den Wert der Sach- oder Dienstleistungen hinausgehen. Hat der pflichtversicherte Angehörige Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V erhalten, können die nicht gedeckten Aufwendungen nicht geltend gemacht werden. Dies gilt entsprechend für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Gebühren.
- 4.10 Soweit Angehörige einen eigenen Beihilfeanspruch nach § 1 Abs. 6 BVOAng haben, ist nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts dem Beihilfeberechtigten zu den Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter Anrechnung deren eigenen Beihilfeanspruchs eine Beihilfe zu gewähren.
- 4.11 Beantragt der Beihilfeberechtigte erstmals Beihilfen für Aufwendungen seines eingetragenen Lebenspartners, ist dem Beihilfeantrag eine beglaubigte Kopie der Lebenspartnerschaftsurkunde beizufügen. Diese Kopie ist zu den Akten zu nehmen. Aufwendungen können für Zeiträume ab dem 26.5.2005 geltend gemacht werden.

### Übersicht § 3 BVO

#### **5 Zu § 3 Abs. 1 und 2**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 5.6 Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen erforderlich.
- 5.7 Abweichend von der Bestimmung 7.2 in meinem Runderlass vom 19. August 1998 (Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht – SMBl. NRW. 203204) können Kompositfüllungen künftig grundsätzlich auch bei einer analogen Bewertung nach den Positionen 215 – 217 GOZ als beihilfefähig anerkannt werden. Dabei wird ein Steigerungssatz von höchstens 1,5 als angemessen angesehen. Ein Überschreiten des 1,5fachen Gebührensatzes ist auch bei entsprechender Begründung des behandelnden Zahnarztes beihilfenrechtlich nicht zu berücksichtigen.
- 1.0 Mehraufwendungen für Verblendungen (einschließlich Vollkeramikkrone bzw. –brücken, z.B. im Cerec-Verfahren) und die zahnärztlichen Leistungen sind nur bis einschließlich Zahn 5 beihilfefähig. Bei einer Versorgung ab Zahn 6 mit verblendeten Vollkronen, Vollkeramikkrone etc. und soweit eine Brückenversorgung nach Satz 1 über Zahn 5 hinaus reicht, sind vom Bruttorechnungsbetrag je verblendeten Zahn pauschal 40 Euro (bei Kunststoffverblendungen) bzw. 80 Euro (bei Keramikverblendungen - auch im Cerec-Verfahren) in Abzug zu bringen. Der Restbetrag sowie die zahnärztliche Leistungen ab Zahn 6 sind grundsätzlich beihilfefähig.
- 2.0 Abrechnungen von Nebenkosten auf der Basis des DKG-NT (Tarif der deutschen Krankenkassen) sind in voller Höhe beihilfefähig.

- 3.0 Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig.
- 5.11 Soweit hinsichtlich der Notwendigkeit und Angemessenheit der berechneten Leistungen erhebliche Zweifel an Heilpraktikerrechnungen bestehen, können diese kostenlos anonymisiert zur Prüfung an folgende Adresse gerichtet werden:

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

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

## 6 **Zu § 3 Abs. 3**

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

## 7 **Zu § 3 Abs. 4**

7.1 entfallen

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

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

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

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

7.5 *entfallen*

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

Beispiel:

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

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

Beihilfefähig sind 400 Euro.

## 8 **Zu § 3 Abs. 5**

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

### Übersicht § 4 BVO

## 9 **Zu § 4 Abs. 1 Nr. 1**

9.1 Nummer 5.4 gilt entsprechend.

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

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

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

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

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



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

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

Den Psychotherapeuten ist es verwehrt, verschreibungspflichtige Arzneimittel zu verordnen.

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

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

- e) Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Beihilfestelle Widerspruch ein, kann die Beihilfestelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte (die berücksichtigungsfähige Person) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, seinen „Erstbericht“ an den Gutachter auf Formblatt Anlage 6 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle/des Gutachters eingegangen werden soll.
- f) Der ergänzte Bericht ist der Beihilfestelle in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag zur Weiterleitung an den Obergutachter zu übermitteln.
- g) Die Beihilfestelle beauftragt einen Obergutachter (s. Verzeichnis unter Nummer 9.4) mit der Erstellung eines Obergutachtens; sie leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:
- den ungeöffneten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten,
  - Kopie des Psychotherapie-Gutachtens und
  - einen an die Beihilfestelle adressierten, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten roten Freiumschlag.

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

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

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

Abzug zahlbar. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen sind die Bestellungen für den jeweiligen Jahresbedarf zum 1.4. eines jeden Jahres aufzugeben.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

25. Dr. med. Hermann Roskamp

Lohengrinstr. 67, 70597 Stuttgart

26. Prof. Dr. med. Ulrich Rieger  
Mittelbergring 59, 37085 Göttingen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Dr. Johannes Zuber  
Mercystraße 27, 79100 Freiburg

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

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

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

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

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

5. Dr. Johannes Zuber  
Mercystraße 27, 79100 Freiburg

E) Obergutachter

a) für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen

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

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

3. Dr. med. Horst Kallfass

Leo-Baeck-Str. 3, 14165 Berlin

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) für Verhaltenstherapie von Erwachsenen

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

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

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

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

d) für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen

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

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

- 9.5 In Ausbildung befindliche Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nicht selbständig Leistungen i.S. der Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO) erbringen. Soweit sie während der zweiten Hälfte ihrer Ausbildung Behandlungen durchführen, muss dies unter Aufsicht eines nach Anlage 1 anerkannten Therapeuten (Supervisor) erfolgen, der allein diese Leistungen in Rechnung stellen darf.
- 9.6 Neben der Nr. 849 GOÄ sind körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.
- 9.7 Auf Grund des § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 4 BVO bestimme ich, dass zu den Aufwendungen für die Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen Bereich nur bei den folgenden Indikationen Beihilfen zu gewähren sind:
- a) Tendinosis calcarea,
  - b) Fersensporn
  - c) Pseudarthrosen (nicht heilende Knochenbrüche).

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für maximal 3 Behandlungen. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT ist ausschließlich der analoge Ansatz der Nr. 1800 GOÄ (keine Zuschlagsposition, da keine Operationsleistung) beihilfefähig.

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

**9a Zu § 4 Abs. 1 Nr. 2**

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



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

9a.5 Beträge nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 Buchstaben a und b BVO sind innerhalb eines Kalenderjahres nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen jeweils insgesamt 750 Euro überschreiten.

9a.6 Nach § 3 Abs. 2 Satz 1 BVO in Verbindung mit § 4 Abs. 1 Nr. 2 b BVO ist bei Behandlung in einem Krankenhaus („Privatklinik“), das nicht nach § 108 SGB V zugelassen ist, der von dieser Einrichtung berechnete „Pflegesatz“ - nach Abzug des Selbstbehaltes nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b BVO - nur insoweit als angemessen (§ 3 Abs. 1 Satz 1 BVO) anzusehen und als beihilfefähig anzuerkennen, als er dem „Pflegesatz“ entspricht, den die der Beihilfenfestsetzungsstelle nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik nach § 108 SGB V) für eine vergleichbare Behandlung berechnen würde. Dies gilt auch für so genannte „Anschlussheilbehandlungen“, soweit eine Abrechnung nicht nach § 6 BVO sondern nach § 4 BVO erfolgt. Betreibt der Träger der „Privatklinik“ auf dem Gelände der Klinik oder in unmittelbarer Nähe hierzu ein weiteres Krankenhaus mit Zulassung nach § 108 SGB V, kann die Vergleichsberechnung (s.o.) auch zwischen diesen Einrichtungen erfolgen. Rechnet die aufgesuchte „Privatklinik“ eine dem Fallpauschalen-Katalog des Krankenhausentgeltgesetzes nachempfundene „DRG“ ab, ist darauf zu achten, dass der vergleichenden Universitätsklinik sämtliche Diagnosen vorgelegt werden. Gegebenenfalls anfallende Kosten der Begutachtung trägt die Beihilfestelle.

9a.7 Bei Krankenanstalten, die die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden, aber nach Pflegesätzen abrechnen, gilt Nummer 9a.6 entsprechend.

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

#### 9b **Zu § 4 Abs. 1 Nr. 5**

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

#### 9c **Zu § 4 Abs. 1 Nr. 6**

Als stationäre Unterbringung i.S. des § 4 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 gilt auch die Unterbringung in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder in vergleichbaren Einrichtungen, die Mutter/Vater – Kind – Kuren durchführen.

## 10 Zu § 4 Abs. 1 Nr. 7 und Nr. 9

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

a) Für die nachfolgend aufgeführten Indikationsgebiete können auch Aufwendungen für Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie beihilfefähig sein, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete nach dem Erkenntnisstand als Therapiestandard in der jeweiligen Therapierichtung angezeigt ist und der Arzt/Heilpraktiker dies mit der Verordnung bestätigt.

Beihilfefähig sind die

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

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

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

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

Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind entsprechend den Regelungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch ohne die o.g. Indikationen beihilfefähig, wenn das zur Behandlung der Erkrankung alternativ zur Verfügung stehende verschreibungspflichtige Arzneimittel teurer ist. Der Nachweis ist durch den Beihilfeberechtigten bzw. seinen Arzt zu führen.

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

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

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

- Genussmittel, sämtliche Weine (auch medizinische Weine) und der Wirkung nach ähnliche, Ethylalkohol als einen wesentlichen Bestandteil (mind. 5 Volumenprozent) enthaltene Mittel (ausgenommen Tinkturen im Sinne des Deutschen Arzneibuches und tropfenweise einzunehmende ethylalkoholhaltige Arzneimittel) sowie Mittel, bei denen die Gefahr besteht, dass sie wegen ihrer wohlschmeckenden Zubereitung als Ersatz für Süßigkeiten genossen werden.
- Mineral-, Heil oder andere Wässer.
- Mittel, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle usw. dienen einschl. Medizinische Haut- und Haarwaschmittel sowie Medizinische Haarwässer und kosmetische Mittel. Ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Basiscremes, Basissalben, Haut und Kopfhaut-

pflagemittel, 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 Bedarfsgegenstandesgesetzes, Krankenkost- und Diätpräparate.
- Abmagerungsmittel und Appetitzügler,
- Anabolika, außer bei neoplastischen Erkrankungen,
- Stimulantien (z.B. Psychoanaleptika, Psychoenergetika und Leistungsstimulantien), ausgenommen bei Narkolepsie und schwerer Zerebralklerose sowie beim hyperkinetischen Syndrom und bei der so genannten minimalen zerebralen Dysfunktion vorpubertärer Schulkinder,
- so genannte Zellulartherapeutika und Organhydrolysate,
- so genannte Geriatrika und so genannte Arteriosklerosemittel,
- Roborantien, Tonika und appetitanregende Mittel,
- Insekten-Abschreckmittel,
- Fixe Kombinationen aus Vitaminen und anderen Stoffen, ausgenommen und somit beihilfefähig sind Vitamin D-Fluorid-Kombinationen zur Anwendung bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und zur Osteoporoseprophylaxe,
- Arzneimittel, welche nach § 11 Abs. 3 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMB) vom 12. Dezember 2005 (BGBl. S. 3394), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. August 2006 (BGBl. S. 1869, 1870), nur mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise:  
„Traditionell angewendet:
  - a) zur Stärkung oder Kräftigung,
  - b) zur Besserung des Befindens,
  - c) zur Unterstützung der Organfunktion,

d) zur Vorbeugung,

e) als mild wirkendes Arzneimittel“

in den Verkehr gebracht werden.

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

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

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

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

1.

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

2.

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

3.

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

4.

Antihypotonika zur oralen Anwendung,

5.

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

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

6.

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

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

7.

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

8.



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

9.

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

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

1. Es besteht eine Schmerzsymptomatik von durchgängig mindestens 6 Monaten bzw. rezidivierend seit 2 Jahren und
2. es liegt eine der folgenden Indikationen vor:
  - a) Erkrankungen der Wirbelsäule bedingt durch Bandscheibenvorfall, der mit einem bildgebenden Verfahren bestätigt worden ist; der Bandscheibenvorfall muss zu einer neurogenen Schädigung (z.B. Kompression einer Nervenwurzel) geführt haben,
  - b) Osteoporose, wobei in einem bildgebenden Verfahren typische Veränderungen am Skelett nachgewiesen sind (z.B. Spontanfrakturen, Fischwirbel, Keilwirbel),
  - c) Instabilitäten der Wirbelsäule, bedingt durch eine konstitutionelle (anlagebedingte) Spondylolisthese, Spondylolyse (Wirbelgleiten), Nachbehandlungen nach Bandscheibenoperationen der Hals- und Lendenwirbelsäule oder nach einer Spondylodese (Versteifung eines Wirbelsäulenabschnittes), posttraumatische Veränderungen aufgrund von Beschleunigungsverletzungen der Halswirbelsäule, die durch ein bildgebendes Verfahren nachgewiesen sind.

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

Folgende Analogbewertungen sind beihilfefähig:

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

Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen (z.B. MedX-Ce / und / oder LE-Therapiemaschinen) analog Nr. 846 GOÄ, zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nr. 558 GOÄ, zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nr. 506 GOÄ. Die Nrn. 846 analog, 558 analog und 506 GOÄ sind pro Sitzung jeweils einmal berücksichtigungsfähig.

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

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

**11 Zu § 4 Abs. 1 Nr. 10**

- 11.1 Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung weicher Kontaktlinsen sind bei gleichbleibender Sehschärfe nach Ablauf von 2 Jahren beihilfefähig.
- 11.2 Eine Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien liegt auch vor, wenn z.B. die Werte für ein Auge um 0,25 Dioptrien zugenommen und für das andere Auge um 0,25 Dioptrien abgenommen haben, nicht jedoch, wenn sowohl die Werte für das linke als auch für das rechte Auge um jeweils 0,25 Dioptrien zu- oder abgenommen haben. Bei Kurzsichtigkeit oder Achsenverschiebung sind die Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung auch dann beihilfefähig, wenn sich mit der neuen Sehhilfe die Sehschärfe (Visus) um mindestens 20 Prozentpunkte verbessert.
- 11.3 Einschleifkosten von Brillengläsern sind bis zu einem Betrag von 11 Euro je Glas beihilfefähig. Mehraufwendungen für die Entspiegelung (ausgenommen sind höherbrechende Gläser) und Härtung von Brillengläsern sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für höherbrechende Gläser sind ab 6 Dioptrien beihilfefähig. Mehraufwendungen für phototrope Gläser (z.B. Colormaticgläser, Umbramaticgläser) sind nur bei Albinismus, Pupillotonie und totaler Aniridie (Fehlen der Regenbogenhaut) beihilfefähig. Aufwendungen für Sportbrillen sind nur beihilfefähig, wenn sie von Schülern während des Schulsports getragen werden müssen. Aufwendungen für Bildschirmbrillen sind nicht beihilfefähig.
- 11.4 Bei orthopädischen Maßschuhen sind die Aufwendungen um den Betrag für eine normale Fußbekleidung zu kürzen. Als Kürzungsbetrag sind bei Erwachsenen 70 Euro (für Hausschuhe 30 Euro) und bei Kindern bis zu 16 Jahren 42 Euro (für Hausschuhe 18 Euro) anzusetzen.
- 11.5 Betragen die beihilfefähigen Aufwendungen für ein in § 4 Abs. 1 Nr. 10 BVO nicht aufgeführtes Hilfsmittel mehr als 1.000 Euro und hat der Beihilfeberechtigte die erforderliche vorherige Anerkennung nicht eingeholt, so sind die Aufwendungen bis 1.000 Euro beihilfefähig. § 13 Abs. 8 Satz 1 BVO bleibt unberührt.
- 11.6 Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln zählen Treppenlift und Auffahrrampe. Die Kosten sind im Rahmen des § 5 Abs. 6 Satz 3 BVO beihilfefähig.
- 11.7 Die Unterhaltskosten für einen Blindenführhund können ohne Nachweis bis zu 100 Euro monatlich als beihilfefähig anerkannt werden, sofern der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Kosten in dieser Höhe entstanden sind; § 4 Abs. 1 Nr. 10 Satz 2 zweiter Halbsatz BVO bleibt unberührt. Werden ausnahmsweise höhere Kosten geltend gemacht, ist die Vorlage von Belegen erforderlich.
- 11.8 Folgende Hilfsmittel können vom Dienstherrn im Zusammenwirken mit der Krankenversicherung der erkrankten Person unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden (§ 4 Abs. 1 Nr. 10 letzter Satz BVO):
- Atemmonitore (Überwachungsmonitore für Säuglinge),
  - CPAP-Geräte (Geräte zur Schlafapnoebehandlung) ,
  - Elektronische Lesehilfen,
  - Infusionspumpen,
  - Inhalationsapparate,
  - Krankenfahrstühle,
  - Sauerstoffgeräte.

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

Bei einer leihweisen Überlassung stellt die Krankenversicherung die ihr entstandenen Kosten der Beihilfenfestsetzungsstelle in Rechnung; eines besonderen Beihilfeantrags bedarf es nicht. Die Aufwendungen sind mit dem nach § 12 BVO zustehenden Bemessungssatz der Krankenversicherung zu erstatten und unter dem Beihilfetitel zu buchen. Die medizinische Notwendigkeit und die Art (Neukauf, Miete [Monatsbetrag oder Pauschale] oder Wiedereinsatz) der Hilfsmittelversorgung wird von der Krankenversicherung geprüft; die von ihr getroffene Entscheidung ist für die Festsetzungsstelle bindend.<sup>1</sup>

**11a Zu § 4 Abs. 1 Nr. 11**

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

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

**11b Zu § 4 Abs. 1 Nr. 12**

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

**11 c Zu § 4 Abs. 2 Buchstabe b)**

Wird eine Implantatversorgung gewählt, obwohl die Indikationen nach § 4 Abs. 2 Buchstabe b BVO nicht vorliegen, oder umfasst bei Vorliegen der dort genannten Indikationen die Versorgung mehr Implantate als nach dem amtsärztlichen Gutachten notwendig wären, sind die Aufwendungen grundsätzlich nicht beihilfefähig. Es bestehen im Hinblick auf die Aufwendungen für eine herkömmliche Zahnersatzversorgung allerdings keine Bedenken, für die ersten drei durch eine Implantatversorgung ersetzten Zähne pauschal je 450 Euro und für jeden weiteren Zahn (für Ober- und Unterkiefer insgesamt 10 Zähne – 3 plus 7-) 250 Euro als beihilfefähige Aufwendungen anzuerkennen (bereits durch vorherige Implantatversorgungen ersetzte Zähne, für die keine Indikation nach § 4 Abs. 2 Buchstabe b BVO vorlag, sind auf die Gesamtzahl anzurechnen); bei Reparaturen sind einheitlich 250 Euro je ersetzten Zahn beihilfefähig.<sup>2</sup> Mit diesem Betrag sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen einschließlich notwendiger Anästhesie und der Kosten u. a. für Implantate, Implantatteile, Supra- und Brückenkonstruktionen, notwendige

---

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

<sup>2</sup> Nr. 11c Satz 2 VVzBVO gilt für Aufwendungen, die nach dem 1. August 2005 entstehen.

Instrumente (z.B. Bohrer, Fräsen) Membranen und Membrannägel, Knochen- und Knochenersatzmaterial, Nahtmaterial, Röntgenleistungen, Computertomographie und Anästhetika abgegolten. Die Pauschale kann erst nach Behandlungsabschluss (Einsetzen der Supra- und ggf. Brückenkonstruktion) anerkannt werden.

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

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

Wird ein notwendiges Gutachten eingeholt, sind die Kosten hierfür beihilfefähig.

## Übersicht § 5 BVO

### 12 **Zu § 5 Abs. 2**

#### 12.1 Krankheiten oder Behinderungen sind

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

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

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren sowie die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

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

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

**12a Zu § 5 Abs. 3**

12a.1 Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die

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

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

12a.2 Bei der Zuordnung zu den Pflegestufen sind die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale zur Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi) vom 7.11.1994 in der jeweils geltenden Fassung zu beachten.

12a.3 Aufwendungen für die häusliche Pflege können nur in Höhe der Beträge als angemessen (§ 3 Abs. 2 BVO) angesehen werden, die auf Grund des § 89 SGB XI zwischen den Trägern der Pflegedienste und den Leistungsträgern vereinbart wurden; dabei ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig. Soweit ein besonderer Pflegebedarf besteht, sind die Aufwendungen bei Personen in Pflegestufe II bis 40%, in Pflegestufe III bis 60% und in Härtefällen (§ 36 Abs. 4 SGB XI) bis 80% der durchschnittlichen Kosten einer Berufspflegekraft (§ 5 Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz) als angemessen anzusehen; darüber hinausgehende Aufwendungen können in begründeten Einzelfällen bis zu dem in § 5 Abs. 3 Satz 1 erster Halbsatz BVO für die jeweilige nächste Pflegestufe geltenden Höchstsatz, in der Pflegestufe III bis zu 2.455 Euro und in Härtefällen (§ 36 Abs. 4 SGB XI) bis zu den Kosten einer Berufspflegekraft als angemessen angesehen werden.

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

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

der um 1.300 Euro verminderten Bezüge.

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

rechtigten die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners hinzuzurechnen.

- 12a.5 Als Kosten einer Berufspflegekraft ist die monatliche durchschnittliche Vergütung einer Krankenpflegekraft in der VergGr. Kr. Va BAT (Endstufe der Grundvergütung, Familienzuschlag Tarifklasse II Stufe 2, Allgemeine Zulage, Pflegezulage, anteilige Zuwendung sowie anteiliges Urlaubsgeld zuzüglich der Arbeitgeberanteile) als angemessen zugrunde zu legen (§ 3 Abs. 2 Satz 1 BVO). Das Finanzministerium gibt den jeweils gültigen Höchstbetrag bekannt; er beträgt für die Zeit

ab 1.1.2002 3.374 Euro.

Bis zu dieser Höhe können auch die Kosten für einen Einsatz mehrerer Pflegekräfte berücksichtigt werden.

- 12a.6 Neben den Pflegekosten sind die Aufwendungen für medizinische Behandlung beihilfefähig. Hierzu zählen insbesondere Injektionen, Anlegen und Wechseln von Verbänden, Anlegen und Wechseln von Kathetern, Darmspülungen, Dekubitusversorgung (nicht Dekubitusprophylaxe), Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Verabreichung von Sondennahrung.
- 12a.7 Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 5 Abs. 2 BVO wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen, sind in den Schutz der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung einbezogen, soweit der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung hat. Dies gilt unabhängig davon, ob die Beihilfe nach § 5 Abs. 3 BVO oder die Pauschalbeihilfe nach § 5 Abs. 4 BVO gewährt wird. Wegen der Durchführung der Rentenversicherung und der Unfallversicherung wird auf den RdErl. d. Finanzministeriums v. 17.5.1995 (MBI. NRW. S. 804/SMBI. NRW 203204) verwiesen.

## 12b **Zu § 5 Abs. 4**

- 12b.1 Nummer 12a.2 und 12a.7 gilt entsprechend.
- 12b.2 Bei mehreren Beihilfeberechtigten, die Anspruch auf die Pauschalbeihilfe für ein Kind haben, ist die Beihilfe nur einem Beihilfeberechtigten zu gewähren.
- 12b.3 Die zeitweise Abwesenheit des Pflegebedürftigen wegen des Besuchs eines Kindergartens, einer Schule, einer Werkstatt für Behinderte oder einer anderen vergleichbaren Einrichtung steht der Zahlung der Pauschale nicht entgegen.
- 12b.4 Wird eine stationäre Pflege notwendig, weil die Pflegeperson wegen Urlaubs oder aus anderen Gründen gehindert ist, die Pflege durchzuführen, sind die Aufwendungen in derselben Höhe wie bei einer Kurzzeitpflege (§ 5 Abs. 3 Satz 2 BVO) beihilfefähig. Ist die stationäre Pflege notwendig, weil die Pflegeperson auf Grund einer stationären Krankenbehandlung an der Pflege gehindert ist, sind die Aufwendungen abweichend von § 5 Abs. 3 Satz 2 BVO im Kalenderjahr bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft (Nummer 12a.5) beihilfefähig. Bereits gewährte Beihilfen nach Satz 1 sind anzurechnen.
- 12b.5 Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen, die der mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandten oder verschwägerten oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ersatzpflegeperson in Zusammenhang mit der Pflege entstehen, sind auf 1.432 Euro im Kalenderjahr begrenzt.

12c **Zu § 5 Abs. 5**

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

Beispiel:

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

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

12d **Zu § 5 Abs. 6**

12d.1 Wird zu den Aufwendungen für Pflegehilfsmittel, die nicht in § 4 Abs. 1 Nr. 10 Satz 10 BVO aufgeführt sind, eine Leistung der Pflegeversicherung erbracht, gilt die vorherige Anerkennung (§ 4 Abs. 1 Nr. 10 Satz 11 BVO) als erteilt.

12d.2 Werden zu Gegenständen, die auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung genutzt werden können und nach § 4 Abs. 1 Nr. 10 Satz 9 BVO von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind, Leistungen der Pflegeversicherung erbracht, sind die Aufwendungen in dem Umfang beihilfefähig, in dem sie der Leistungsbemessung durch die Pflegeversicherung zugrunde gelegen haben.

12d.3 Nummer 11.8 gilt für alle Pflegehilfsmittel entsprechend.

12e **Zu § 5 Abs. 7**

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

12e.2 Sind bei einer stationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung, die die Voraussetzungen des § 71 Abs. 2 SGB XI erfüllt, am Ort der Unterbringung oder in seiner nächsten Umgebung mehrere zugelassene Einrichtungen vorhanden, ist als niedrigster vergleichbarer Kostensatz für Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung der Satz der zugelassenen Einrichtung maßgebend, der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht käme.

12e.3 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind nicht beihilfefähig.

12e.4 Dienstbezüge sind die in § 1 Abs. 2 BBesG genannten Bruttobezüge; Versorgungsbezüge sind die laufenden Bezüge nach Anwendung von Ruhens- und Anrechnungsvorschriften. Unfallausgleich nach § 35 BeamVG bleibt unberücksichtigt. Zu den Renten zählen nicht die Beitragsanteile oder Beitragszuschüsse des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung. Krankenkassenbeiträge und Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt, auch wenn die



Beiträge von den Versorgungsbezügen oder der Rente einbehalten werden. Zur Rente gehören nicht Leistungen für Kindererziehung nach § 294 SGB VI.

- 12e.5 Als Erwerbseinkommen i.S. der Sätze 3 und 5 sind Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit, aus selbständiger Arbeit, aus Gewerbebetrieb, aus Land- und Forstwirtschaft sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen; Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) bleiben außer Ansatz. Dabei ist bei einem monatlich schwankenden Einkommen ein Durchschnitt der letzten 12 Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen. Einkommen der Kinder bleiben unberücksichtigt.
- 12e.6 Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten für die Berechnung der Beihilfen maßgeblich.

**12f Zu § 5 Abs. 8**

- 12f.1 Die von der Pflegekasse oder der Pflegeversicherung festgestellte Pflegestufe ist durch geeignete Unterlagen (z.B. Leistungsmitteilung, Mitteilung nach § 44 Abs. 4 SGB XI bei Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen) nachzuweisen. Bei nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit Versicherten bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens.
- 12f.2 Wird ein Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder einer höheren Pflegestufe zunächst bei einer Pflegekasse oder einer privaten Pflegeversicherung gestellt, ist für den Beginn der Beihilfengewährung dieser Antrag maßgebend.
- 12f.3 Erhebt der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch mit der Begründung, die von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegestufe sei zu niedrig, ist der Widerspruch zwar zulässig, jedoch ist die Entscheidung bis zur rechtskräftigen Feststellung der Pflegestufe auszusetzen; sodann ist über den Widerspruch zu entscheiden und dieser ggf. als unbegründet zurückzuweisen.
- 12f.4 Auf Grund des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 14.12.2001 (BGBl. I S. 3728) können Beihilfen zu Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen für den in § 45a SGB XI beschriebenen Personenkreis neben Leistungen nach § 5 Abs. 3, 4 und 5 BVO gewährt werden. Art und Umfang der Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 45b SGB XI. Wird der Höchstbetrag von 460 Euro in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das Folgejahr übertragen werden. Der Höchstbetrag von 460 Euro ist nur anteilig anzuerkennen, wenn die Voraussetzungen nach § 45a SGB XI erst im Laufe des Kalenderjahres erfüllt werden.

**12g Zu § 5 Abs. 9**

- 12g.1 Die Beschäftigung und Betreuung in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 5 BVO. Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind deshalb nicht beihilfefähig. Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (z. B. Fahrkosten).
- 12g.2 Berechnet die Einrichtung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen eine Platzgebühr, ist grundsätzlich für einen Zeitraum bis zu 28 Tagen die Pauschale weiterzugewähren. Wird dieser Zeitraum aufgrund einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2

BVO) oder einer Sanatoriumsbehandlung (§ 6 BVO) überschritten, gilt Satz 1 entsprechend, wenn die Pflegekasse für diesen Zeitraum die Pauschale (§ 43a SGB XI) gewährt.

## Übersicht

### § 6 BVO

#### 13 **Zu § 6**

- 13.1 Nummer 5.4 Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Dass die beantragte stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht durch eine Maßnahme nach § 7 BVO mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar ist, ist im Rahmen der Verordnung des behandelnden Arztes überprüfbar zu begründen und durch den Amtsarzt zu bestätigen (Ausnahme Anschlussheilbehandlungen).
- 13.2 Bei der Anschlussheilbehandlung handelt es sich um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, in deren Rahmen die während einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) begonnenen Leistungen fortgesetzt werden, um einen langfristigen Erfolg zu erreichen. In diesen Fällen kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme - ggf. auch nachträglich - anerkannt werden, wenn der Krankenhausarzt deren Notwendigkeit bescheinigt und die Sanatoriumsbehandlung spätestens einen Monat nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Bei einer zuvor ambulant durchgeführten Chemo- oder Strahlentherapie gilt eine anschließend notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme ebenfalls als Anschlussheilbehandlung.
- 13.3 Der Zuschuss nach § 6 Abs. 1 Satz 7 BVO in Höhe von 100 Euro kann gewährt werden, wenn bei Beihilfeberechtigten mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen durch das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens bestätigt wird, dass der gewünschte Heilerfolg nur durch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung außerhalb NRW's erreicht werden kann. Ist dies nicht der Fall, wird unabhängig von dem Ort der gewählten Einrichtung ein Zuschuss von 50 Euro gewährt. Beihilfeberechtigten mit Wohnsitz außerhalb von NRW werden pauschal 100 Euro, höchstens aber die tatsächlichen Kosten erstattet.
- 13.4 Treten mehrere Personen (Behandlungsbedürftige Person einschließlich Begleitpersonen) die Rehabilitationsmaßnahme gleichzeitig mit einem privaten Personenkraftwagen an, wird der Zuschuss für die erste Person zu 100 % und für den/die Mitfahrer zu jeweils 50 % gewährt. Ist die Hin- und Rückfahrt nur im Krankenwagen möglich, gilt § 4 Abs. 1 Nr. 11 Satz 3 entsprechend.
- 13.5 Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und ggf. der Behandlung (soweit nicht einzeln berechnet) sind auch bei Anschlussheilbehandlungen 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. Aufwendungen für Arzneimittel, die die Einrichtung verordnet bzw. verabreicht, sind neben der Pauschale beihilfefähig.
- 13.6 Wird die Preisvereinbarung der Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger durch den Beihilfeberechtigten nicht beigebracht, sind die Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 und 9, für das amtsärztliche Gutachten sowie den ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig. Daneben wird ein Zuschuss nach § 7 Abs. 3 Satz 2 BVO gewährt.

Übersicht  
§ 6a BVO

- 13a Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Müttergenesungskur bzw. einer Mutter/Vater-Kind-Kur setzt voraus, dass der Amtsarzt vor Behandlungsbeginn die Kurbedürftigkeit der Mutter/des Vaters und/oder eines Kindes bestätigt hat. Für mitgenommene nicht behandlungsbedürftige Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr wird jeweils ein Zuschuss nach § 7 Abs. 3 Satz 2 BVO gewährt, soweit die Kosten der Unterbringung und Verpflegung dieser Kinder nicht im Rahmen der mit dem Sozialversicherungsträger getroffenen Vereinbarung für den oder die Behandlungsbedürftigen mit abgegolten ist. Eine Kur nach Satz 1 kann auch bei behandlungsbedürftigen Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bewilligt werden, wenn der Amtsarzt bestätigt, dass zum Behandlungserfolg die Anwesenheit der Mutter/des Vaters zwingend erforderlich ist; für die Kosten der Mutter/des Vaters gilt Satz 2 sinngemäß.

Übersicht  
§ 7 BVO

**14 Zu § 7**

- 14.1 Die Aufwendungen für eine Kur sind auch dann beihilfefähig, wenn die Kur deshalb nicht ordnungsgemäß durchgeführt worden ist, weil der Beihilfeberechtigte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, daran gehindert wurde.
- 14.2 Das Kurortverzeichnis „Inland“ ist den Verwaltungsvorschriften als Anlage 3 beigelegt. Ambulante Rehabilitationsmaßnahme können auch in einem Ort außerhalb des Kurortverzeichnisses durchgeführt werden.
- 14.3 Als Wartezeit nach § 7 Abs. 2 Buchstabe a BVO gilt die Zeit ab erstmaligen Eintritt in den öffentlichen Dienst. Kuren von Kindern sowie Kuren, die nach dem Gutachten des zuständigen Amtsarztes aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. in schweren Fällen von Morbus Bechterew) durchgeführt werden müssen, können auch innerhalb der Wartezeit bewilligt werden.
- 14.4 Die Notwendigkeit weiterer – nicht in der Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger enthaltener – Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nummer 1,7 und 9 BVO ist durch einen Amtsarzt zu bestätigen.
- 14.5 Ist die An- und /oder Abreise zum Kurort nur im Krankenwagen möglich, gilt Nummer 13.4 Satz 2 entsprechend.
- 14.6 Eine Anschlussheilbehandlung kann auch im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden.
- 14.7 Die Aufwendungen für seitens der ambulanten Rehabilitationseinrichtung verordneten bzw. während der Rehabilitationsmaßnahme verabreichten Arzneimittel sind grundsätzlich neben der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarten Pauschale (§ 7 Abs. 4 Satz 3 BVO) beihilfefähig. Bei den Nebenkosten nach § 7 Abs. 4 Satz 3 BVO kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass mindestens Kosten in Höhe von 20 Euro täglich angefallen sind; ein Einzelnachweis ist daher nur in begründeten Ausnahmefällen notwendig.
- 14.8 Die bisher durch das Finanzministerium mit einzelnen Ambulanten Rehabilitationseinrichtungen getroffenen Preisabsprachen werden hiermit zum 01.01.2007 aufgehoben.

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

15 *entfallen*

16 *entfallen*

17 *entfallen*

## Übersicht § 8 BVO

### 18 **Zu § 8**

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

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

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

18.3 entfällt.

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

1.0 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.

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

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

## 19 Zu § 9 Abs. 1

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

## 20 Zu § 10

- 20.1 Rechnungsbeträge in ausländischer Währung (außerhalb des Euroraumes) sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe maßgebenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der auf die Aufwendungen entfallende Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird (z.B. durch Umtauschbestätigung der Bank). Den Belegen über die Aufwendungen ist eine Übersetzung beizufügen.
- 20.2 Nummer 5.4 gilt entsprechend.
- 20.3 Für Pflichtversicherte sowie für freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, denen zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag dem Grunde nach ein Zuschuss nach § 257 zusteht oder die beitragsfrei nach § 224 SGB V versichert sind, werden Beihilfen für eine Behandlung im Ausland nur gewährt, wenn im Ausland keine Sachleistung oder Kostenerstattung erlangt werden konnte und das Ausland nicht zum Zwecke der Behandlung aufgesucht wurde. § 3 Abs. 4 BVO bleibt unberührt.

- 20.4 Ausländische Krankenanstalten und Einrichtungen können auch dann als Sanatorium anerkannt werden, wenn wegen fehlender Regelungen eine Überwachung durch die zuständige Gesundheitsbehörde oder eine Konzessionierung nicht erfolgt.
- 1.0 Aufwendungen, die im Kleinen Walsertal (Österreich) und in der Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang (Schweiz) entstehen, sind grundsätzlich wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Bezüglich der Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang gilt Satz 1 ausschließlich für Behandlungen von Krankheiten, die nicht in Deutschland oder einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum durchgeführt werden können (Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima ist zwingend medizinisch indiziert); die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich grundsätzlich nach § 6 BVO, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO medizinisch indiziert ist. Da über die die Art der Behandlung (Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung) regelmäßig erst der leitende Arzt nach der Ein Eingangsuntersuchung entscheidet, ist im Interesse des Beihilfeberechtigten in jedem Fall ein Anerkennungsverfahren nach § 6 Abs. 1 Satz 1 BVO durchzuführen.
- 20.6 Als ausländische Kurorte (§ 10 Abs. 2 Satz 3 BVO) sind anerkannt: Abano Terme, Bad Franzensbad (Franzensbad), Badgastein, Bad Dorfgastein, Bad Hofgastein, Galzignano, Ischia und Montegrotto. Diesen sind Kurorte bzw. Kurbetriebe gleichgestellt, die nach Auskunft des europäischen Heilbäderverbandes (EHV) die für die Durchführung von Heilkuren in der Bundesrepublik Deutschland vorgeschriebenen Qualitätsstandards erfüllen. Es wird gebeten, dem Finanzministerium von Stellungnahmen des EHV zu entsprechenden Anfragen jeweils eine Mehrausfertigung zu übersenden.
- 20.7 Der Kostenvergleich nach § 10 Abs. 1 Satz 2 BVO kann entfallen, wenn eine Bescheinigung der ausländischen Krankenanstalt oder des ausländischen Arztes vorgelegt wird, nach der die berechneten Gebührensätze denen für Inländer entsprechen. Als Nachweis nach § 10 Abs. 2 Satz 3 BVO reicht eine Bescheinigung des Kurortes aus, dass dieser nach jeweiligem Landesrecht als Kurort anerkannt ist. Eventuelle Übersetzungskosten trägt der Beihilfeberechtigte.
- 20.8 In den Fällen des § 10 Abs. 3 Nr. 3 sind alle anlässlich des Krankheitsfalles entstandenen Aufwendungen (z.B. Arztkosten, Arzneimittel) zusammenzurechnen.

21 entfallen

#### 21a **Zu § 12 Abs. 1**

- 21a.1 Die Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 12 Abs. 1 Satz 3 BVO bezieht sich auf alle Aufwendungen, die in dem Zeitraum entstanden sind, in dem der Familienzuschlag für zwei oder mehr Kinder zusteht bzw. zustünde.
- 21a.2 In den Fällen des § 12 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz BVO ist durch gemeinsame schriftliche Erklärung derjenige zu bestimmen, der den erhöhten Bemessungssatz erhalten soll; in der Erklärung ist anzugeben, welche Festsetzungsstelle für den weiteren Berechtigten zuständig ist. Die Festsetzungsstelle, bei der der erhöhte Bemessungssatz beantragt wird, übersendet eine Kopie der Erklärung der anderen Festsetzungsstelle.
- 21a.3 § 12 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz BVO ist auch anzuwenden, wenn ein Beihilfeberechtigter Anspruch auf Beihilfen nach personenbezogenen Bemessungssätzen auf Grund von Vorschriften eines anderen Dienstherrn hat.

21b **Zu § 12 Abs. 3**

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

22 **Zu § 12 Abs. 4**

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

22a *entfallen*

22b **Zu § 12 Abs. 7**

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

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

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

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

22c **Zu § 12a**

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

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

- 22c.2 Bei Witwen, Witwern, hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartnern und in den Fällen der Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und sonstige Personen in Todesfällen (§ 14 BVO) entfällt im Jahr des Todes des Beihilfeberechtigten – und, soweit es sich noch um Aufwendungen des Verstorbenen handelt, auch in dem Folgejahr - die Kostendämpfungspauschale.
- 22c.3 Bei Personen mit Ansprüchen auf Leistungen der Krankheitsfürsorge nach § 85a Abs. 4 LBG, nach § 86 Abs. 2 Satz 3 LBG sowie nach § 6a Abs. 6 LRiG entfällt die Kostendämpfungspauschale; dies gilt nicht bei einer Teilzeitbeschäftigung.
- 22c.4 Bei privat krankenversicherten Arbeitnehmern ist die jeweilige Vergütungsgruppe des Arbeitnehmers der entsprechenden Besoldungsgruppe eines Beamten nach dem Bundesbesoldungsgesetz zuzuordnen. Die Vergleichbarkeit richtet sich nach § 11 Satz 2 BAT.
- 22c.5 Die Kostendämpfungspauschale ist auf volle 5 Euro abzurunden.

**23 Zu § 13 Abs. 1 Nr. 5**

Pensionsregelungsbehörde ist im kommunalen Bereich der letzte Dienstherr.

**24 Zu § 13 Abs. 2**

- 24.1 Für den Beihilfeantrag, die Kassenanordnung und die Mitteilung über die Gewährung der Beihilfe sollen die als Anlagen 1 und 2 beigefügten Formblätter verwendet werden. Es können auch Kassenanordnungen, die für die gleichzeitige Fertigung der Auszahlungsanordnung und des Überweisungsträgers eingerichtet sind, sowie Sammelanordnungen verwendet werden. Bei Unfällen (einschl. häuslicher Unfälle, Sport-, Spiel- und Schulunfälle) ist ein Unfallbericht nach Anlage 11 vorzulegen. Sofern Beihilfen mittels eines automatisierten Verfahrens festgesetzt werden, können dem Verfahren angepasste Vordrucke verwendet werden.
- 24.2 Für Beihilfeanträge aus Anlass dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 5 BVO) soll das als Anlage 12 beigefügte Formblatt verwendet werden. Die Beihilfen aus Anlass dauernder Pflegebedürftigkeit sind für aktive Beamte unter Titel 441 02 und für Versorgungsempfänger unter Titel 446 02 zu buchen.
- 24.3 Auf die Vorlage der Originalbelege kann verzichtet werden, wenn
- von der Krankenversicherung bestätigte Kopien vorgelegt werden oder
  - Festsetzungsstellen mit einer IT-Unterstützung arbeiten.
- 24.4 Soweit bei sozialhilfeberechtigten Personen die Abwicklung der krankheitsbedingten Kosten nach § 264 SGB V über eine gesetzliche Krankenversicherung erfolgt, kann auf die Vorlage der Originalbelege verzichtet und die von der Krankenkasse erstellte Quartalsabrechnung der Beihilfenberechnung zu Grunde gelegt werden. Die nach § 264 Abs. 7 SGB V zu entrichtenden Verwaltungskosten sind nicht beihilfefähig.



24a **Zu § 13 Abs. 3**

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

24b **Zu § 13 Abs. 4**

Die Antragsgrenze von 100 Euro gilt nicht, wenn der Beihilfenberechtigte aus dem beihilfenberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

25 **Zu § 13 Abs. 6**

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

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

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

26 **Zu § 14**

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

26.2 Der Beihilfeantrag kann durch einen Testamentsvollstrecker gestellt werden.