

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

Vom 15. September 2016

RdErl. d. Finanzministeriums B 3100 – 0.7 – IV A 4

(MBI. NRW. 2016 S. 524; KABI. 2016 S. 267),

geändert durch RdErl. des Ministeriums der Finanzen vom 29. August 2018

(MBI. NRW 2018 S. 485; KABI. 2018 S. 199)

Artikel I

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

1

Zu § 1 Beihilfeberechtigte Personen

1.1

Absatz 1

1.1.1

Nach § 72 Absatz 1 Satz 2 des Landesbeamtengesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310, ber. S. 642) in der jeweils geltenden Fassung werden, sofern eine oder mehrere Beurlaubungen ohne Dienstbezüge 30 Tage insgesamt im Kalenderjahr nicht überschreiten, für die Dauer dieser Beurlaubungen Beihilfen gewährt.

1.1.2

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

1.1.3

Während der Elternzeit besteht gegebenenfalls ein Anspruch auf eine besoldungsabhängige Erstattung von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung nach der Freistellungs- und Urlaubsverordnung NRW vom 19. Januar 2012 (GV. NRW. S. 2, ber. S. 92), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Dezember 2017 (GV. NRW. S. 1004) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

1.2

Absatz 2 (bleibt frei)

1.3**Absatz 3****1.3.1****Nummer 1****1.3.1.1**

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

1.3.1.2

Eine Unterbrechung der Tätigkeit im öffentlichen Dienst liegt vor, wenn der Beihilfeberechtigte an einem oder mehreren Werktagen, an denen üblicherweise Dienst getan wurde, nicht im öffentlichen Dienst gestanden hat. Dies gilt nicht für die Zeit, die zwischen zwei Dienstverhältnissen zur Ausführung eines Umzuges benötigt wurde. Als Unterbrechung gilt nicht, wenn das Beamtenverhältnis auf Widerruf gemäß § 22 Absatz 4 des Beamtenstatusgesetzes vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010) in der jeweils geltenden Fassung geendet hat und der Antragsteller innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden wieder in den öffentlichen Dienst übernommen worden ist.

1.3.1.3

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

1.3.1.4

Beamte, denen eine unterhältige Teilzeitbeschäftigung nach den §§ 64 Absatz 1 Satz 2, 66 Absatz 4 oder 67 des Landesbeamtengesetzes bewilligt worden ist, erhalten weiterhin Leistungen der Krankenfürsorge nach § 64 Absatz 5 bzw. § 74 Absatz 2 Satz 3 des Landesbeamtengesetzes.

1.3.1.5

Während einer Teilzeitbeschäftigung im Blockmodell nach § 65 des Landesbeamtengesetzes besteht ein Beihilfeanspruch. Während einer unterhältigen Altersteilzeit besteht Anspruch auf Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen für Beamtinnen und Beamte (§ 66 Absatz 4 des Landesbeamtengesetzes).

1.3.2**Nummer 2****1.3.2.1**

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist die Konkurrenzregelung des § 1 Absatz 3 Nummer 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ vom 5. November 2009 (GV. NRW. S. 602) in der jeweils geltenden Fassung nicht auf Versorgungsempfänger anzuwenden, die auf Grund einer krankenversicherungspflichtigen Beschäftigung einen Beihilfeanspruch haben und damit beihilferechtlich auf die Sachleistungen der gesetzli-

¹ Nr. 731.1.

chen Krankenversicherung oder Unfallversicherung verwiesen werden. Der Versorgungsempfänger kann in diesem Fall bei seiner Pensionsregelungsbehörde die Aufwendungen geltend machen, die über die Sachleistungen bzw. den Wert der Sachleistungen hinausgehen.

1.3.3

Nummer 3 (bleibt frei)

1.4

Absatz 4

1.4.1

Bei laufenden Abordnungen (Beginn vor dem 1. April 2009) kann es bei der Regelung nach § 1 Absatz 4 der Beihilfenverordnung NRW¹ in der bis zum 31. März 2009 geltenden Fassung verbleiben, soweit keine anderen Vereinbarungen zwischen den Dienstherrn getroffen werden bzw. der Beihilferechtigte nicht die Anwendung des § 14 Absatz 4 des Beamtenstatusgesetzes beantragt. Einzelfallbezogene Vereinbarungen der Dienstherrn über die Erstattung der Beihilfekosten sollten im Rahmen der Vereinbarungen über die Erstattung der Besoldung getroffen werden und sind seitens der Beihilfestellen zu beachten.

1.4.2

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

1.5

Absatz 5 (bleibt frei)

1.6

Absatz 6

1.6.1

§ 1 Absatz 6 der Beihilfenverordnung NRW¹ ist beim Übertritt oder bei der Übernahme eines Beamten in den Dienst eines anderen Dienstherrn entsprechend anzuwenden (vergleiche § 3 Absatz 5 der Beihilfenverordnung NRW¹).

1.7

Absatz 7

1.7.1

Mit der Regelung des § 1 Absatz 7 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ wird sichergestellt, dass der Beihilfeanspruch aus einem eigenen Ruhegehalt dem nachträglich erworbenen Beihilfeanspruch als Hinterbliebener vorgeht. Die bisherige Regelung, nach der Versorgungsempfänger mit mehreren Versorgungsansprüchen die Beihilfen von der Stelle

¹ Nr. 731.1.

erhalten, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge zuständig ist, kann in den Fällen, die bereits vor dem 1. April 2009 bestanden, beibehalten werden, wenn der Beihilfeberechtigte dies beantragt.

2

Zu § 2 Beihilfefälle

2.1

Absatz 1

2.1.1

Nummer 1

2.1.1.1

Die steuerrechtlichen Einkünfte umfassen folgende Einkunftsarten:

1. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
2. Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
3. Einkünfte aus selbstständiger Arbeit (zum Beispiel aus der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Rechtsanwalt, Architekt, Steuerberater),
4. Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit (Gehälter, Löhne, Versorgungsbezüge auf Grund früherer Dienstleistung),
5. Einkünfte aus Kapitalvermögen,
6. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
7. sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 des Einkommensteuergesetzes vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862) in der jeweils geltenden Fassung.

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug bei den Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Kinderbetreuungskosten sind zu berücksichtigen (vergleiche § 2 Absatz 5a Satz 2 des Einkommensteuergesetzes). Nach § 2 Absatz 2 des Einkommensteuergesetzes sind Einkünfte bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbstständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k des Einkommensteuergesetzes), bei anderen Einkunftsarten die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten (§§ 8 bis 9a des Einkommensteuergesetzes).

2.1.1.2 (bleibt frei)

2.1.1.3

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

ferechtlich zu berücksichtigenden Kinderbetreuungskosten sind dem Steuerbescheid zu entnehmen. Bei gewählter Zusammenveranlagung (§ 26 des Einkommensteuergesetzes) sind die Kinderbetreuungskosten hälftig bei der Ermittlung des Gesamtbetrages der Einkünfte der zu berücksichtigenden Person in Abzug zu bringen, soweit die zu berücksichtigungsfähige Person nicht nachweist, dass sie höhere Aufwendungen aus eigenen Mitteln wirtschaftlich getragen hat.

2.1.1.3.1

Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben auf dem Steuerbescheid können von den Beihilfeberechtigten unkenntlich gemacht werden.

2.1.1.4

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

2.1.1.5

Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner keine Einkünfte mehr und erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners den Betrag von 18.000 Euro (vergleiche Nummer 2.1.1.1) nicht überschreiten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe gewährt werden. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist ein Nachweis über die Höhe der Einkünfte zu erbringen. Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen, die in den Kalenderjahren entstanden sind, in denen der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners 18.000 Euro (vergleiche Nummer 2.1.1.1) überschritten hat.

2.1.1.6

In den Fällen des § 4 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896) in der jeweils geltenden Fassung sowie der §§ 64 Absatz 5 und 74 Absatz 2 Satz 3 des Landesbeamtengesetzes ist eine Beihilfe auch dann zu gewähren, wenn der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner im Kalenderjahr vor der Antragstellung und/oder im laufenden Kalenderjahr ausschließlich Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit (§ 19 des Einkommensteuergesetzes) erzielt und diese mehr als 18.000 Euro betragen haben bzw. betragen. Dies gilt bei Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern, die vor der Beurlaubung einen Beihilfeanspruch gegen einen anderen Dienstherrn hatten, nur dann, wenn der andere Dienstherr bei Beamten des Landes, die auf Grund der Regelung des § 4 des Pflegezeit-

gesetzes sowie der §§ 64 Absatz 5 und 74 Absatz 2 Satz 3 des Landesbeamtengesetzes berücksichtigungsfähige Person werden, entsprechend verfährt.

2.1.1.7

Nicht selbst beihilfeberechtigt im Sinne des § 2 Beihilfenverordnung NRW¹ sind nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts auch die Angehörigen eines Beihilfeberechtigten, die gesetzlich versichert sind, auf Grund ihrer Beschäftigung einen Beihilfeanspruch haben und damit beihilferechtlich auf die Sach- oder Dienstleistungen der gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung verwiesen werden. Der Beihilfeberechtigte kann in diesem Fall bei seiner Beihilfestelle die Aufwendungen geltend machen, die über die Sach- oder Dienstleistungen bzw. den Wert der Sach- oder Dienstleistungen hinausgehen. Hat der pflichtversicherte Angehörige Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V gewählt oder nach § 13 Absatz 4 SGB V erhalten, können die nicht gedeckten Aufwendungen nicht geltend gemacht werden. Dies gilt entsprechend für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Gebühren.

2.1.1.8

Nach § 64 Absatz 5 in Verbindung mit § 74 Absatz 2 des Landesbeamtengesetzes besteht während der Zeit einer familienpolitischen Beurlaubung oder bei Elternzeit ein Anspruch auf Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen für Beamtinnen und Beamte mit Besoldung. Dies gilt nicht, wenn die Beamtin oder der Beamte berücksichtigungsfähige Person einer oder eines Beihilfeberechtigten wird oder Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist, besteht. Die Beihilfestelle hat daher abzuklären, ob die oder der Beurlaubte berücksichtigungsfähige Person gegebenenfalls auch nach anderen Beihilfevorschriften werden kann. Nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 der Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 24. Juli 2018 (BGBl. I S. 1232) geändert worden ist, ist dies zum Beispiel ausgeschlossen, sodass der eigene Beihilfeanspruch nach der Beihilfenverordnung NRW bestehen bleibt. Da in vergleichbaren Fällen Beihilfeberechtigte des Bundes ihren Beihilfeanspruch behalten, werden sie nicht berücksichtigungsfähige Person ihrer Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner mit Anspruch nach der Beihilfenverordnung NRW.

2.1.1.9

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

¹ Nr. 731.1.

2.1.1.10

Nach dem Landesbesoldungsgesetz vom 14. Juni 2016 in der jeweils geltenden Fassung werden im Familienzuschlag die Kinder berücksichtigt, für die dem Beamten Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder nach dem Bundeskindergeldgesetz vom 28. Januar 2009 (BGBl. I S. 142, 3177) in der jeweils geltenden Fassung zusteht oder ohne Berücksichtigung der §§ 64 oder 65 des Einkommensteuergesetzes oder der §§ 3 oder 4 des Bundeskindergeldgesetzes zustehen würde. Bei in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kindern ist es bis zu einer Änderung der besoldungs- und versorgungsrechtlichen Vorschriften für die Gewährung von Beihilfen ausreichend, wenn einem der eingetragenen Lebenspartner für das Kind Kindergeld zusteht oder zustehen würde. Nummer 2.2.2 gilt entsprechend.

2.1.2

Nummer 2

2.1.2.1

Die Aufwendungen (§ 9 Absatz 1 Beihilfenverordnung NRW¹) sind auch dann beihilfefähig, wenn die Einkünfte der grundsätzlich berücksichtigungsfähigen Ehefrau (anderen eingetragenen Lebenspartnerin) im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen haben. Auch der Zuschuss nach § 9 Absatz 1 Satz 2 Beihilfenverordnung NRW¹ kann gezahlt werden.

2.1.3

Nummer 3 (bleibt frei)

2.1.4

Nummer 4 (bleibt frei)

2.1.5

Nummer 5 (bleibt frei)

2.2

Absatz 2

2.2.1

§ 2 Absatz 2 Beihilfenverordnung NRW¹ gilt auch für nicht selbst beihilfeberechtigte Kinder von Beihilfeberechtigten, die keinen Anspruch auf Familienzuschlag haben (Lohnempfänger), sofern bei Anwendung des Besoldungsgesetzes die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig wären; Nummer 2.1.1.10 gilt entsprechend.

2.2.2

§ 2 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz Beihilfenverordnung NRW¹ gilt in den Fällen des § 32 Absatz 5 des Einkommensteuergesetzes entsprechend.

¹ Nr. 731.1.

2.2.3

Ein nicht selbst beihilfeberechtigtes Kind gilt auch dann als im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, wenn es wegen der Konkurrenzregelung des § 43 Absatz 5 des Landesbesoldungsgesetzes nicht im Familienzuschlag erfasst ist. Dies gilt nicht, wenn ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, nach Bundes- oder Landesbeihilferecht nur bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt wird, der den Familienzuschlag für das Kind nach § 43 des Landesbesoldungsgesetzes erhält.

2.2.4

Die schriftliche Erklärung der Beihilfeberechtigten zu den Aufwendungen des Kindes ist von der Beihilfestelle, die die Beihilfe für das Kind zahlen soll, zu den Akten zu nehmen. Eine Kopie der Erklärung ist der Beihilfestelle des anderen Beihilfeberechtigten zu übersenden. In den Fällen der Nummer 2.2.3 Satz 2 gilt die Beantragung des Familienzuschlags durch einen Beihilfeberechtigten als Bestimmung der Beihilfeberechtigten nach § 2 Absatz 2 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹.

2.3

Absatz 3 (bleibt frei)

3**Zu § 3 Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen**

3.1

Absatz 1

3.1.1

Nummer 1 (bleibt frei)

3.1.2

Nummer 2

3.1.2.1

Für die Früherkennung von Krankheiten gelten die folgenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) in der jeweils aktuellen Fassung:

- a) Kinder-Richtlinie in der Fassung vom 18. Juni 2015 (BAnz AT 18.08.2016 B 1).
- b) Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie in der Fassung vom 26. Juni 1998 (BAnz Nr. 159 vom 27. August 1998).
- c) Krebsfrüherkennungs-Richtlinie in der Fassung vom 18. Juni 2009 (BAnz Nr. 148a).
- d) Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie in der Fassung vom 24. August 1989 (Bundesarbeitsblatt Nr. 10).

¹ Nr. 731.1.

3.1.2.2

Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden, nicht aber zum Leistungsumfang nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (siehe oben Nummer 3.1.2.1) gehören, sind grundsätzlich nur dann beihilfefähig, wenn sie im Rahmen einer gesonderten Diagnosestellung des Arztes erfolgt sind.

3.1.3

Auf Teil B Nummer 5, 6 und 7 der Anlage 7 der Beihilfenverordnung NRW¹ wird hingewiesen.

3.1.4

Nummer 4 (bleibt frei)

3.1.5

Nummer 5 (bleibt frei)

3.1.6

Nummer 6 (bleibt frei)

3.1.7

Nummer 7 (bleibt frei)

3.2

Absatz 2

3.2.1

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

3.2.2

Die Aufwendungen müssen der Höhe nach angemessen sein. Die Entscheidung hierüber trifft die Beihilfestelle. Die in den Anlagen 3¹, 4¹ und 5 der Beihilfenverordnung NRW¹ genannten Beträge gelten als angemessen. In Zweifelsfällen ist bei Landesbediensteten das Ministerium der Finanzen zu beteiligen.

3.2.3

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 nächstgelege-

¹ Nr. 731.1.

nen Diagnoseklinik entstehenden Kosten nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 2, 3, 7 und 11¹ sowie § 4i Absatz 2 Beihilfenverordnung NRW¹ beihilfefähig. Die ärztliche Bescheinigung, die gegebenenfalls einen Hinweis auf die fachärztliche Stellungnahme enthalten muss, ist zusammen mit dem Beihilfeantrag vorzulegen.

Sind die Voraussetzungen des Absatzes 1 nicht erfüllt, wird zu den Beförderungskosten sowie zu den bei stationärer oder nicht stationärer Unterbringung entstehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung keine Beihilfe gezahlt; beihilfefähig sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7¹ sowie § 4i Absatz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹. Aufwendungen für eine stationäre Unterbringung (§ 4 Absatz 1 Nummer 2 Beihilfenverordnung NRW¹) können ausnahmsweise dann als beihilfefähig berücksichtigt werden, wenn sich anlässlich der Untersuchung in der Klinik die dringende Notwendigkeit einer solchen Unterbringung ergibt und dies von der Klinik bescheinigt wird.

3.2.4

Der in der Gebührenordnung für Ärzte vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210) in der jeweils geltenden Fassung und der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) in der jeweils geltenden Fassung vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den jeweiligen Gebührenverzeichnissen eine Bandbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, ausreicht, um grundsätzlich auch schwierigste Leistungen angemessen zu entgelten. Liquidationen, die neben der Abrechnung erbrachter ärztlicher Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte in Übereinstimmung mit der aktuellen Rechtslage auch die entsprechende Umsatzsteuer ausweisen, sind in vollem Umfang, das heißt einschließlich der Umsatzsteuer, beihilfefähig (zum Beispiel selbstständig tätige Beleg- oder Laborärzte).

3.2.5

Soweit hinsichtlich der Notwendigkeit und Angemessenheit der berechneten Leistungen erhebliche Zweifel an Heilpraktikerrechnungen bestehen, können Anfragen anonymisiert und kostenfrei an die nachfolgend aufgeführten Berufsverbände der Heilpraktiker gestellt werden:

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

3.2.6

Nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818) in der jeweils

¹ Nr. 731.1.

geltenden Fassung richten sich die Vergütungen für die beruflichen Leistungen dieser Berufsgruppe nach der Gebührenordnung für Ärzte. Berechenbar sind ausschließlich Leistungen, die in den Abschnitten B und G aufgeführt sind (§ 1 Absatz 2 GOP).

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

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

Mein Runderlass „Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht“ vom 10. Dezember 1997 (MBL. NRW. 1998 S. 36) gilt entsprechend; dabei ist jedoch davon auszugehen, dass die Gebühren den 2,3-fachen Satz grundsätzlich nicht überschreiten dürfen.

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

Sofern Psychotherapeuten eine Analogbewertung vornehmen und/oder den oben genannten Gebührenansatz überschreiten, ist die Rechnung dem Gutachter/Obergutachter zur Begutachtung vorzulegen. Diese Begutachtung kann zum üblichen Satz (Nummer 4b.4.3) vergütet werden.

3.2.7

Überschreitet eine Gebühr für ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen den in den §§ 5 Absatz 2 Satz 4, 5 Absatz 3 Satz 2 und 5 Absatz 4 Satz 2 Gebührenordnung für Ärzte vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Absatz 3 Sätze 1 und 2 Gebührenordnung für Ärzte) 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

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

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Absatz 2 Satz 3 der Gebührenordnung für Ärzte; vergleiche zum Beispiel Nummer 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

Nach § 12 Absatz 3 Satz 2 der Gebührenordnung für Ärzte ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Beihilfestelle Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände die Überschreitung und/oder den Umfang der Überschreitung rechtfertigen, ist gegebenenfalls mit Einverständniserklärung des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme des zuständigen Amtsarztes und gegebenenfalls eines sonstigen medizinischen Sachverständigen einzuholen. Die Kosten der Begutachtung übernimmt die Beihilfestelle.

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

Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 Absatz 1 der Gebührenordnung für Ärzte beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen im Sinne der Beihilfenverordnung NRW angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 GOÄ) ist nach der Begründung (siehe oben) gerechtfertigt. Über Ausnahmen in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen entscheidet für den Landesbereich das Finanzministerium.

3.2.8

Hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen zahnärztlicher Leistungen verweise ich auf Anlage 7 der Beihilfenverordnung NRW¹.

3.2.9

Aufwendungen, die auf Grund der Anwendung einer anderen öffentlichen Gebührenordnung entstehen, können ebenfalls beihilfefähig sein. Als andere öffentliche Gebührenordnung gelten zum Beispiel die landesrechtlichen Regelungen (Gesetze) über den Rettungsdienst. Darin ist geregelt, dass für Leistungen des Rettungsdienstes (Notfallrettung oder Krankentransport) Benutzungsentgelte zwischen den Leistungsträgern und bestimmten Kostenträgern zu vereinbaren sind, die für alle anderen Benutzer verbindlich sind. Pauschal berechnete Benutzungsentgelte für Leistungen des Rettungsdienstes sind beihilfefähig, wenn sie auf Grundlage dieser Regelungen vereinbart und einheitlich berechnet werden. Abrechnungen nach dem „Deutschen Krankenhausgesellschaft Normaltarif (DKG-NT)“ sind ebenfalls beihilfefähig.

3.2.10

Ist die Beihilfeberechtigte beziehungsweise der Beihilfeberechtigte oder eine berücksichtigungsfähige Person zivilgerichtlich rechtskräftig zur Begleichung der Honorarforderung einer Behandlerin oder eines Behandlers verurteilt, ist die Vergütung regelmäßig als an-

¹ Nr. 731.1.

gemessen im Sinne des § 3 Absatz 1 Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW¹ anzuerkennen (BVerwG, Urteil vom 25. November 2004 – 2 C 30.03).

3.2.11

Rechnungen, die auf Grund von Vereinbarungen, Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenhäusern nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder Unternehmen der privaten Krankenversicherungen erstellt worden sind, bedürfen – soweit die Leistung dem Grundsatz nach beihilfefähig ist – grundsätzlich keiner weiteren Prüfung der Angemessenheit der Aufwendungen durch die Beihilfestelle. Dies gilt auch für Pauschalrechnungen. Sofern die Unternehmen der privaten Krankenversicherung unterschiedliche Tarifvereinbarungen mit Krankenhäusern abgeschlossen haben, gilt Satz 1 nur für den Bereich des Grundtarifs, der im Regelfall bereits die Unterbringung im Zweibettzimmer umfasst. Ausgewiesene Komforttarife, die ein besonderes Wahlleistungsangebot umfassen, beinhalten insoweit Leistungen, die nicht notwendig sind. Sie sind daher nur in Höhe der Grundtarife beihilfefähig.

3.2.12

Den Amtsärzten werden die beamteten Ärzte gleichgestellt. Als Vertrauens(zahn)arzt kann auch ein als Tarifbeschäftigter im öffentlichen Dienst stehender Arzt (Zahnarzt) oder ein frei praktizierender Arzt (Zahnarzt) herangezogen werden. Gutachten sind grundsätzlich nur mit Einverständnis der Betroffenen einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden; wird das Einverständnis verweigert, ist die Beihilfe unter Berücksichtigung der Zweifel der Beihilfestelle festzusetzen. Nach § 19 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW vom 25. November 1997 (GV. NRW. S. 430) in der jeweils geltenden Fassung kann neben dem amtsärztlichen Dienst am Wohnort der zu begutachtenden Person ausnahmsweise auch die untere Gesundheitsbehörde am Dienstort beauftragt werden. Gegen eine entgeltliche Beauftragung des medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenkassen (MDK) bestehen keine Bedenken, soweit der grundsätzlich zuständige amtsärztliche Dienst in einer angemessenen Frist keine Stellungnahme abgeben kann oder dessen zu erwartende Gebühr in keinem Verhältnis zur Höhe der zu prüfenden Aufwendungen steht. Soweit erstmals Vereinbarungen mit dem MDK getroffen werden, ist das Ministerium der Finanzen zu unterrichten bzw. zu beteiligen.

3.2.13

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.

¹ Nr. 731.1.

3.2.14

Mehraufwendungen für Verblendungen (einschließlich Vollkeramikronen bzw. -brücken, zum Beispiel im Cerec-Verfahren) sind im angemessenen Umfang beihilfefähig.

3.2.15

Aufwendungen für ärzt-/zahnärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig. Dies gilt entsprechend für sogenannte Betreuungsbescheinigungen zur Beantragung eines Sonderurlaubs nach § 33 Absatz 1 der Freistellungs- und Urlaubsverordnung NRW. Aufwendungen für von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern ausgestellte Dienstunfähigkeitsbescheinigungen sind nicht beihilfefähig.

3.3

Absatz 3

3.3.1

§ 3 Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ gilt nicht für von § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, erfasste Personen, die die Leistung der Pflegeversicherung nur zur Hälfte erhalten (§ 3 Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 der Beihilfenverordnung NRW¹); die Aufwendungen für ein Hilfsmittel sind unter den allgemeinen Voraussetzungen beihilfefähig.

3.4

Absatz 4

3.4.0.1

Nach § 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Juli 2018 (BGBl. I S. 1117) geändert worden ist, erhält Sozialhilfe nicht, wer sich vor allem durch den Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens selbst helfen kann oder wer die erforderliche Leistung von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält. Danach hat eine nach der Beihilfenverordnung zustehende Beihilfe Vorrang vor der Sozialhilfe.

3.4.0.2

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

¹ Nr. 731.1.

3.4.0.3

Bei der Ermittlung der auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnenden Krankenversicherungsleistungen nach § 3 Absatz 4 Satz 3 zweiter Halbsatz Beihilfenverordnung NRW¹ sind die Berechnungsgrundlagen auf volle Euro nach unten abzurunden.

Beispiel:

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

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

Beihilfefähig sind 400 Euro.

3.4.0.4

Soweit eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durch die Heilfürsorge erstattet wird, gilt dies als Sachleistung nach § 3 Absatz 3 BVO; § 3 Absatz 4 Beihilfenverordnung NRW¹ findet insoweit keine Anwendung. Aufwendungen für zusätzlich in Anspruch genommene Wahlleistungen sind nicht beihilfefähig. Nummer 7.4.2 findet keine Anwendung.

3.4.1

Nummer 1

3.4.1.1

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

3.4.2

Nummer 2 (bleibt frei)

3.4.3

Nummer 3 (bleibt frei)

3.4.4

Nummer 4

3.4.4.1

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

3.4.5

Nummer 5 (bleibt frei)

¹ Nr. 731.1.

3.4.6

Nummer 6

3.4.6.1

Beihilferechtlich unschädlich ist der ausschließliche Bezug einer sogenannten Mütterrente nach § 56 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert worden ist. § 3 Absatz 4 Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW¹ gilt insoweit nicht. § 3 Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 der Beihilfenverordnung NRW¹ gilt sinngemäß.

3.5

Absatz 5

3.5.1

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

3.6

Absatz 6 (bleibt frei)

4**Zu § 4 Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen**

4.1

Absatz 1

4.1.1

Nummer 1 (bleibt frei)

4.1.2

Nummer 2

4.1.2.1

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412) in der jeweils geltenden Fassung auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der Krankenhausarzt. Für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts (Berechnungstage) können seitens des Krankenhauses ein Zuschlag von 45 Euro für Unterkunft und Verpflegung (basierend auf der Vereinbarung zwischen dem AOK-Bundesverband, den Ersatzkassen sowie dem PKV-Verband einerseits sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft andererseits) berechnet werden. Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, können bei vollstationären Behand-

¹ Nr. 731.1.

lungen nicht abgerechnet werden. Der Betrag von 45 Euro ist beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für die Unterbringung einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine notwendige Begleitperson außerhalb des Krankenhauses nach § 4 Absatz 1 Nummer 3 Beihilfenverordnung NRW¹ als beihilfefähig anerkannt werden.

4.1.2.2

Von den nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Beihilfenverordnung NRW¹ beihilfefähigen Aufwendungen sind die Selbstbehalte für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts (einschließlich Entlassungstag) abzuziehen. Die Selbstbeteiligungen sind innerhalb eines Kalenderjahres für den Beihilfberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zu einem Betrag von jeweils insgesamt 750 Euro in Abzug zu bringen.

4.1.2.3

Zweibettzimmerzuschläge sind nur in der Höhe angemessen, wie sie zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart wurden. Gesondert berechnete und gegebenenfalls mit der privaten Krankenversicherung vereinbarte Komfortzuschläge sind nicht beihilfefähig. Soweit Zweifel an der Höhe des berechneten Zweibettzimmerzuschlags bestehen, ist der Beihilfestelle vom Beihilfberechtigten eine Kopie der Zweibettzimmerabrechnung seiner PKV vorzulegen; um Zeitverzögerungen bei der Abrechnung zu vermeiden, ist gegebenenfalls die Beihilfe mit dem berechneten Zweibettzimmerzuschlag unter Vorbehalt und mit der Auflage festzusetzen, den Erstattungsbescheid der PKV nachzureichen. Liegt für die berechnende Krankenanstalt keine Vereinbarung mit dem PKV-Verband vor, ist im Rahmen einer Vergleichsberechnung der Zweibettzimmerzuschlag der zum Behandlungsort nächstgelegenen Krankenanstalt heranzuziehen, mit der eine Vereinbarung getroffen wurde. Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber der Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers nicht beihilfefähig. Dies gilt entsprechend, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen (auch für Krankenhäuser, die die Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 [BGBl. I S. 2750] in der jeweils geltenden Fassung, oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden).

4.1.2.4

Die beihilferechtliche Vergleichsberechnung nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 3 Beihilfenverordnung NRW¹ gilt auch für sogenannte „Anschlussheilbehandlungen“, soweit eine Abrechnung nicht nach § 6 Beihilfenverordnung NRW¹, sondern nach § 4 Beihilfenverordnung NRW¹ erfolgt.

¹ Nr. 731.1.

4.1.2.5

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

4.1.2.6

Soweit die dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung keine medizinisch gleichwertigen Leistungen anbieten kann (vergleiche Nummer 4.1.2.5), ist die Vergleichsberechnung anhand der vergleichbaren Pflegesätze der dem Behandlungsort nächstgelegenen Klinik nach § 108 Nummer 3 SGB V durchzuführen, soweit diese eine medizinisch gleichwertige Behandlung anbieten kann. Ist dies nicht der Fall, sind die Pflegesätze der zur Beihilfestelle nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung zur Vergleichsberechnung heranzuziehen. Betreibt der Träger der „Privatklinik“ (ohne Zulassung nach § 108 SGB V) auf dem Grundstück der Klinik oder in unmittelbarer Nähe hierzu eine weitere Klinik mit Zulassung nach § 108 SGB V, kann aus Vereinfachungsgründen die Vergleichsberechnung auch zwischen diesen Kliniken erfolgen.

4.1.2.7

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

4.1.2.8

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

4.1.2.9

Zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnete sonstige Entgelte nach § 6 in Verbindung mit § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, sind beihilfefähig. Dies gilt nach dem Gemeinsamen Bundesausschuss unter anderem für den Systemzuschlag nach § 91 Absatz 2 in Verbindung mit § 139c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, den Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, den Qualitätssicherungszuschlag nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

den Hygienezuschlag nach § 4 Absatz 11 des Krankenhausentgeltgesetzes, den Pflegezuschlag nach § 8 Absatz 10 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die für einen Verlegungstag gegebenenfalls berechnete Wahlleistung „gesondert berechnete Unterkunft oder Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Verlegungstag ist nicht beihilfefähig.

4.1.2.10

Bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung handelt es sich um eine stationäre Krankenhausleistung (Abrechnung über PEPP-Entgelte), die aber im häuslichen Umfeld der erkrankten Person erbracht wird.

4.1.3

Nummer 3 (bleibt frei)

4.1.4

Nummer 4

4.1.4.1

Die beihilfefähigen Aufwendungen für Erste Hilfe umfassen den Einsatz von Rettungskräften, Sanitätern und anderen Personen und die dabei verbrauchten Stoffe (zum Beispiel Arzneimittel, Heil- und Verbandmittel etc.).

4.1.5

Nummer 5

4.1.5.1

Ist die häusliche Krankenpflege bei schwerer Erkrankung, der akuten Verschlimmerung einer Krankheit, nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung nicht ausreichend und liegt keine Pflegebedürftigkeit nach § 5 Absatz 1 Beihilfenverordnung NRW¹ vor, sind Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in einer anderen geeigneten Einrichtung entsprechend § 5b Absatz 3 Beihilfenverordnung NRW¹ beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege ärztlich bescheinigt worden ist.

4.1.5.2

Bei vorübergehender Erkrankung einer Person, die in einem Altenheim nicht wegen krankheitsbedingter dauernder Pflegebedürftigkeit wohnt, ist ein zu den allgemeinen Heimkosten erhobener Pflegekostenzuschlag beihilfefähig.

4.1.5.3

Neben der Grundpflege sind zum Beispiel bei 24-Stunden-Beatmungspflegefällen auch die Aufwendungen für eine häusliche Behandlungspflege (zum Beispiel Verbandwechsel, Injektionen, Absaugen) ohne zeitliche Begrenzung beihilfefähig. Eine ärztliche Verord-

¹ Nr. 731.1.

nung, aus der sich die notwendige Stundenzahl der täglichen Pflege ergibt, ist ausreichend; eine Beteiligung des Amtsarztes ist grundsätzlich nicht erforderlich.

4.1.5.4

Maßnahmen der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege sind:

1. Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
2. Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen und
3. Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.

Aufwendungen für Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege sind neben Aufwendungen inhaltlich gleicher Leistungen der Soziotherapie für denselben Zeitraum nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht, wenn die Maßnahmen ihre jeweils spezifische Zielsetzung ergänzen.

4.1.6

Nummer 6 (bleibt frei)

4.1.7

Nummer 7 und Anlage 2 Beihilfeverordnung NRW

4.1.7.1

Nach § 4 Absatz 1 Nummer 7¹ und der Anlage 2 Beihilfenverordnung NRW¹ sind grundsätzlich nur Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, soweit sie nicht nach der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) in der jeweils geltenden Fassung, des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V von der Verordnung in der GKV ausgeschlossen sind, sowie Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten (für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gelten diese Einschränkungen nicht). Eine Krankheit ist schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie auf Grund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörung die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Als Therapiestandard gilt ein Arzneimittel, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Voraussetzung für eine Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist, dass die schwerwiegende Erkrankung und das für die Behandlung dieser Erkrankung verordnete Standardtherapeutikum in der Anlage I zum Abschnitt F der AM-RL in der jeweils aktuellen Fassung (www.g-ba.de/informationen/richtlinien) aufgeführt ist. Die Anlagen I, II, V und VI der AM-RL sind beihilfenrechtlich zu berücksichtigen.

4.1.7.2

Arzneimittel der Anthroposophie, der Homöopathie und Phytotherapie sind – soweit nicht ausnahmsweise in der Anlage 1 der AM-RL aufgelistet – auch im Ausnahmeweg nicht

¹ Nr. 731.1.

beihilfefähig. Bei Präparaten der Fachrichtung Anthroposophie und Homöopathie ist eine wissenschaftliche Anerkennung nicht zu erwarten. Satz 1 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

4.1.7.3

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

4.1.7.4

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

4.1.7.5

Aufwendungen für die folgenden Mittel (Anlage 2 Nummern 7a und b zu § 4 Absatz 1 Nummer 7 Beihilfenverordnung NRW¹) sind – von den genannten Ausnahmen abgesehen – nicht beihilfefähig:

- a) 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,
- b) Mineral-, Heil- oder andere Wässer,
- c) Mittel, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle usw. dienen einschl. medizinischer Haut- und Haarwaschmittel sowie medizinischer Haarwässer und kosmetischer Mittel. Ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Basiscremes, Basissalben, Haut- und Kopfhautpflegemittel, auch Rezepturgrundlagen, soweit und solange sie Teil der arzneilichen Therapie (Intervall-Therapie bei Neurodermitis/endogenen Ekzem, Psoriasis, Akne-Schältherapie und Strahlentherapie) sind und nicht der Färbung der Haut und -anhangsgebilde sowie der Vermittlung von Geruchseindrücken dienen,

¹ Nr. 731.1.

- d) Balneotherapeutika, ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Balneotherapeutika bei Neurodermitis/endogenem Ekzem, Psoriasis und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises,
- e) Mittel, die der Veränderung der Körperform (zum Beispiel Entfettungscreme, Busencreme) dienen sollen,
- f) Mittel zur Raucherentwöhnung,
- g) Saftzubereitungen für Erwachsene, von in der Person des Patienten begründeten Ausnahmen abgesehen,
- h) Würz- und Süßstoffe, Obstsaft
- i) Abmagerungsmittel und Appetitzügler,
- j) Anabolika, außer bei neoplastischen Erkrankungen,
- k) Stimulantien (zum Beispiel Psychoanaleptika, Psychoenergetika und Leistungsstimulantien), ausgenommen bei Narkolepsie und schwerer Zerebralsklerose sowie beim hyperkinetischen Syndrom und bei der sogenannten minimalen zerebralen Dysfunktion vorpubertärer Schulkinder,
- l) sogenannte Zellulartherapeutika und Organhydrolysate,
- m) sogenannte Geriatrika und so genannte Arteriosklerosemittel,
- n) Roborantien, Tonika und appetitanregende Mittel,
- o) Insekten-Abschreckmittel,
- p) 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,
- q) Arzneimittel, welche nach § 11 Absatz 3 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG) vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757), nur mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise:

„Traditionell angewendet:

1. zur Stärkung oder Kräftigung,
2. zur Besserung des Befindens,
3. zur Unterstützung der Organfunktion,
4. zur Vorbeugung,
5. als mild wirkendes Arzneimittel“

in den Verkehr gebracht werden.

4.1.7.6

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

- a) Ahornsirupkrankheit,
- b) Aids-assoziierten Diarrhöen,
- c) Colitis ulcerosa,
- d) Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
- e) Kurzdarmsyndrom,
- f) Morbus Crohn,
- g) Mukoviszidose,
- h) multipler Nahrungsmittelallergie,
- i) Niereninsuffizienz,
- j) Phenylketonurie,
- k) Tumortherapien (auch nach der Behandlung),
- l) postoperativer Nachsorge,
- m) angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel,
- n) angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
- o) erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (zum Beispiel Mundboden- und Zungenkarzinom).

4.1.7.7

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

4.1.7.8

Aufwendungen für Arzneimittel, die zur Verwendung in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten verordnet werden (sogenannte OFF-Label-Use), sind grundsätzlich nur beihilfefähig, wenn sie in der Anlage VI Teil A der AM-RL (in der jeweils aktuellen Fassung)

aufgeführt sind. Wirkstoffe zur Anwendung in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten, die nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung von einer Verordnung ausgeschlossen sind, sind im Teil B der in Satz 1 genannten Anlage aufgeführt; die Aufwendungen sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Anträge auf Zulassung einer beihilferechtlichen Ausnahme sind für den Landesbereich dem Finanzministerium zur Entscheidung vorzulegen.

4.1.7.9

Verschreibungspflichtige Arzneimittel, die auch zur Behandlung des benignen Prostata-syndroms (gutartiger nicht kanzeröser Tumor), wie zum Beispiel Cialis 5 mg oder Tada-Hexal 5 mg, zugelassen sind, sind in der Dosierung 1 x täglich 5 mg beihilfefähig.

4.1.7.9.1

Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol, Nabilon oder getrockneten Cannabisblüten und Cannabisextrakten sind ab dem 5. August 2017 beihilfefähig, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
 - a) nicht zur Verfügung steht oder
 - b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der zuständigen Amtsärztin oder des zuständigen Amtsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Erkrankten nicht zur Anwendung kommen kann und
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Die Beihilfestelle hat über den Erstantrag der oder des Beihilfeberechtigten (erste Verordnung) innerhalb eines Monats nach Antragsseingang unter Beteiligung der zuständigen Amtsärztin oder des zuständigen Amtsarztes zu entscheiden (eine Beteiligung des Ministeriums der Finanzen ist grundsätzlich nicht erforderlich). Sofern innerhalb dieser Frist keine Stellungnahme des amtsärztlichen Dienstes erfolgt, entscheidet die Beihilfestelle zunächst für einen Behandlungszeitraum von drei Monaten unter Beachtung der oben genannten Kriterien nach Aktenlage. Die oder der Beihilfeberechtigte ist über die zeitlich befristete Entscheidung zu unterrichten. Folgeverordnungen bedürfen keines weiteren Vorerkennungsverfahrens, soweit die Zustimmung des amtsärztlichen Dienstes vorliegt.

4.1.7.10

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

vermerkt worden sind. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Kosten der einmaligen Wiederholung beihilfefähig.

4.1.7.11

Anlage 2 Beihilfenverordnung NRW¹

4.1.7.11.1

Nummer 1 (bleibt frei)

4.1.7.11.2

Nummer 2

4.1.7.11.2.1

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

4.1.7.11.2.2

Nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva („Pille danach“) sind bei Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres beihilfefähig, soweit sie ärztlich verordnet sind.

4.1.7.11.3

Nummer 3 (bleibt frei)

4.1.7.11.4

Nummer 4

4.1.7.11.4.1

Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die für diagnostische Zwecke und Untersuchungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet werden.

4.1.7.11.5

Nummer 5

4.1.7.11.5.1

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

4.1.7.11.6

Nummer 6 (bleibt frei)

¹ Nr. 731.1.

4.1.7.11.7

Nummer 7

4.1.7.11.7.1

Die nach Anlage 2 Nummer 7 Buchstabe b zu § 4 Absatz 1 Nummer 7 Beihilfenverordnung NRW¹ ausgeschlossenen Fertigarzneimittel sind aus der Anlage II der Arzneimittelrichtlinie ersichtlich.

4.1.8

Nummer 8 (bleibt frei)

4.1.9

Nummer 9

4.1.9.1

§ 4 Absatz 1 Nummer 9 Beihilfenverordnung NRW¹ gilt entsprechend für Aufwendungen, die durch die Unterbringung, Behandlung und Betreuung in der Palliativstation eines Krankenhauses entstehen.

4.1.9.2

Die Abzugsbeträge nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 Buchstabe b Beihilfenverordnung NRW¹ bleiben außer Ansatz.

4.1.9.3

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

4.1.9.4

Für den Unterbringungszuschuss nach § 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 7 Beihilfenverordnung NRW¹ reicht die Verordnung des behandelnden Arztes aus. Eine Beteiligung des Amtsarztes ist grundsätzlich nicht erforderlich. Der Zuschuss wird nicht mehr gezahlt, wenn sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach den §§ 5, 5a, 5b und 5d Beihilfenverordnung NRW¹ richtet.

4.1.10

Nummer 10

4.1.10.1

Aufwendungen für Hilfsmittel mit einer GKV-Hilfsmittelnummer sind grundsätzlich ohne nähere Prüfung beihilfefähig.

¹ Nr. 731.1.

4.1.10.2

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

4.1.10.3

Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle und Körperersatzstücke schließen die technischen Kontrollen und die Wartung dieser Gegenstände mit ein. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie der Körperersatzstücke sind ohne Vorlage einer ärztlichen Verordnung beihilfefähig.

4.1.10.4

Der Vergleich von Miete und Anschaffung sollte auf der Grundlage des ärztlich verordneten zeitlichen Rahmens der Behandlung erfolgen. Versorgungspauschalen für gemietete Hilfsmittel sind grundsätzlich als Teil der Miete anzusehen. Soweit einzelne Positionen als nicht beihilfefähig erkennbar sind, sind diese in Abzug zu bringen. Sind in der Versorgungspauschale Aufwendungen für den Betrieb enthalten, ist der Selbstbehalt nach § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 2 Beihilfenverordnung NRW¹ zu berücksichtigen.

4.1.10.5

Aufwendungen zur kontinuierlichen interstitiellen Gewebezuckermessung mit Real-Time-Messgeräten (zum Beispiel FreeStyle Libre) einschließlich der erforderlichen Sensoren sind bei insulinpflichtiger Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedarf, beihilfefähig, wenn das Gerät von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie oder Diabetologie, von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologin oder Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder mit vergleichbarer Qualifikation oder einer Fachärztin oder einem Facharzt „Kinder- und Jugendmedizin mit entsprechender Zusatzqualifikation“ verordnet wird. Beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für die notwendige Schulung in der sicheren Handhabung des Gerätes. Die Versorgung mit einem Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung schließt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ein übliches Blutzuckermessgerät einschließlich der erforderlichen Blutteststreifen nicht aus.

¹ Nr. 731.1.

4.1.10.6

Nummer 6 (bleibt frei)

4.1.10.7

Nummer 7 (bleibt frei)

4.1.10.8

Nummer 8 (bleibt frei)

4.1.10.9

Nummer 9 (bleibt frei)

4.1.10.10

Nummer 10 (bleibt frei)

4.1.10.11

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

4.1.10.12

Betragen die beihilfefähigen Aufwendungen für ein in § 4 Absatz 1 Nummer 10 Beihilfenverordnung NRW¹ nicht aufgeführtes Hilfsmittel mehr als 1.000 Euro und hat der Beihilfeberechtigte die erforderliche vorherige Anerkennung nicht eingeholt, so sind die Aufwendungen bis 1.000 Euro beihilfefähig.

4.1.10.13

Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln zählen Treppenlift und Auffahrrampe. Die Kosten sind gegebenenfalls im Rahmen des § 5e Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW¹ beihilfefähig.

4.1.10.14

Die Unterhaltskosten (Futter, Tierarzt, Versicherungen etc.) für einen Blindenführhund können ohne Nachweis bis zu 140 Euro im Monat als beihilfefähig anerkannt werden, sofern der Beihilfeberechtigte versichert, dass ihm Kosten in dieser Höhe entstanden sind. Werden höhere Kosten geltend gemacht, ist die Vorlage von Belegen erforderlich.

4.1.10.15

Knochenleitungsgeräte mit teilimplantierten Schallaufnehmern (zum Beispiel Cochlea-Implantate) sind keine Hilfsmittel, sondern Körperersatzstücke. Der Selbstbehalt nach § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 2 gilt insoweit nicht.

¹ Nr. 731.1.

4.1.10.16

Nummer 10 und Anlage 3 Beihilfenverordnung NRW

4.1.10.16.1

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

4.1.10.16.2

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

4.1.10.16.3

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

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

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

beihilfefähig.

4.1.10a

Nummer 10a

4.1.10a.1

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für eine Brille oder für Kontaktlinsen. Maßgebend ist bei der Erstbeschaffung die ärztliche Verordnung. Bei einer Ersatzbeschaffung besteht ein Wahlrecht für die Verwendung einer Brille oder von Kontaktlinsen.

4.1.10a.2

Aufwendungen für Entspiegelung und Härtung sind in angemessenem Umfang beihilfefähig. Aufwendungen für eine Superentspiegelung sind nur bei höherbrechenden Gläsern ab 6 Dioptrien beihilfefähig. Für Kunststoffgläser bestehen grundsätzlich keine weiteren beihilferechtlichen Einschränkungen; die Angemessenheit der Aufwendungen ist zu prüfen.

4.1.10a.3

Sind Kontaktlinsen verordnet oder gewählt worden, sind daneben die Aufwendungen für eine Brille grundsätzlich nicht beihilfefähig; dies gilt nicht, wenn nach einer ärztlichen Verordnung aus schwerwiegenden medizinischen Gründen (zum Beispiel ab 8 Dioptrien, irregulärem Astigmatismus, Anisometropie ab 2 Dioptrien) das Tragen von Kontaktlinsen gelegentlich unterbrochen werden muss. Der Wechsel von einer Brille zu Kontaktlinsen oder von Kontaktlinsen zu einer Brille ist aus schwerwiegenden medizinischen Gründen (ärztliche Begründung erforderlich) beihilferechtlich jederzeit zulässig.

4.1.10a.4

Als angemessene Kosten einer Erst- oder Ersatzbeschaffung von Kontaktlinsen (Jahres-, Monats-, Tages- oder Einmallsinsen) gelten die Aufwendungen für Dauerlinsen in einem Zeitraum von 24 Monaten (170 Euro je Auge). Dies gilt nicht, wenn Wegwerf- oder Einmallsinsen nach ausführlicher ärztlicher Begründung als Verbandlinse oder Medikamententräger benötigt werden, auf Grund von Brechungsfehlern, die progressiv verlaufen, die Linsen mehrfach im Jahr durch stärkere Linsen ersetzt werden müssen oder aus sonstigen medizinischen Gründen zwingend indiziert sind.

4.1.10a.5

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

4.1.10a.6

Aufwendungen für Sonnenbrillen sind nur bei zwingender medizinischer Indikation beihilfefähig. Mehraufwendungen für phototrope Gläser (zum Beispiel Colormaticgläser, Umbramaticgläser) sind nur bei Albinismus, Pupillotonie und totaler Aniridie (Fehlen der Regenbogenhaut) beihilfefähig.

4.1.10a.7

Aufwendungen für Brillenversicherungen sind nicht beihilfefähig. Kommt es zu einem Versicherungsfall, sind die Versicherungsleistungen nicht auf die beihilfefähigen Leistungen anzurechnen. § 12 Absatz 6 der Beihilfenverordnung NRW¹ bleibt unberührt. Aufwendungen für Brillenetuis sind nicht beihilfefähig.

¹ Nr. 731.1.

4.1.10a.8

Aufwendungen für Sportbrillen sind nur beihilfefähig, wenn sie von Schülern (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) während des Schulsports getragen werden müssen. Aufwendungen für Bildschirmbrillen sind nicht beihilfefähig.

4.1.10b

Nummer 10b

4.1.10b.1

Reparaturen eines Brillengestells sind bis zu 70 Euro beihilfefähig. Dies gilt entsprechend bei einem Totalverlust der Brille.

4.1.10b.2

Die Beträge nach § 4 Absatz 1 Nummer 10b Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW¹ sind kumulativ zu berücksichtigen.

4.1.10c

Nummer 10c

4.1.10c.1

Zur Abgrenzung zwischen Reparaturkosten und Ersatzbeschaffungskosten wird auf die Grundsätze des Urteils des Oberverwaltungsgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom 14. September 1981 – 12 (6) A 387/81 hingewiesen.

4.1.11

Nummer 11

4.1.11.1

Die Beförderungsaufwendungen sind grundsätzlich für die Hin- und Rückfahrt unter Berücksichtigung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Gehfähigkeit der erkrankten Person getrennt zu prüfen. Bei Fahrten zu einer ambulanten Operation, ambulanten onkologischen Chemo- oder Strahlentherapie, ambulanten Dialyse und bei Fahrten von Personen, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ oder einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 der Pflegeversicherung vorlegen können (bei der Einstufung in den Pflegegrad 3 bedarf es zusätzlich einer ärztlichen Verordnung wegen dauerhafter Beeinträchtigung der Mobilität), ist die Notwendigkeit für Hin- und Rückfahrt gegeben. Aufwendungen für Fahrten, für die ein zwingender medizinischer Grund nicht vorliegt, zum Beispiel Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, sind nicht beihilfefähig. § 4 Absatz 1 Nummer 11 Buchstabe c der Beihilfenverordnung NRW¹ ist zu beachten.

4.1.11.2

Rettungsfahrten umfassen Aufwendungen für Rettungswagen, Notarztwagen und Rettungshubschrauber. Da regelmäßig vor einer Rettungsfahrt keine ärztliche Entscheidung

¹ Nr. 731.1.

über deren Notwendigkeit herbeigeführt werden kann, ist die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Rettungsfahrten immer gegeben.

4.1.11.3

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

4.1.11.4

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

4.1.11.5

Fahrtkosten sind auch innerhalb der 30-Kilometer-Zone beihilfefähig, wenn nach einer Bescheinigung des behandelnden Arztes der Transport durch einen Krankentransportwagen erfolgen muss.

4.1.11.6

Aufwendungen für Fahrten zum Besuch eines Erkrankten sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für Fahrten eines Elternteils zum Besuch eines im Krankenhaus, Pflegeheim, Hospiz oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des behandelnden Arztes der Besuch wegen des Alters des Kindes oder seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist; § 4 Absatz 1 Nummer 11 Buchstabe c Beihilfenverordnung NRW¹ gilt entsprechend.

4.1.12

Nummer 12

4.1.12.1

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

4.1.12.2

Zu den Auswirkungen des Bezugs von Leistungen zum Ausgleich des Verdienstauffalls von Organ- oder Gewebespendern nach §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes wird auf das Schreiben der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 15. November 2012 sowie auf das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der

¹ Nr. 731.1.

Krankenkassen auf Bundesebene vom 19. April 2013 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes hingewiesen.

4.1.12.3

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

4.1.13

Nummer 13

4.1.13.1

Neben den Aufwendungen der Registrierung sind auch die Aufwendungen für die Suche nach einem geeigneten Spender im Zentralen Knochenmarkspender-Register beihilfefähig.

4.1.14

Nummer 14

4.1.14.1

Die Aufwendungen für die Hinzuziehung eines Gebärdendolmetschers sind bis zu 75 Euro je Stunde Einsatzzeit zuzüglich der erforderlichen Reisezeit sowie der Fahrkosten in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges oder in Höhe der niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels beihilfefähig.

4.1.14.2

Zum Nachweis der Notwendigkeit einer Kommunikationshilfe reicht die Bescheinigung des behandelnden Arztes grundsätzlich aus.

4.2

Absatz 2

4.2.a

Eine Ausnahme von der Altersbegrenzung kann vorliegen, wenn durch amtszahnärztliches Gutachten vor Behandlungsbeginn bestätigt wird, dass die Behandlung ausschließlich medizinisch indiziert ist und ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können, keine Behandlungsalternative vorhanden ist und erhebliche Folgeprobleme insbesondere bei einer craniomandibulären Dysfunktion bestehen.

4.2.b.1

Liegt der Rechnungsbetrag je Implantat unterhalb der 1.000-Euro-Pauschale, ist nur der Rechnungsbetrag beihilfefähig. Grundsätzlich nachvollziehbare Schwellenwertüberschreitungen können ohne weitere Prüfung bis zur Pauschalgrenze berücksichtigt werden.

4.2.b.2

Die Höchstzahl von zehn Implantaten kann mit Ausnahme der Indikationsfälle nach § 4 Absatz 2 Buchstabe b Satz 5 Beihilfenverordnung NRW¹ nicht überschritten werden. Der Ersatz eines Implantats an gleicher Stelle gilt als Reparatur und wird nicht auf die Höchstzahl von zehn Implantaten angerechnet.

4.2.b.3

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

4.2.b.4

Soweit das Voranerkennungsverfahren zwingend vorgeschrieben ist, ist seitens des Beihilfeberechtigten der Abschluss dieses Verfahrens vor Behandlungsbeginn abzuwarten. Die Beihilfestelle hat ihre Entscheidung mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen. Wird mit der Behandlung vor Abschluss des Rechtsmittelverfahrens begonnen, kann unabhängig vom Ausgang dieses Verfahrens eine Beihilfe nur nach § 4 Absatz 2 Buchstabe b Sätze 1 bis 4 Beihilfenverordnung NRW¹ gezahlt werden.

4.2.b.5

Steht am Wohnort des Beihilfeberechtigten kein Amtszahnarzt zur Verfügung (zum Beispiel Wohnsitz im Ausland), ist das Gesundheitsamt am (letzten) Dienort zuständig. Alternativ kann eine Universitätszahnklinik mit der Begutachtung beauftragt werden.

4.2.b.6

Sind die Voraussetzungen für eine Indikation nach § 4 Absatz 2 Buchstabe b Satz 5 Beihilfenverordnung NRW¹ erfüllt, sind die Aufwendungen im notwendigen und angemessenen Umfang beihilfefähig. Eine Begrenzung auf zehn Implantate ist im Indikationsfall nicht vorgesehen; ein Überschreiten der Höchstzahl nach § 4 Absatz 2 Buchstabe b Satz 1 bedarf allerdings einer eingehenden Begründung des behandelnden Zahnarztes und einer entsprechenden Bestätigung durch den Amtszahnarzt.

4.2.b.7

Reparaturkosten eines Implantats sind einheitlich (auch in den Indikationsfällen) bis zu 400 Euro beihilfefähig; die Kosten der gegebenenfalls auch zu erneuernden Suprakonstruktion sind daneben beihilfefähig.

4.2.c (bleibt frei)

4.2.d (bleibt frei)

¹ Nr. 731.1.

4a**Zu § 4a Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung**

4a.1

Absatz 1 (bleibt frei)

4a.2

Absatz 2 (bleibt frei)

4a.3

Absatz 3 (bleibt frei)

4b**Zu § 4b Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründeter Verfahren und Verhaltenstherapie**

4b.1

Absatz 1 (bleibt frei)

4b.2

Absatz 2 (bleibt frei)

4b.3

Absatz 3

4b.3.1

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

4b.3.2

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

4b.3.3

Der Beihilferechtigte hat der Beihilfestelle das Formblatt 1 – siehe oben – (Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Psychotherapie) ausgefüllt vorzulegen. Außerdem hat der Beihilferechtigte oder der berücksichtigungsfähige Patient den behandelnden

Therapeuten zu ersuchen, auf dem Formblatt 2 – siehe oben – einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.

4b.3.4

Der Therapeut soll das ausgefüllte Formblatt 2 und gegebenenfalls das Formblatt 3 der Anlage 1 zu dieser VV in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag der Beihilfestelle zur Weiterleitung an den Gutachter übermitteln.

4b.3.5

Nach Erhalt aller Unterlagen beauftragt die Beihilfestelle mit dem Formblatt 4 der Anlage 1 zu dieser VV einen Gutachter (siehe oben) mit der Erstellung des Gutachtens nach dem Formblatt 5 der Anlage 1 zu dieser VV und leitet ihm zugleich die folgenden Unterlagen zu:

- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet),
- b) das ausgefüllte Formblatt 1 der Anlage 1 (als Kopie),
- c) das Formblatt 5 der Anlage 1, in dreifacher Ausfertigung,
- d) einen an die Beihilfestelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

4b.3.6

Der Gutachter übermittelt seine Stellungnahme nach dem Formblatt 5 (Psychotherapie-Gutachten) – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumschlag der Beihilfestelle. Diese leitet eine Ausfertigung des „Psychotherapie-Gutachtens“ an den Therapeuten weiter. Auf Grundlage dieser Stellungnahme erteilt die Beihilfestelle dem Beihilfberechtigten einen rechtsmittelfähigen Bescheid über die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie nach dem Formblatt 6 der Anlage 1 zu dieser VV.

4b.3.7

Legt der Beihilferechtigte gegen den Bescheid der Beihilfestelle Widerspruch ein, kann die Beihilfestelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. Zu diesem Zweck hat der Beihilferechtigte oder der Patient den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, den „Erstbericht“ an den Gutachter auf dem Formblatt 2 der Anlage 1 zu dieser VV zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle und des Gutachters eingegangen werden sollte.

Der Therapeut soll den ergänzten Bericht in einem verschlossenen, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag der Beihilfestelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übermitteln. Ein Obergutachten ist grundsätzlich nicht einzuholen, wenn die psychotherapeutische Behandlung vom Gutachter abgelehnt wurde, weil der Therapeut die in Anlage 1 Beihilfenverordnung NRW¹ aufgeführten Voraussetzungen nicht erfüllt.

4b.3.8

Nach Erhalt der Unterlagen beauftragt die Beihilfestelle einen geeigneten Obergutachter (Adressen siehe oben) mit der Erstellung eines Obergutachtens. Die Beihilfestelle leitet dem Obergutachter zugleich folgende Unterlagen zu:

- a) den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet),
- b) Kopie des Psychotherapie-Gutachtens,
- c) einen an die Beihilfestelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

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

4b.3.9

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

4b.3.10

Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung leitet die Beihilfestelle den von dem Therapeuten begründeten Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt 2 der Anlage 1 zu dieser VV) mit einem Freiumschlag dem Gutachter zu, der das Erstgutachten erstellt hatte. Dabei ist das Formblatt 4 der Anlage 1 zu dieser VV um die zusätzlichen Angaben bei der Folgebegutachtung zu ergänzen.

4b.4

Absatz 4

4b.4.1

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

4b.4.2

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

4b.4.3

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

1 Nr. 731.1.

Beihilfestelle. Aufwendungen für die Abrechnung der Nummer 808 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen (GOÄ) für die Einleitung des Gutachterverfahrens sind beihilfefähig.

4b.5

Absatz 5 (bleibt frei)

4b.6

Absatz 6 (bleibt frei)

4c

Zu § 4c Psychoanalytisch begründete Verfahren

4c.1

Absatz 1

4c.1.1

Der Begriff des „Krankheitsfalles“ ist identisch mit dem in Nummer 4e.2.1.

4c.2

Absatz 2

4c.2.1

Bei einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen können Bezugspersonen einbezogen werden. In der Begründung zum Antrag ist anzugeben, ob und in welchem Umfang eine Einbeziehung von Bezugspersonen als notwendig angesehen wird. Die vorgesehene Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen steht zur Stundenzahl des Patienten bei Einzelbehandlungen im Verhältnis 1 zu 4 und bei Gruppenbehandlungen im Verhältnis 1 zu 2. Die in diesem Verhältnis für die Einbeziehung der Bezugspersonen bewilligte Stundenzahl ist der Stundenzahl für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen hinzuzurechnen. Ist eine höhere Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten und bewilligt, so reduziert sich die Stundenzahl für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen entsprechend.

4c.3

Absatz 3 (bleibt frei)

4c.4

Absatz 4 (bleibt frei)

4d

Zu § 4d Verhaltenstherapie

4d.1

Absatz 1

4d.1.1

Der Begriff des „Krankheitsfalles“ ist identisch mit dem in Nummer 4e.2.

4d.1.2

Nummer 4c.2.1 gilt entsprechend.

4d.2

Absatz 2 (bleibt frei)

4d.3

Absatz 3 (bleibt frei)

4d.4

Absatz 4 (bleibt frei)

4e**Zu § 4e Psychosomatische Grundversorgung**

4e.1

Absatz 1 (bleibt frei)

4e.2

Absatz 2

4e.2.1

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

4e.3

Absatz 3

4e.3.1

Die ambulante psychosomatische Nachsorge ist keine ambulante psychotherapeutische Behandlung im Sinne der §§ 4a bis 4d der Beihilfenverordnung NRW¹; die Durchführung des Gutachterverfahrens ist entbehrlich. Die Aufwendungen sind bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen sind, angemessen.

4f**Zu § 4f Neuropsychologische Therapie**

4f.1

Absatz 1

4f.1.1

Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst Diagnostik und Therapie geistiger (kognitiver) und seelischer (emotional-affektiver) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter der Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen, der biografischen Bezüge,

¹ Nr. 731.1.

der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (zum Beispiel Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit des oder der Hirngeschädigten oder Hirnerkrankten).

4f.2

Absatz 2 (bleibt frei)

4f.3

Absatz 3

4f.3.1

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

4g

Zu § 4g Komplextherapien und integrierte Versorgung

4g.1

Absatz 1

4g.1.1

Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und gegebenenfalls nichtärztliches Personal durchgeführt werden. Die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes muss dabei sichergestellt sein. Zu den Komplextherapien gehören insbesondere Asthmaschulungen, COPD-Schulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitusstherapien, ambulante kardiologische Therapien, Behandlung chronischer Wunden in Wundzentren, Diabetikerschulungen, Adipositaschulungen, Neurodermitisschulungen, sozialmedizinische Nachsorgeleistungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541) geändert worden ist. Keine Komplextherapien sind psychiatrische Krankenpflege (§ 4 Absatz 1 Nummer 5 der Beihilfenverordnung NRW¹) und Soziotherapien (§ 4h der Beihilfenverordnung NRW¹).

¹ Nr. 731.1.

4g.1.2

Die angemessene Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen entspricht der Vergütung, die von den Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen zu tragen ist.

4g.1.3

Sofern Komplextherapien im Rahmen von Rehabilitationsverfahren (zum Beispiel Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungstherapien) durchgeführt werden, richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach den §§ 6 bis 7 der Beihilfenverordnung NRW¹.

4g.2

Absatz 2

4g.2.1

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

4g.2.2

Aufwendungen für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren sind unter den Voraussetzungen des § 119 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch und bis zur Höhe der Vergütung, die auf Grund einer Vereinbarung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., eines privaten Krankenversicherungsunternehmens oder von Sozialversicherungsträgern mit der Einrichtung getroffen sind, beihilfefähig.

4g.3

Absatz 3

4g.3.1

Für die Beihilfefähigkeit ist maßgebend, auf welcher in der Rechnung vermerkten Vertragsgrundlage die Behandlung erfolgt.

4g.3.2

Beihilfefähig sind Aufwendungen, die auf Grund der Vereinbarung zwischen der TAG TeleArzt GmbH sowie den dieser Vereinbarung beigetretenen Hausärztinnen und Hausärzten sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. geltend gemacht werden. Die Abrechnung der privaten Krankenversicherung ist von den Beihilfeberechtigten mit dem Beihilfeantrag vorzulegen.

4g.4

Absatz 4 (bleibt frei)

¹ Nr. 731.1.

4h**Zu § 4h Soziotherapie**

4h.1

Absatz 1

4h.1.1

Die Erkrankungen, die der Soziotherapie bedürfen, sind gekennzeichnet durch folgende Fähigkeitsstörungen:

- a) Beeinträchtigung durch Störungen des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges,
- b) Störungen im Verhalten mit Einschränkungen der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit,
- c) Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens,
- d) mangelnde Compliance (Therapietreue) im Sinne eines krankheitsbedingt unzureichenden Zugangs zur eigenen Krankheitssymptomatik und zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen.

4h.1.2

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

4h.1.3

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

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

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

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

4h.2

Absatz 2

4h.2.1

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

4h.2.2

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

4h.2.3

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

4h.2.4

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

4h.2.5

An einer Gruppenbehandlung dürfen maximal 12 Patienten teilnehmen.

4h.3

Absatz 3 (bleibt frei)

4h.4

Absatz 4

4h.4.1

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

4i**Zu § 4i Sonstige Heilbehandlungen**

4i.1

Absatz 1 (bleibt frei)

4i.2

Absatz 2

4i.2.1

Die in § 4i Absatz 2 Beihilfenverordnung NRW¹ genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, für die eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie konnten die Aufwendungen für die Behandlung übergangsweise durch „Heilpraktiker/Heilpraktikerinnen (Sprachtherapie)“, denen auf der Grundlage des RdErl. des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW vom 11. September 1998 – III B 2 0417.7 – (n. v.) eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis erteilt worden war, als beihilfefähig anerkannt werden. Der zuvor genannte Erlass wurde mit Erlass des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW vom 2. Februar 2011 – 416-0417.7 – (n. v.) ersatzlos aufgehoben. Aufwendungen für durch den in Satz 1 2. Halbsatz genannten Behandlerkreis erbrachte Behandlungen sind daher ab dem 1. Januar 2012 nicht mehr beihilfefähig. Zur Vermeidung von Härten sind Aufwendungen für Behandlungen, die bis zum 31. Dezember 2011 begonnen werden, bis zum Abschluss der Behandlung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind weiterhin insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.

4i.3

Absatz 3 (bleibt frei)

4i.4

Absatz 4

4i.4.1

Die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gebietet es, in besonderen Einzelfällen grundsätzlich auch Beihilfen zu den Kosten einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode einschließlich der verabreichten Arzneimittel nach den jeweiligen Bemessungssätzen zu zahlen (vergleiche BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005 – 1 BvR 347/98), wenn im Einzelfall folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- es liegt eine lebensbedrohende oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor,

¹ Nr. 731.1.

- bezüglich dieser Erkrankung steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung, bzw. die allgemein anerkannte Behandlungsmethode konnte (zum Beispiel wegen einer Kontraindikation) nicht angewandt werden oder hat nicht zu einem Wirksamkeitsnachweis geführt,
- bezüglich der bei der erkrankten Person angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) medizinischen Behandlungsmethode besteht eine „auf Indizien gestützte“, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

Die Beihilfestelle prüft auf Grund einer amtsärztlichen Stellungnahme oder der Stellungnahme einer Universitätsklinik sowie der Entscheidung der Krankenversicherung der erkrankten Person unter Beteiligung des Ministeriums der Finanzen das Vorliegen der Voraussetzungen. Dabei ist zu beachten, dass die Behandlungsmethode fachärztlich unter Beachtung der Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt und ausreichend dokumentiert werden muss. Die Bewilligung sollte nicht über einen Zeitraum von sechs Monaten hinaus erfolgen. Danach ist zunächst eine weitere Überprüfung der Wirksamkeit der Methode einschließlich einer erneuten individuellen Chancen-Risiko-Abwägung erforderlich.

4i.4.2

Anlage 6 der Beihilfenverordnung NRW¹ ist auch in den Fällen der Nummer 4i.4.1 vorrangig zu beachten.

4i.4.3

Soweit nicht in Anlage 6 aufgeführt, sind im Regelfall von der GKV anerkannte neue Behandlungsmethoden beihilfefähig. Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich allgemein anerkannt ist, und werden diese durch ein amtsärztliches Gutachten bestätigt, ist vor einer abschließenden Entscheidung bei Landesbediensteten dem Finanzministerium zu berichten.

4i.4.4

Aufwendungen für eine Behandlung der Legasthenie oder Akalkulie sind grundsätzlich nicht beihilfefähig, da es sich hierbei im Regelfall nicht um eine Krankheit sondern um eine pädagogische Behandlung handelt. Sofern der Behandlung im Ausnahmefall eine organische Erkrankung zugrunde liegt (Schlaganfall, Tumorerkrankung, Unfall) oder es zu neurotischen Störungen, Fehlentwicklungen und psychosomatischen Erkrankungen gekommen ist, können die Behandlungskosten (ärztliche, psychiatrische, psychotherapeutische Behandlung) beihilfefähig sein (zum Beispiel Verhaltenstherapie nach Nummern 870 und 871 GOÄ).

4i.4.5

Nummer 3.2.10 gilt entsprechend.

¹ Nr. 731.1.

4i.4.6

Aufwendungen für eine chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung sind nur beihilfefähig, wenn vor der Behandlung die Zustimmung der Beihilfestelle, bei Landesbediensteten zusätzlich des Ministeriums der Finanzen, eingeholt wurde (Anlage 6, Abschnitt II Nummer 3 der Beihilfenverordnung NRW¹). Für die Prüfung der Notwendigkeit der Maßnahme reicht neben einem amtsärztlichen Gutachten auch die Stellungnahme einer Klinik, die die Behandlung nicht durchführt, grundsätzlich aus. Dabei sollten die Gutachterkosten den Betrag von 500 Euro nicht übersteigen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Sehfehler durch Brillen oder Kontaktlinsen ausgeglichen werden können.

4i.5

Absatz 5 (bleibt frei)

4i.6

Absatz 6

4i.6.1

Die Regelung des § 4i Absatz 6 Beihilfenverordnung NRW¹ kommt nicht zum Tragen, wenn die erkrankte oder pflegebedürftige Person in einer stationären Pflegeeinrichtung oder Einrichtung der Behindertenhilfe untergebracht ist und § 5d Absatz 2¹ oder Absatz 6 anzuwenden ist.

5**Zu § 5 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit**

5.1

Absatz 1

5.1.1

Der beihilferechtliche Begriff der Pflegebedürftigkeit richtet sich ab 1. Januar 2017 nach § 14 in Verbindung mit § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch die Einführung eines neuen Begutachtungsinstruments verbunden. Zentraler Maßstab ist nunmehr der Grad der Selbstständigkeit und das Angewiesensein auf personelle Unterstützung durch andere.

5.2

Absatz 2

5.2.1

Unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs umfasst Pflege alle pflegerischen Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten sechs Bereichen (Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastun-

¹ Nr. 731.1.

gen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte) sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Pflege umfasst zukünftig somit auch regelmäßig (pflegerische) Betreuungsmaßnahmen.

5.2.2

Das Ergebnis der Beurteilung der einzelnen Kriterien ist der Grad der Beeinträchtigung in dem jeweiligen Lebensbereich. Aus der Zusammenführung aller Teilergebnisse der sechs Module ergibt sich dann der Pflegegrad der pflegebedürftigen Personen. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ergebnisse der einzelnen Module unterschiedlich gewichtet sind. So fließen zum Beispiel die Ergebnisse aus dem Modul Selbstversorgung mit 40 Prozent und aus dem Modul Mobilität mit 10 Prozent in die Gesamtbewertung ein.

5.2.3

Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezogen hat, wird nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch automatisch in das neue System der Pflegegrade übergeleitet. Die Überleitung verfolgt dabei zwei wesentliche Ziele: Zum einen sollen bisherige Leistungsbezieher durch die Einführung des neuen Pflegedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter gestellt werden als bisher. Daher erfolgt die Überleitung grundsätzlich in einen Pflegegrad, mit dem entweder gleich hohe oder höhere Leistungen als bisher verbunden sind. Ist dies ausnahmsweise nicht der Fall, besteht Besitzstandschutz. Zum anderen sollen umfangreiche Begutachtungen vermieden werden. Der Pflegegrad wird von der Pflegeversicherung der Pflegebedürftigen mitgeteilt und ist von der Beihilfestelle zu übernehmen.

5.2.4

Für Personen, die keine Überleitung nachweisen können, ist von der zuständigen Beihilfestelle die Überleitung entsprechend § 140 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen.

(von) Pflegestufe	(nach) Pflegegrad
ohne Pflegestufe, aber erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	2
I	2
I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	3
II	3
II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	4
III	4
III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5
III Härtefall	5
III Härtefall und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5

5.2.5

In Neufällen ist der von der jeweils zuständigen Pflegeversicherung festgestellte Pflegegrad durch geeignete Unterlagen (zum Beispiel Leistungsmitteilung, Mitteilung nach § 44 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen) nachzuweisen. Bei nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit Versicherten bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens.

5.2.6

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

5.2.6.1

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

5.2.6.2

Um eine nahtlose Beihilfegewährung sicherzustellen, soll die Beihilfestelle die Beihilfeberechtigten darauf hinweisen, dass er rechtzeitig vor Ablauf der Befristung die Beihilfestelle über die weitere Entscheidung der Pflegeversicherung hinsichtlich einer Befristungsverlängerung (gegebenenfalls mit geändertem Pflegegrad) unterrichtet.

5.2.7

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

5.2.8

Besteht keine Pflegeversicherung, hat die Beihilfestelle ein Gutachten einzuholen, aus dem die Pflegebedürftigkeit nach § 15 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch hervorgeht.

5.3**Absatz 3****5.3.1**

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

5.3.2

Aufwendungen für medizinische Behandlungen sind nach § 4 der Beihilfenverordnung NRW¹ beihilfefähig.

5.3.3

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

5.4

Absatz 4

5.4.1

Wird durch eine Gutachterin oder einen Gutachter der Pflegekasse den Pflegebedürftigen eine Rehabilitationsmaßnahme verordnet, bedarf es keines weiteren Gutachterverfahrens.

5.5

Absatz 5

5.5.1

Derzeit besteht zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen und der COMPASS Private Pflegeberatung keine Vereinbarung, die COMPASS berechtigen würde, die von ihr erbrachte Pflegeberatung in Rechnung zu stellen. Entsprechende Anträge auf Kostenübernahme bzw. Kostenbeteiligung sind daher seitens der Beihilfestelle abzulehnen. Dies gilt nicht für Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch; hier ist Nummer 5a.5.1 zu beachten.

5a

Zu § 5a Häusliche Pflege

5a.1

Absatz 1

5a.1.1

Beihilfefähig sind bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfe bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe). Hierzu gehören pflegerische Maßnahmen in den in § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie die pflegerische Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

¹ Nr. 731.1.

5a.1.2

Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die mittelbar oder unmittelbar in einem Vertragsverhältnis zur Pflegeversicherung oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegeversicherung einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat.

5a.1.3

Entsprechend § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig:

Pflegegrad	beihilfefähige Aufwendungen
2	689 Euro/Monat
3	1.298 Euro/Monat
4	1.612 Euro/Monat
5	1.995 Euro/Monat

5a.1.4

Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 mit besonderem Pflegebedarf sind notwendige und angemessene Aufwendungen von bis zu 1.000 Euro und des Pflegegrades 5 bis zu 1.995 Euro zusätzlich zu den Beträgen nach Nummer 5a.1.3 beihilfefähig. Es bedarf keiner zusätzlichen ärztlichen Verordnung. Eine Beteiligung der zuständigen Pflegeversicherung hierzu erfolgt nicht.

5a.1.5

Aufwendungen für häusliche Pflege sind auch beihilfefähig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden. Die Pflege darf in diesen Fällen aber nicht in einer vollstationären Einrichtung nach § 71 Absatz 2 in Verbindung mit § 72 oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen.

5a.1.6

Wird die Pflege nicht für einen vollen Monat erbracht, wird der beihilfefähige Pauschalbetrag nach § 5a Absatz 1 der Beihilfenverordnung NRW¹ in Verbindung mit § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht anteilig gekürzt. Auf die Notwendigkeit und Angemessenheit der geltend gemachten Kosten ist in diesem Fall verstärkt zu achten.

5a.1.7

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

¹ Nr. 731.1.

5a.2

Absatz 2

5a.2.1

Angebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger und vergleichbar nahestehender Pflegepersonen wie zum Beispiel Nachbarn, Freunde und Bekannte sind:

1. Betreuungsangebote (zum Beispiel Tagesbetreuung, Einzelbetreuung),
2. Angebote zur Entlastung von Pflegenden (zum Beispiel durch Pflegebegleiter),
3. Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel in Form praktischer Hilfen).

Die Angebote bedürfen einer Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des § 45a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die Entscheidung der zuständigen Pflegekasse ist abzuwarten.

5a.2.2

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können bis zu 40 Prozent ihrer Ansprüche für Aufwendungen für häusliche Pflege in Aufwendungen zur Unterstützung im Alltag nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch umwandeln. Unabhängig davon kann die pflegebedürftige Person einen Entlastungsbetrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch nehmen. Ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen der 40-Prozent-Regelung und dem Entlastungsbetrag ist nicht gegeben. Die pflegebedürftige Person entscheidet selbst, wie sie die Aufwendungen zur Unterstützung im Alltag finanzieren will.

5a.2.3

Nach § 45 des Elften Buches Sozialgesetzbuch kann der Entlastungsbetrag unter anderem im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden. Dies gilt sowohl für Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung als auch für Investitionskosten.

5a.2.4

Nach § 144 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch können Leistungsbeträge nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Pflegebedürftige in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht genutzt hatten, bis zum 31. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung eingesetzt werden. Die Bewilligung durch die zuständige Pflegeversicherung ist von den Beihilfeberechtigten vorzulegen.

5a.2.5

Die in einem Kalenderjahr von pflegebedürftigen Personen nicht in Anspruch genommenen Beträge sind auf das nächste Kalenderhalbjahr zu übertragen (ein Antrag ist hierzu nicht erforderlich; § 45b Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).

5a.3

Absatz 3

5a.3.1

Der Anspruch auf Pflegegeld setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung durch andere Personen als die in § 5a Absatz 1 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ genannten Pflegekräfte selbst sicherstellt.

5a.3.2

Pflegegeld ist in folgender Höhe beihilfefähig:

Pflegegrad	beihilfefähige Aufwendungen
2	316 Euro/Monat
3	545 Euro/Monat
4	728 Euro/Monat
5	901 Euro/Monat

Daneben ist bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 ein Pflegezuschlag von 150 Euro und bei Pflegegrad 5 von 240 Euro monatlich beihilfefähig. Eine Beteiligung der zuständigen Pflegeversicherung erfolgt hierzu nicht.

5a.3.3

Die Pflege muss in einer häuslichen Umgebung erbracht werden. Dies kann der eigene Haushalt der gepflegten Person, der Haushalt der Pflegeperson oder ein anderer Haushalt sein, in der die pflegebedürftige Person aufgenommen wurde. Unbeachtlich ist, ob die Pflege durch Angehörige, Lebenspartner, sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen, erwerbsmäßige Pflegekräfte oder eine von der pflegebedürftigen Person angestellte Person erbracht wird. Die Prüfung, ob die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind, obliegt der zuständigen Pflegekasse oder Pflegeversicherung.

5a.3.4

Die häusliche Pflege wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass die pflegebedürftige Person in einem Altenwohnheim oder in einer Altenwohnung lebt. Nummer 5a.1.5 gilt entsprechend.

¹ Nr. 731.1.

5a.4

Absatz 4

5a.4.1

Zeiträume, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Absatz 1 Nummer 2 der Beihilfenverordnung NRW¹), einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (§ 6 der Beihilfenverordnung NRW¹) oder einer stationären Pflege (§ 5d der Beihilfenverordnung NRW¹) geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Pflege. Für diese Zeiten wird das Pflegegeld nach § 5a Absatz 3 Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW¹ und der Pflegezuschlag nach § 5a Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ nur anteilig (tageweise; der Monat wird mit 30 Tagen berücksichtigt) gezahlt; dies gilt hinsichtlich des Pflegegeldes (ohne Pflegezuschlag nach § 5a Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹) nicht für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder des Monats, in dem die pflegebedürftige Person gestorben ist.

5a.4.2

Bei einem Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt beginnt die Vier-Wochen-Frist mit dem Aufnahmetag. Bei einer Kürzung setzt die Zahlung des Pflegegeldes mit dem Entlassungstag und des Pflegezuschlags mit dem nachfolgenden Tag wieder ein.

5a.4.3

Während einer Verhinderungspflege (§ 5a Absatz 8 der Beihilfenverordnung NRW¹) ist das Pflegegeld (nicht der Pflegezuschlag) für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und während einer Kurzzeitpflege (§ 5b Absatz 3 der Beihilfenverordnung NRW¹) für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte des vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege gezahlten Pflegegeldes zusätzlich beihilfefähig.

5a.4.4

Bei einer stundenweisen Verhinderung der Pflegeperson von weniger als acht Stunden am Tag besteht ein Anspruch auf das volle Pflegegeld (ohne Pflegezuschlag). Die Entscheidung der Pflegeversicherung ist abzuwarten.

5a.5

Absatz 5

5a.5.1

Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 2 oder 3 sind Beratungsbesuche (§ 37 Absatz 3 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) halbjährlich und mit Pflegegrad 4 oder 5 vierteljährlich durchzuführen. Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1, die zu Hause gepflegt werden, und pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die häusliche Pflege nach § 5a Absatz 1 der Beihilfenverordnung NRW¹ oder Kombinationsleistungen nach § 5a Absatz 6 der Beihilfenverordnung NRW¹ in Anspruch nehmen, können den

¹ Nr. 731.1.

Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 Satz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch halbjährlich freiwillig in Anspruch nehmen.

5a.5.2

Für einen Beratungsbesuch sind in den Pflegegraden 1 bis 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro beihilfefähig.

5a.5.3

Rufen Pflegebedürftige die Beratung nicht ab, hat die zuständige Pflegeversicherung das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen. Die Beihilfestelle folgt der Entscheidung der Pflegeversicherung.

5a.6

Absatz 6

5a.6.1

Bei einer Kombination der Leistungen nach § 5a Absatz 1 und 3 der Beihilfenverordnung NRW¹ (§ 36 Absatz 1 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgebend. Dem Beihilfeantrag ist daher der Bescheid der jeweiligen Pflegeversicherung beizufügen.

Beispiele:

1. Eine in der privaten Pflegeversicherung versicherte Person mit Anspruch auf Versorgungsbezüge (Pflegegrad 3) nimmt zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (649 Euro von 1.298 Euro) und das Pflegegeld (272,50 Euro von 545 Euro) in Anspruch.

Die Beihilfe errechnet sich auf Grund der Aufteilung durch die Pflegeversicherung wie folgt:

- a) 70 Prozent von 649,00 Euro (50 Prozent von 1.298,00 Euro) = 454,30 Euro
- b) 70 Prozent von 272,50 Euro (50 Prozent von 545,00 Euro) = 190,75 Euro.

Beihilfe insgesamt: 645,05 Euro.

2. Eine in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Person (Pflegegrad 3) mit Anspruch auf Versorgungsbezüge (§ 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) nimmt zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (649 Euro von 1.298 Euro) und das Pflegegeld (272,50 Euro von 545 Euro) in Anspruch.

Die Beihilfe berechnet sich auf Grund der Aufteilung durch die Pflegeversicherung wie folgt:

- a) 70 Prozent von 649,00 Euro (50 Prozent von 1.298,00 Euro) = 454,30 Euro
- b) 70 Prozent von 272,50 Euro (50 Prozent von 545,00 Euro) = 190,75 Euro.

¹ Nr. 731.1.

Beihilfe unter Berücksichtigung des § 12 Absatz 6 der Beihilfenverordnung NRW (Leistungen der Pflegeversicherung 460,75 Euro) insgesamt: 460,75 Euro.

5a.7

Absatz 7

5a.7.1

Pflegebedürftige Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen und die sich während der Woche, an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich aufhalten, erhalten neben den Leistungen nach § 5f Absatz 2 der Beihilfenverordnung NRW anteilig ein ungekürztes Pflegegeld für die Tage, an denen die häusliche Pflege sichergestellt ist (§ 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Tage der An- und Abreise gelten als volle Tage der häuslichen Pflege. Der für den Pflegegrad maßgebende Pauschalbetrag wird durch 30 dividiert und mit der Zahl der zu Hause verbrachten Tage multipliziert. Der Entscheidung der Pflegeversicherung ist zu folgen. Der Pflegezuschlag nach § 5a Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ wird nicht gezahlt.

5a.7.2

Kann zum Beispiel an den Wochenenden oder in Ferienzeiten eine häusliche Pflege nicht erfolgen und ist die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen weiterhin sichergestellt, sind die Aufwendungen mit der Zahlung der Beihilfe nach § 5f Absatz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ abgegolten. § 5b der Beihilfenverordnung NRW¹ gilt nicht.

5a.8

Absatz 8

5a.8.1

Aufwendungen für Verhinderungspflege sind nur für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 beihilfefähig.

5a.8.2

Der beihilfefähige Betrag der Verhinderungspflege beträgt 1.612 Euro für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr. Der Betrag kann um bis zu 806 Euro auf insgesamt 2.418 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 5b Absatz 3 der Beihilfenverordnung NRW¹ erhöht werden.

¹ Nr. 731.1.

5b**Zu § 5b Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege**

5b.1

Absatz 1

5b.1.1

Die Aufwendungen für teilstationäre Pflege sind entsprechend § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bis zu folgender Höhe beihilfefähig:

Pflegegrad	beihilfefähige Aufwendungen
2	689 Euro/Monat
3	1.298 Euro/Monat
4	1.612 Euro/Monat
5	1.995 Euro/Monat

5b.1.2

Die Aufwendungen für teilstationäre Pflege umfassen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

5b.1.3

Bei vorübergehender Abwesenheit der pflegebedürftigen Person von der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für teilstationäre Pflege beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen. Das heißt, dass im Fall vorübergehender Abwesenheit von der teilstationären Pflegeeinrichtung die Freihaltegebühren für einen Abwesenheitszeitraum von 42 Tagen im Kalenderjahr beihilfefähig sind. Bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufhalten in stationären Rehabilitationseinrichtungen verlängert sich der Abwesenheitszeitraum für die Dauer dieser Aufenthalte. In den nach § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch abzuschließenden Rahmenverträgen sind die vorgenannten Abwesenheitszeiten, soweit drei Kalendertage überschritten werden, Abschläge von mindestens 25 Prozent der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorzusehen.

5b.2

Absatz 2

5b.2.1

Aufwendungen der häuslichen Pflege nach § 5a Absatz 1 der Beihilfenverordnung NRW¹ (geeignete Pflegekräfte), Absatz 3 Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW¹ (Pflege-

¹ Nr. 731.1.

geld) oder nach § 5a Absatz 6 der Beihilfenverordnung NRW¹ (Kombinationsleistungen) sind neben den Aufwendungen für teilstationäre Pflege beihilfefähig. Ein Anspruch auf den Pflegezuschlag nach § 5a Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ besteht nicht.

5b.2.2

Die notwendigen Beförderungskosten für die Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- und Nachtpflege und zurück sind beihilfefähig.

5b.3

Absatz 3

5b.3.1

Ist die vorübergehende Unterbringung einer pflegebedürftigen Person mit Pflegegrad 2 bis 5 in einem Kurzzeitpflegeheim wegen Verhinderung oder Abwesenheit der Pflegeperson erforderlich, sind die pflegebedingten Aufwendungen bis 1.612 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig. Unterbringungs-, Verpflegungs- und Investitionskosten sind nicht beihilfefähig.

5b.3.2

Die Kurzzeitpflege kann unter Anrechnung auf den für Verhinderungspflege zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 1.612 Euro auf insgesamt 3.224 Euro erhöht werden, soweit eine Verhinderungspflege noch nicht in Anspruch genommen wurde. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen je Kalenderjahr beschränkt. Bei Aufstockung aus der Verhinderungspflege verlängert sich der Anspruch entsprechend auf bis zu 14 Wochen.

5b.3.3

Während einer Kurzzeitpflege wird die Pauschalbeihilfe bis zu acht Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt, wenn vor der Kurzzeitpflege ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand (§ 5a Absatz 4 der Beihilfenverordnung NRW¹). Bei Kurzzeitpflege erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege. Für die Höhe der Pauschalbeihilfe ist die geleistete Höhe der Pauschalbeihilfe vor Beginn der Kurzzeitpflege maßgebend.

5c

Zu § 5c Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

5c.1

Absatz 1

5c.1.1

Die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt, auf Antrag gewährt. Änderungen der Verhältnisse, die sich auf die Zu-

¹ Nr. 731.1.

schussgewährung auswirken können, sind der für die pflegebedürftige Person zuständigen Beihilfestelle zeitnah mitzuteilen.

5c.2

Absatz 2

5c.2.1

Entsprechend den Grundsätzen der §§ 173 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und 349 Absatz 4a des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 12. Juli 2018 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, hat die Beihilfestelle den von ihr zu tragenden Anteil an den zuständigen Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit zu zahlen.

5c.2.2

Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die im Beitragsjahr (Kalenderjahr) versicherungspflichtigen Pflegepersonen erfolgt in Form eines Gesamtbeitrages der Beihilfestelle für das Kalenderjahr, in dem die Pflege geleistet wurde (§ 349 Absatz 5 Satz 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). Der Gesamtbetrag wird spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt. Die Rentenversicherungsbeiträge sind im Gegensatz dazu monatlich zu zahlen.

5c.2.3

Die Rentenversicherungsbeiträge sind nach dem einheitlichen Verteilungsschlüssel, der jährlich von der Deutschen Rentenversicherung festgelegt wird, an die Deutsche Rentenversicherung Bund und an den zuständigen Regionalträger, in dessen Bereich die Beihilfestelle ihren Sitz hat, zu zahlen. Die Beiträge sind unter Angabe der von der Bundesagentur für Arbeit vergebenen Betriebsnummer von der zuständigen Beihilfestelle zu überweisen. Soweit die Beihilfestelle keine Betriebsnummer besitzt, ist eine solche beim Betriebsnummernservice der Bundesagentur für Arbeit zu beantragen.

5c.2.4

Der Beleg zur Überweisung der Rentenversicherungsbeiträge muss im Feld „Verwendungszweck“ folgende Angaben enthalten:

1. Zeile:

- Betriebsnummer der zahlenden Stelle (achtstellig),
- Monat (zweistellig) und Jahr (zweistellig), für den die Beiträge gezahlt werden,
- Kennzeichen „West“ oder „Ost“ und

2. Zeile:

- „RV-BEITRAG-PFLEGE“.

5c.2.5

Nach § 10 Absatz 4b Satz 4 bis 6 des Einkommensteuergesetzes sind Behörden und andere öffentliche Stellen verpflichtet, geleistete Beiträge an steuerpflichtige Personen zur Alterssicherung, Krankenversicherung oder Pflegeversicherung elektronisch an die Zentrale Zulagenstelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund nach § 81 des Einkommensteuergesetzes zu übermitteln, um die steuerlich zutreffende Ermittlung von steuerfreien Zuschüssen zu ermöglichen.

Beihilfestellen sind in den Fällen des § 44 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in denen Rentenversicherungsbeiträge zur sozialen Sicherung von nicht erwerbstätigen Personen gezahlt werden, sowie in den Fällen des § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch für zu zahlende Leistungen zur sozialen Sicherung bei Beziehern von Pflegeunterstützungsgeld grundsätzlich meldepflichtig.

Die elektronische Meldung an die zentrale Stelle hat erstmals für den Veranlagungszeitraum 2016 zu erfolgen; die Daten von 2016 sind umgehend der zentralen Stelle mitzuteilen. Sofern eine Meldung aus technischen Gründen zeitnah nicht möglich ist, sollen die meldepflichtigen Stellen die Daten vorhalten und nach erfolgter technischer Anbindung die Meldung nachholen. Auf das Schreiben des Bundesministeriums des Innern (BMI) vom 1. Februar 2016 D 6 – 11031/2#1 über das Amtshilferichtlinie-Umsetzungsgesetz vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1809) wird insoweit hingewiesen.

Nach Abklärung des Umfangs der Meldepflichten der jeweiligen Beihilfestellen mit dem Bundesministerium der Finanzen hat der BMI ergänzend mit Rundschreiben vom 13. Februar 2017 – D 6 – 11031/2#1 unter anderem Folgendes mitgeteilt:

Folgende Fallgruppen sind zu unterscheiden:

1. Soziale Sicherung der Pflegepersonen.

Die Beihilfestellen führen für Pflegepersonen (auch wenn es sich um Beamtinnen oder Beamte handelt) Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung ab. Die Beiträge werden unmittelbar an den zuständigen Träger der Rentenversicherung gezahlt. Es fließen keine weiteren Beträge an die Pflegepersonen oder die beihilfeberechtigte Person.

In diesen Fällen besteht keine Meldepflicht.

Nach § 44a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Beschäftigte, die nach § 3 Absatz 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist, von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 7a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert

worden ist, wird, auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung von der jeweiligen Beihilfestelle, wenn sie nahe Angehörige pflegen, die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen sind.

Auf Beamtinnen und Beamte als Pflegepersonen ist das Pflegezeitgesetz nicht anzuwenden. Für sie gilt § 67 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 16 der Freistellungs- und Urlaubsverordnung NRW sowie § 5c der Beihilfenverordnung NRW¹.

Soweit Pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen sind, werden die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und der Zuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag von der Pflegeversicherung bzw. den Pflegekasernen und den Beihilfestellen anteilig gezahlt.

Erfolgt die Zahlung unmittelbar von der Beihilfestelle an die Pflegeperson, löst dies die Meldepflicht aus. Eine Ausnahme ist dann gegeben, wenn die beihilfeberechtigte Person, die gepflegt wird, die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung der pflegenden Person gezahlt hat und sich diese Zuschüsse über die Beihilfe erstatten lässt.

2. Leistungen bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz.

Das Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung enthält grundsätzlich keine Zuschüsse i. S. d. § 10 Absatz 4b Satz 4 des Einkommensteuergesetzes. Dies gilt jedoch nicht für die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und die Zuschüsse zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag.

Erfolgt die Zahlung unmittelbar von der Beihilfestelle an die Pflegeperson, löst dies die Meldepflicht aus. Eine Ausnahme besteht dann, wenn die beihilfeberechtigte Person, die gepflegt wird, die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung der pflegenden Person gezahlt hat und sich diese Zuschüsse über die Beihilfe erstatten lässt.

3. Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung auf Grund des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld.

Für die Zahlung von Beiträgen in die gesetzliche Krankenversicherung für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld müssen die Beihilfestellen eine Betriebsnummer mit der Anfangsnummer 997 verwenden. Diese ist – soweit nicht bereits vorhanden – bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zu beantragen. Auf das Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. vom 31. August 2015 („Versicherungs-, beitrags- und melderechtliche Auswirkungen des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 SGB XI“) wird hingewiesen.

¹ Nr. 731.1.

5c.2.6

Die in Nummer 5c.2.5 zitierten Rundschreiben sind bei der Zentralen Koordinierungsstelle Beihilfe (www.beihilfe.nrw.de) abrufbar. Einzelheiten der Zahlungsabwicklung einschließlich Zahlungsfristen ergeben sich auch aus dem „Gemeinsamen Rundschreiben GKV Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bundesagentur für Arbeit, Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. zur Renten- und Arbeitslosenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen vom 13. Dezember 2016“, das auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung (www.deutsche-rentenversicherung.de) veröffentlicht ist.

5d

Zu § 5d Vollstationäre Pflege

5d.1

Absatz 1

5d.1.1

Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).

5d.1.2

Beihilfefähig sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und grundsätzlich medizinische Behandlungspflege. Die Begrenzung nach § 43 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist unbeachtlich.

5d.1.3

Entsprechend § 141 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind Pflegezuschläge nach § 84 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil) sowie besonders pauschalisierte Pflegesätze nach § 8 Absatz 3 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als pflegebedingte Aufwendungen nach § 5d Absatz 1 der Beihilfenverordnung NRW¹ beihilfefähig.

5d.2

Absatz 2

5d.2.1

Dienstbezüge sind die in § 1 Absatz 4 des Landesbesoldungsgesetzes genannten Brutto-bezüge; Versorgungsbezüge sind die laufenden Bezüge nach Anwendung von Ruhens- und Anrechnungsvorschriften. Der Unfallausgleich nach § 41 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310; ber. S. 642), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 7. April 2017 (GV. NRW. S. 452) geändert worden ist, bleibt

¹ Nr. 731.1.

unberücksichtigt. Zu den Renten zählen nicht die Beitragsanteile oder Beitragszuschüsse des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung. Krankenkassen- und Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt, auch wenn die Beiträge von den Versorgungsbezügen oder der Rente einbehalten werden. Zur Rente gehören nicht Leistungen der Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.

5d.2.2

Als Erwerbseinkommen im Sinne des § 5d Absatz 2 Sätze 2 und 4 der Beihilfenverordnung NRW¹ sind Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit, aus selbstständiger Arbeit, aus Gewerbebetrieb, aus Land- und Forstwirtschaft sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen. Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten nach § 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch bleiben außer Ansatz. Dabei ist bei einem monatlich schwankenden Einkommen ein Durchschnitt der letzten zwölf Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen. Einkommen der Kinder bleiben unberücksichtigt.

5d.2.3

Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (und gegebenenfalls der Investitionskosten) von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht gesondert ausgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten für die Berechnung der Beihilfe maßgebend.

5d.2.4

Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem die Heimbewohner aus der Pflegeeinrichtung entlassen werden oder versterben. Ziehen Pflegebedürftige in eine andere Pflegeeinrichtung um, darf nur die aufnehmende Pflegeeinrichtung ein Gesamtentgelt für den Verlegungstag berechnen.

5d.3

Absatz 3

5d.3.1

Bei vorübergehender Abwesenheit Pflegebedürftiger von der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr beihilfefähig (§ 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Bei Aufhalten in Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen sind die Freihaltegebühren für die gesamte Dauer dieser Aufenthalte beihilfefähig. In den zu schließenden Rahmenverträgen nach § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind für die vorgenannten Abwesenheitszeiten, soweit drei Kalendertage überschritten werden, ab dem vierten Tag Abschläge von mindestens 25 Prozent der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorzusehen.

¹ Nr. 731.1.

5e**Zu § 5e Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

5e.1

Aus Vereinfachungsgründen ist keine ärztliche Verordnung zum Nachweis der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln erforderlich, wenn im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen des § 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, getroffen werden.

5e.2

Die Pflegekassen überlassen technische Pflegehilfsmittel vorrangig leihweise. In Rechnung gestellte Leih- und Leasinggebühren (auch Pauschalbeträge) sowie Aufwendungen für notwendige Änderungen (Anpassungen), Instandsetzungen und Ersatzbeschaffungen sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel sind beihilfefähig. Bei selbst beschafften Hilfsmitteln ist zu beachten, dass diese Hilfsmittel in dem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen/Pflegekassen erstellten Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind. Mehrkosten für eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Ausstattung des Pflegehilfsmittels sowie dadurch bedingte Folgekosten sind nicht beihilfefähig. Hinsichtlich der Betriebskosten der Hilfsmittel gilt § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 2 2. Halbsatz der Beihilfenverordnung NRW¹ entsprechend.

5e.3

Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind im notwendigen und angemessenen Umfang beihilfefähig. § 40 Absatz 3 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist unbeachtlich.

5e.4

Für die Verbesserung des Wohnumfeldes ist ein Betrag von bis zu 4.000 Euro je Maßnahme beihilfefähig. Leben mehrere pflegebedürftige Personen in einer gemeinsamen Wohnung, sind je pflegebedürftige Person bis zu 4.000 Euro beihilfefähig. Der beihilfefähige Gesamtbetrag nach Satz 2 ist auf 16.000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten (mit oder ohne Beihilfeanspruch) anteilig auf die Leistungsträger der Anspruchsberechtigten verteilt.

5e.5

Alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der „Zuschussgewährung“ (und damit auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs) zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, sind als eine Verbesserungsmaßnahme zu werten. Das gilt auch dann, wenn die Verbesserungsmaßnahmen in Einzelschritten verwirklicht werden. Ändert sich die Pflegesituation und werden weitere Maßnahmen erforderlich, kann der Betrag von 4.000 Euro erneut geltend gemacht werden.

¹ Nr. 731.1.

5e.6

Eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen liegt auch vor, wenn den Besonderheiten des Einzelfalles durch einen Umzug in eine den Anforderungen der Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung (zum Beispiel Umzug aus dem Obergeschoss in das Erdgeschoss) Rechnung getragen werden kann. In diesem Fall können die Umzugskosten bis zu einem Betrag von 4.000 Euro als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die Pflegekasse oder Pflegeversicherung einen Zuschuss geleistet hat.

5f**Zu § 5f Ambulant betreute Wohngruppen und Einrichtungen der Behindertenhilfe**

5f.1

Absatz 1

5f.1.1

Der beihilfefähige Wohngruppenzuschlag beträgt 214 Euro pro Monat. Von maximal zwölf Personen, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe betreut werden, müssen mindestens drei pflegebedürftig sein.

5f.1.2

Leistungen der teilstationären Pflege (§ 5b Absatz 1 und 2 der Beihilfenverordnung NRW¹) können nur zusätzlich in Anspruch genommen werden, wenn durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder der Mediproof GmbH für die Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung festgestellt wird, dass die Pflege in der ambulanten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in einem ausreichenden Umfang sichergestellt werden kann. Für die Beihilfestelle ist die Entscheidung der zuständigen Pflegeversicherung bindend.

5f.1.3

Soweit die Pflegeversicherungen als Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen einmalig einen Betrag in Höhe von bis zu 2.500 Euro nach § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch zahlen, ist dieser Betrag zusätzlich beihilfefähig. Die Förderung einer Wohngemeinschaft ist auf maximal 10.000 Euro begrenzt, sodass bei mehr als vier anspruchsberechtigten Personen eine anteilige Finanzierung durch die beteiligten Pflegeversicherungen zu erfolgen hat. Dabei wird der Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10.000 Euro durch die Anzahl der förderberechtigten Personen geteilt.

5f.2

Absatz 2

5f.2.1a

Beihilfefähig sind 10 Prozent des nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Heimentgeltes, höchstens jedoch 266 Euro monatlich. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen behinderten Menschen zu Hause gepflegt und betreut

¹ Nr. 731.1.

werden, anteilige Pauschalbeihilfe gezahlt, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege. Der für den Pflegegrad maßgebende Pauschalbetrag wird durch 30 dividiert und mit der Zahl der zu Hause verbrachten Tage multipliziert. Der Entscheidung der Pflegeversicherung ist zu folgen. Der Pflegezuschlag nach § 5a Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ wird nicht gezahlt.

5f.2.1b

Inhalt der Vereinbarung nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist gemäß § 76 Absatz 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch die Vergütung für die Pauschalen für Unterkunft und Verpflegung (Grundpauschale) und für die Maßnahmen (Maßnahmenpauschale), sodass auch die Kosten der teilstationären Unterbringung (zum Beispiel für die Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen) in die Berechnung der 10-Prozent-Regelung einzubeziehen sind.

5f.2.2

Bei zu Hause gepflegten pflegebedürftigen Personen, die ausnahmsweise eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen erhalten, bestimmt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließlich nach § 5b Absatz 3 der Beihilfenverordnung NRW¹.

5f.2.3

Ist eine pflegebedürftige Person, die noch die Schule besucht, von Montag bis Freitag in einer Einrichtung internatsmäßig untergebracht, besteht für diese Zeit ein Anspruch auf Beihilfe nach § 5a Absatz 3 Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW¹. Es darf sich allerdings nicht um eine Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch handeln (zum Beispiel Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Werkstatt und Wohnheim für behinderte Menschen, Kindergarten). Für diese Zeit kann unterstellt werden, dass der Schwerpunkt der häuslichen Pflege erhalten bleibt. Bei vorübergehender Pflege zu Hause (zum Beispiel am Wochenende) wird kein Pflegezuschlag nach § 5a Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ gezahlt.

5f.2.4

Von einer dauerhaften Internatsunterbringung ist demgegenüber auszugehen, wenn die pflegebedürftige Person nicht regelmäßig jedes Wochenende in den Haushalt der Familie zurückkehrt; in diesen Fällen ist der Lebensmittelpunkt innerhalb des Internats anzunehmen.

¹ Nr. 731.1.

5g**Zu § 5g Aufwendungen der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1**

5g.1

Absatz 1

5g.1.1

Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind nur die enumerativ in § 5g Absatz 1 der Beihilfenverordnung NRW¹ aufgeführten Leistungen beihilfefähig. Diese entsprechen weitestgehend den Leistungen nach § 28a des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

5g.2

Absatz 2

5g.2.1 (bleibt frei)

6**Zu § 6 Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen**

6.1

Absatz 1

6.1.1

Nummer 3.2.10 gilt entsprechend. Dass die beantragte stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht durch eine Maßnahme nach § 7 Beihilfenverordnung NRW¹ mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar ist, ist im Rahmen der Verordnung des behandelnden Arztes überprüfbar zu begründen und durch den Amtsarzt zu bestätigen (Ausnahme Anschlussheilbehandlungen). Auf das amtsärztliche Gutachten kann auch in den Fällen einer Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit in Verbindung mit einer Rehabilitationsempfehlung verzichtet werden.

6.1.2

Bei der Anschlussheilbehandlung handelt es sich um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, in deren Rahmen die während einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Absatz 1 Nummer 2 Beihilfenverordnung NRW¹) begonnenen Leistungen fortgesetzt werden, um einen langfristigen Erfolg zu erreichen. In diesen Fällen kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durch die Beihilfestelle – gegebenenfalls auch nachträglich – anerkannt werden, wenn der Krankenhausarzt deren Notwendigkeit bescheinigt und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme spätestens einen Monat nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung beginnt, eine weitere amtsärztliche Begutachtung ist nicht erforderlich. Bei einer zuvor ambulant durchgeführten Chemo- oder Strahlentherapie gilt eine anschließend notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme ebenfalls als Anschlussheilbehandlung.

¹ Nr. 731.1.

6.1.3

Der Zuschuss nach § 6 Absatz 1 Satz 7 Beihilfenverordnung NRW¹ in Höhe von 100 Euro kann gewährt werden, wenn bei Beihilfeberechtigten mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen durch das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens bestätigt wird, dass der gewünschte Heilerfolg nur durch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung außerhalb NRW erreicht werden kann. Ist dies nicht der Fall, wird unabhängig von dem Ort der gewählten Einrichtung ein Zuschuss von 50 Euro gewährt. Beihilfeberechtigten mit Wohnsitz außerhalb von NRW werden pauschal 100 Euro, höchstens aber die tatsächlichen Kosten erstattet.

6.1.4

Treten mehrere Personen (behandlungsbedürftige Person einschließlich Begleitpersonen) die Rehabilitationsmaßnahme gleichzeitig mit einem privaten Personenkraftwagen an, wird der Zuschuss für die erste Person zu 100 Prozent und für den/die Mitfahrer zu jeweils 50 Prozent gewährt. Ist die Hin- und Rückfahrt nur im Krankenwagen möglich, gilt § 4 Absatz 1 Nummer 11 Satz 3 Beihilfenverordnung NRW¹ entsprechend.

6.1.5

Zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit oder zur Vermeidung einer drohenden Dienstunfähigkeit kann der Dienstherr die Beamtin oder den Beamten nach § 35 des Landesbeamtengesetzes auf seine Pflicht hinweisen, an geeigneten und zumutbaren gesundheitlichen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen teilzunehmen. Nach § 35 Absatz 1 Satz 4 des Landesbeamtengesetzes hat der Dienstherr (nicht die Beihilfestelle) die Kosten für die erforderlichen Maßnahmen zu tragen, soweit keine anderen Ansprüche bestehen. § 6 Absatz 1 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ gilt in diesen Fällen grundsätzlich nicht. Eine solche seitens des Dienstherrn veranlasste Maßnahme kann auch in Einrichtungen erfolgen, die nicht die Voraussetzungen des § 6 Absatz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ erfüllen, aber zum Beispiel mit einem Rentenversicherungsträger eine Vereinbarung getroffen haben. Es besteht in diesen Fällen kein Beihilfeanspruch.

Bei Rückfragen von Beihilfeberechtigten sollten diese zunächst an ihre Personalstelle verwiesen werden, da eine Abwicklung außerhalb der Beihilfavorschriften für die Beamtin oder den Beamten regelmäßig finanziell günstiger sein dürfte.

6.2

Absatz 2

6.2.1

Verfügt die aufgesuchte Einrichtung sowohl über eine genehmigte Reha- als auch eine Krankenhausabteilung, richtet sich die beihilferechtliche Abrechnung nach der Unterbringung des Erkrankten. Ein Wechsel von einer in eine andere Abteilung während eines Aufenthaltes kann beihilferechtlich berücksichtigt werden. Bei längeren oder ausschließlichen

¹ Nr. 731.1.

Aufenthalt in der Krankenhausabteilung ist gegebenenfalls die Notwendigkeit dieser Unterbringung durch einen Amtsarzt zu überprüfen. Voraussetzung für eine beihilferechtliche Berücksichtigung der Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ ist, dass die Einrichtung die formalen Voraussetzungen nach § 107 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 108 SGB V erfüllt (Zulassung als Krankenhaus).

6.3

Absatz 3

6.3.1

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

6.3.2

Wird die Preisvereinbarung der Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger durch den Beihilfeberechtigten nicht beigebracht, sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7¹ oder § 4i Absatz 1 bis 4 der Beihilfenverordnung NRW¹, für das amtsärztliche Gutachten sowie den ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig. Daneben wird ein Zuschuss nach § 7 Absatz 3 Satz 2 Beihilfenverordnung NRW¹ gewährt.

6.4

Absatz 4 (bleibt frei)

6a

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

6a.1

Absatz 1

6a.1.1

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

6a.1.2

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

¹ Nr. 731.1.

6a.1.3

Eine Kur nach § 6a Absatz 1 Satz 1 kann auch bei behandlungsbedürftigen Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bewilligt werden, wenn der Amtsarzt bestätigt, dass zum Behandlungserfolg die Anwesenheit der Mutter/des Vaters zwingend erforderlich ist; für die Kosten der Mutter/des Vaters gilt Nummer 6a.2.1 sinngemäß.

6a.2

Absatz 2

6a.2.1

Für mitgenommene nicht behandlungsbedürftige Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr wird jeweils ein Zuschuss nach § 6 Absatz 4 Beihilfenverordnung NRW¹ gewährt, soweit die Kosten der Unterbringung und Verpflegung dieser Kinder nicht im Rahmen der mit dem Sozialversicherungsträger getroffenen Vereinbarung für den oder die Behandlungsbedürftigen mit abgegolten sind.

6a.3

Absatz 3 (bleibt frei)

6b**Zu § 6b Familienorientierte Rehabilitation**

6b.1

Absatz 1

6b.1.1

Ziel der familienorientierten Rehabilitation ist die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder unabhängig davon, ob jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzung für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt. Die Voraussetzungen müssen nur bei dem erkrankten Kind vorliegen (§ 6b Absatz 2 Beihilfenverordnung NRW¹). Ein gutachterliches Voranerkennungsverfahren ist nicht erforderlich; die Verordnung des behandelnden Arztes des erkrankten Kindes ist ausreichend.

Nicht zum Leistungsumfang einer familienorientierten Rehabilitation gehört eine Reha-
maßnahme für verwaiste Familien nach dem Tod des erkrankten Kindes. Sollten auf Grund des Trauerfalles bei einzelnen Personen der Familie behandlungsbedürftige Krankheitssymptome wie zum Beispiel psychische Probleme auftreten, gelten für eine Behandlung die allgemeinen Regelungen der §§ 4, 4i, 6 oder 6a BVO.

6b.2

Absatz 2 (bleibt frei)

6b.3

Absatz 3 (bleibt frei)

¹ Nr. 731.1.

6b.4

Absatz 4

6b.4.1

Nummer 6 b.1.1 Satz 3 gilt entsprechend.

6b.5

Absatz 5

6b.5.1

Hinsichtlich der Beförderungskosten gilt § 6 Absatz 1 Satz 7 Beihilfenverordnung NRW¹ und Nummer 6.1.4 entsprechend.

6b.5.2

§ 12 Absatz 2 Buchstabe b Beihilfenverordnung NRW¹ gilt sinngemäß (die Beihilfenberechnung erfolgt nach dem Bemessungssatz des erkrankten Kindes).

6c

Zu § 6c Sozialmedizinische Nachsorge

6c.1

Absatz 1

6c.1.1

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

6d

Zu § 6d Rehabilitationssport und Funktionstraining

6d.1

Absatz 1 (bleibt frei)

6d.2

Absatz 2

6d.2.1

Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining unter ärztlicher Betreuung und Überwachung sind grundsätzlich beihilfefähig. Beihilfefähig sind ausschließlich die in der Rahmenvereinbarung der Rehabilitationsträger über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 in der jeweils geltenden

¹ Nr. 731.1.

Fassung genannten Maßnahmen. Die Rahmenvereinbarung kann von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger bezogen werden.

6d.3

Absatz 3

6d.3.1

Beihilfefähig sind nur Gebühren, die der Veranstalter für gesetzlich versicherte Teilnehmer mit den Rehabilitationsträgern vereinbart hat. Nicht beihilfefähig sind Mitgliedsbeiträge, Aufwendungen für den Besuch eines Fitnessstudios oder für allgemeine Fitnessübungen und -geräte sowie für notwendige Sportbekleidung und die Fahrten zum Veranstaltungsort. Dies gilt auch für die Aufwendungen einer gegebenenfalls notwendigen Begleitperson.

7

Zu § 7 Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

7.1

Absatz 1

7.1.1

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

7.1.2

Sollte die behandelnde Ärztin oder Kurärztin oder der behandelnde Arzt oder Kurarzt eine Verlängerung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme beziehungsweise Kurmaßnahme verordnen, bedarf es keiner weiteren Anerkennung durch den amtsärztlichen Dienst oder die Beihilfestelle. Die Verlängerungsverordnung ist von der beihilfeberechtigten Person der personalaktenführenden Stelle umgehend zuzuleiten. Eine Kopie der Verordnung ist dem späteren Beihilfeantrag beizulegen.

7.2

Absatz 2

7.2.1

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

7.2.2

Als Wartezeit nach § 7 Absatz 2 Buchstabe a Beihilfenverordnung NRW¹ gilt die Zeit ab erstmaligem Eintritt in den öffentlichen Dienst. Kuren von Kindern sowie Kuren, die nach

¹ Nr. 731.1.

dem Gutachten des zuständigen Amtsarztes aus zwingenden medizinischen Gründen (zum Beispiel in schweren Fällen von Morbus Bechterew) durchgeführt werden müssen, können auch innerhalb der Wartezeit bewilligt werden.

7.2.3

Die verkürzte Wartezeit für eine Wiederholungskur bei Beihilfeberechtigten, die das 63. Lebensjahr vollendet haben, gilt nicht für Versorgungsempfängerinnen oder Versorgungsempfänger sowie berücksichtigungsfähige Personen.

7.3

Absatz 3

7.3.1

Sind Kuren für mehrere Familienmitglieder gleichzeitig verordnet, ist auf eine umfassende Verordnung und amtsärztliche Genehmigung für alle Familienmitglieder zu achten. Der gewählte Kurort muss für sämtliche Indikationen der Familienmitglieder geeignet sein. Der ärztliche Schlussbericht hat zu den einzelnen Familienmitgliedern Stellung zu nehmen.

7.3.2

Ist die An- und /oder Abreise zum Kurort nur im Krankenwagen möglich, gilt § 4 Absatz 1 Nummer 11 Satz 3 Beihilfenverordnung NRW¹ entsprechend.

7.3.3

Übernachtet die Begleitperson mit der kurenden Person in einem Zimmer oder in einer Wohnung, gilt § 7 Absatz 3 Satz 3 und 4 der Beihilfenverordnung NRW¹.

7.4

Absatz 4

7.4.1

Eine Anschlussheilbehandlung kann auch im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden; § 7 Absatz 2 Buchstaben a und b Beihilfenverordnung NRW¹ gelten insoweit nicht. Eine amtsärztliche Bestätigung (§ 7 Absatz 2 Buchstabe d Beihilfenverordnung NRW¹) ist entbehrlich.

7.4.2

Die Aufwendungen für seitens der ambulanten Rehabilitationseinrichtung verordneten bzw. während der Rehabilitationsmaßnahme verabreichten Arzneimittel sind grundsätzlich neben der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarten Pauschale (§ 7 Absatz 4 Satz 3 Beihilfenverordnung NRW¹) beihilfefähig. Bei den Nebenkosten nach § 7 Absatz 4 Satz 4 Beihilfenverordnung NRW¹ 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.

¹ Nr. 731.1.

7.4.3

Die Notwendigkeit weiterer – nicht in der Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger enthaltener – Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 Beihilfenverordnung NRW¹ ist durch einen Amtsarzt zu bestätigen.

7.4.4

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

7.4.5

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

7.4.6

Ist zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme eine Begleitperson aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich, gilt für die Aufwendungen der Begleitperson § 7 Absatz 4 Satz 4 Beihilfenverordnung NRW¹ entsprechend.

7.4.7

Nach § 7 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen die Aufwendungen für maximal 30 Behandlungstage (20 Tage plus 10 Tage bei entsprechender Verordnung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes) beihilfefähig. Ist aus dringenden medizinischen Gründen in Zusammenhang mit neuropsychologischen und psychosomatischen Behandlungen eine Verlängerung der Behandlung geboten, kann die Beihilfestelle einer Verlängerung bis zu weiteren 20 Behandlungstagen zustimmen. Darüber hinaus sind weitere beihilferechtliche Verlängerungen nur in dem Umfang der Bewilligung der Krankenversicherung des Patienten möglich.

8

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

8.1

Absatz 1

8.1.1

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

1. die Anästhesie,
2. der operative Eingriff,

¹ Nr. 731.1.

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

8.2

Absatz 2

8.2.1

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

8.3

Absatz 3

8.3.1

Auf nachfolgende Nummer 8.4.3 Satz 3 wird hingewiesen.

8.4

Absatz 4

8.4.1

Die maßgebliche Altersgrenze für die Ehegatten (§ 8 Absatz 4 Satz 4 Beihilfenverordnung NRW¹) muss in jedem Behandlungszyklus (Zyklusfall) zum Zeitpunkt des ersten Zyklustages im Spontanzyklus, des ersten Stimulationstages im stimulierten Zyklus bzw. des ersten Tages der Down-Regulation erfüllt sein. Liegt nur bei einem Ehegatten die geforderte Altersgrenze vor, ist die gesamte Maßnahme nicht beihilfefähig. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 27a Absatz 4 SGB V (Künstliche Befruchtung) erlassenen Richtlinien gelten in der jeweils aktuellen Fassung entsprechend.

8.4.2

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. Außerdem sind Aufwendungen für die Kryokonservierung von Spermazellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig. In medizinisch begründeten besonderen Ausnahmefällen können mit Zustimmung des Finanzministeriums Aufwendungen der Kryokonservierung von Samen- oder Eizellen

¹ Nr. 731.1.

als beihilfefähig anerkannt werden. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die medizinisch nicht notwendig war, sind nicht beihilfefähig.

8.4.3

Für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen zur künstlichen Befruchtung ist – ebenso wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine körperbezogene Betrachtungsweise (vergleiche § 27a Absatz 3 Satz 3 SGB V) maßgebend. Das sogenannte „Verursacherprinzip“ (vergleiche Urteil des BGH vom 3. März 2004 – IV ZR 25/03) ist beihilferechtlich unbeachtlich. Für die Zuordnung der Aufwendungen der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) und der In-vitro-Fertilisation (IVF) ist das Kostenteilungsprinzip (körperbezogene Kostenaufteilung) – § 8 Absatz 4 Beihilfenverordnung NRW¹ – wie folgt anzuwenden:

1. Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung, gegebenenfalls einschließlich der Kapazitation des männlichen Samens (Reifung der Samenzellen, ohne die eine Befruchtung der Eizelle nicht möglich ist), sind dem Mann zuzuordnen,
2. Aufwendungen für die Beratung des Ehepaares nach Nummer 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die speziellen Risiken) und die gegebenenfalls in diesem Zusammenhang erfolgende humangenetische Beratung entfallen auf den Mann,
3. Aufwendungen für die Beratung der Ehegatten nach Nummer 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung (Beratung über die individuellen medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung, nicht nur im Hinblick auf die gesundheitlichen Risiken und die Erfolgsquoten der Behandlungsverfahren, sondern auch auf die körperlichen und seelischen Belastungen insbesondere für die Frau) sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Samenzellen entfallen auf die Frau,
4. die Kosten der IVF einschließlich aller extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Ei- und Samenzellen, der Hormonbehandlung sowie der Beratung sind der Frau zuzuordnen,
5. ansonsten werden extrakorporale Maßnahmen demjenigen zugeordnet, bei dem die Maßnahmen durchgeführt werden: zum Beispiel Fertilitätsstörungen des Mannes diesem.

¹ Nr. 731.1.

9**Zu § 9 Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen**

9.1

Absatz 1

9.1.1

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

9.1.2

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

9.1.3

Bei Mehrlingsgeburten sowie in Fällen, in denen mehrere Kinder angenommen oder mit dem Ziel der Annahme in den Haushalt aufgenommen werden, wird der Zuschuss nach § 9 Absatz 1 Satz 2 Beihilfenverordnung NRW¹ für jedes Kind gewährt.

9.2

Absatz 2 (bleibt frei)

10**Zu § 10 Behandlungs- und Beförderungskosten im Ausland; Auslandskrankenversicherung**

10.1

Absatz 1

10.1.1

Rechnungsbeträge in ausländischer Währung (außerhalb des Euroraumes) sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe maßgebenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Euro umzurechnen, sofern der auf die Aufwendungen entfallende Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird (zum Beispiel durch Umtauschbestätigung der Bank). Den Belegen über die Aufwendungen ist eine Übersetzung beizufügen.

10.1.2

Für Pflichtversicherte sowie freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte, denen zu ihrem Krankenversicherungsbeitrag dem Grunde nach ein Zuschuss nach § 257 SGB V zusteht oder die beitragsfrei nach § 224 SGB V versichert sind, werden Beihilfen zu Aufwendungen für eine Krankenbehandlung oder Entbindung im Ausland

¹ Nr. 731.1.

nur gezahlt, wenn im Ausland keine Sachleistung oder Kostenerstattung erlangt werden konnte und das Ausland nicht zum Zwecke der Behandlung aufgesucht wurde. § 3 Absatz 4 Beihilfenverordnung NRW¹ bleibt unberührt.

10.2

Absatz 2

10.2.1

Als „andere“ Krankenhäuser im Sinne des Satzes 2 sind insbesondere Krankenhäuser anzusehen, die denen entsprechen, die in Deutschland nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind. Nummer 10.1.1 gilt in Fällen des § 10 Absatz 2 Satz 2 Beihilfenverordnung NRW¹ entsprechend.

10.3

Absatz 3

10.3.1

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

10.3.2

Aufwendungen, die im Kleinen Walsertal (Österreich) und in der Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang (Schweiz) entstehen, sind grundsätzlich wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Da über die Art der Behandlung (Krankenhaus- oder stationäre Rehabilitationsbehandlung) regelmäßig erst der leitende Arzt nach der Eingangsuntersuchung entscheidet, ist im Interesse des Beihilfeberechtigten in jedem Fall ein Anerkennungsverfahren nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Beihilfenverordnung NRW¹ durchzuführen.

10.3.3

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

10.3.4

Als Nachweis nach § 10 Absatz 3 Satz 3 Beihilfenverordnung NRW¹ reicht eine Bescheinigung des Kurortes aus, dass dieser nach jeweiligem Landesrecht als Kurort anerkannt ist. Eventuelle Übersetzungskosten trägt der Beihilfeberechtigte.

¹ Nr. 731.1.

10.4

Absatz 4

10.4.1

In den Fällen des § 10 Absatz 4 Nummer 3 Beihilfenverordnung NRW¹ sind alle anlässlich des Krankheitsfalles des Beihilfeberechtigten oder einer berücksichtigungsfähigen Person entstandenen Aufwendungen (zum Beispiel Arztkosten, Arzneimittel) zusammenzurechnen.

10.5

Absatz 5 (bleibt frei)

10.6

Absatz 6 (bleibt frei)

10.7

Absatz 7

10.7.1

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

10.7.2

Leistungen der Auslandskrankenversicherung sind vorrangig in Anspruch zu nehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass zu den Beiträgen der Auslandskrankenversicherung keine Beihilfe gezahlt wurde. Ein Beihilfeanspruch besteht nur hinsichtlich der ungedeckten Aufwendungen.

10.7.3

Eine Kopie des Versicherungsvertrages ist zur Beihilfeakte zu nehmen.

11**Zu § 11 Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen**

11.1

Absatz 1

11.1.1

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

11.1.2

Beihilfefähig sind aus Anlass der Todesfeststellung die Nummern 100 bis 107 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte einschließlich des in diesem Zusammenhang berechneten Wegegeldes.

¹ Nr. 731.1.

11.2

Absatz 2 (bleibt frei)

12**Zu § 12 Bemessung der Beihilfen**

12.1

Absatz 1

12.1.1

Die Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 12 Absatz 1 Satz 3 Beihilfenverordnung NRW¹ bezieht sich auf alle Aufwendungen, die in dem Zeitraum entstanden sind, in dem der Familienzuschlag für zwei oder mehr Kinder zusteht bzw. zustünde.

12.1.2

In den Fällen des § 12 Absatz 1 Satz 4 der Beihilfenverordnung NRW¹ ist durch gemeinsame schriftliche Erklärung nach Anlage 4 zu dieser Verwaltungsvorschrift derjenige zu bestimmen, der den erhöhten Bemessungssatz erhalten soll; in der Erklärung ist anzugeben, welche Beihilfestelle für den weiteren Berechtigten zuständig ist. Die Beihilfestelle, bei der der erhöhte Bemessungssatz beantragt wird, übersendet eine Kopie der Erklärung der anderen Beihilfestelle.

12.1.3

Nach den beihilferechtlichen Regelungen des Bundes und gegebenenfalls anderer Länder wird ein Kind, das bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig ist, bei dem Beihilfeberechtigten berücksichtigt, der den Familienzuschlag nach § 43 Landesbesoldungsgesetz NRW erhält. Die Beihilfeberechtigten bestimmen in diesen Fällen bereits mit der Festlegung, wer von ihnen die familienbezogenen Besoldungsbestandteile erhalten soll, auch die Zuordnung des erhöhten Beihilfebemessungssatzes. Hierüber ergeht seitens der zuständigen Bundesbeihilfestelle (und gegebenenfalls Landesbeihilfestelle außerhalb des Geltungsbereichs der Beihilfenverordnung NRW) eine gesonderte Bescheinigung, die zu den Akten zu nehmen ist.

12.1.4

§ 12 Absatz 1 Satz 4 zweiter Halbsatz Beihilfenverordnung NRW¹ ist auch anzuwenden, wenn ein Beihilfeberechtigter Anspruch auf Beihilfe nach personenbezogenen Bemessungssätzen auf Grund von Vorschriften eines anderen Dienstherrn hat.

12.1.5

Nummer 2.2.4 gilt entsprechend.

12.2

Absatz 2 (bleibt frei)

¹ Nr. 731.1.

12.3**Absatz 3****12.3.1**

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

12.4**Absatz 4****12.4.1**

Wird der Nachweis nach § 12 Absatz 4 Satz 2 Beihilfenverordnung NRW¹ nicht erbracht, kann eine Erhöhung des Bemessungssatzes nicht erfolgen. Unabhängig vom Leistungsumfang genügt eine vor dem 1. April 2007 abgeschlossene Versicherung, sofern sie ambulante und stationäre Leistungen vorsieht, sowie eine ab 1. Januar 2009 abgeschlossene Versicherung im sogenannten Basistarif als ausreichende Versicherung.

12.4.2

Eine Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 12 Absatz 4 ist in den Fällen des § 5d Beihilfenverordnung NRW¹ ausgeschlossen (vergleiche § 12 Absatz 4 Satz 2 Beihilfenverordnung NRW¹); der Fürsorgepflicht wird durch die Regelung des § 5d Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Beihilfenverordnung NRW¹ ausreichend Rechnung getragen.

12.4.3

Soweit Beihilfeberechtigte für sich und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht über einen ausreichenden Versicherungsschutz für ambulante und stationäre Krankheits- und Pflegefälle verfügen, ist eine Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 12 Absatz 4 Satz 2 Beihilfenverordnung NRW¹ ausgeschlossen.

12.5**Absatz 5****12.5.1**

Bei einer Ausnahmeentscheidung ist der strengste Maßstab anzulegen; § 12 Absatz 4 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW¹ ist zu beachten. Die Beihilfestelle kann auch einen Bemessungssatz wählen, der unter den Regelsätzen liegt.

12.6**Absatz 6**

¹ Nr. 731.1.

12.6.1

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 gezahlt werden können, die aber im Übrigen dem Grunde nach beihilfefähig sind.

Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen, die über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (zum Beispiel Arzthonorare, die den Schwellenwert nach der Gebührenordnung überschreiten, bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen die gesamten Kosten für zahntechnische Leistungen und bei stationärer Pflege die berechneten Investitionskosten), nicht jedoch Aufwendungen, deren Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist (zum Beispiel die Aufwendungen für ein Einbettzimmer im Pflegeheim, Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung, für Lifestyle-Arzneimittel oder nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel).

12.6.2

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

12.6.3

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

12.6.4

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

12a

Zu § 12a Kostendämpfungspauschale

12a.1

Absatz 1

12a.1.1

Auf Grund der Sechsten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung vom 1. Dezember 2015 (GV. NRW. S. 844) erfolgt ab 1. Januar 2016 die Zuordnung der Aufwendungen zur Kostendämpfungspauschale ausschließlich nach dem Zeitpunkt der Rechnungsstellung (Rechnungsdatum). Für Aufwendungen, die noch im Jahre 2015 entstanden

sind (§ 3 Absatz 5 Satz 2 Beihilfenverordnung NRW¹), aber erst im Jahre 2016 oder später in Rechnung gestellt werden, ist weiterhin das bis zum 31. Dezember 2015 geltende Recht anzuwenden.

12a.1.2

Bei der ersten Antragstellung im Kalenderjahr ist bei Angehörigen der Besoldungsgruppen W 1 bis W 3 mit Zulage oder Leistungsbezug das Monatsbrutto (Grundgehalt plus Leistungsbezug beziehungsweise Zulage) des Antragsmonats der Vergleichsberechnung zugrunde zu legen. Einmalzahlungen nach dem Landesbesoldungsgesetz bleiben außer Ansatz.

12a.1.3

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

12a.1.4

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

12a.2

Absatz 2 (bleibt frei)

12a.3

Absatz 3

12a.3.1

Bei Witwern, hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartnern und in den Fällen der Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und sonstige Personen in Todesfällen (§ 14 Beihilfenverordnung NRW¹) entfällt im Jahr des Todes des Beihilfeberechtigten – und soweit es sich um Aufwendungen des Verstorbenen handelt, auch in dem Folgejahr – die Kostendämpfungspauschale.

12a.4

Absatz 4

12a.4.1

Bei Personen mit Ansprüchen auf Leistungen der Krankenfürsorge nach § 64 Absatz 5 und § 74 Absatz 2 des Landesbeamtengesetzes und § 7 Absatz 6 Richter- und Staatsanwältegesetz für das Land Nordrhein-Westfalen (Landesrichter- und Staatsanwältegesetz –

¹ Nr. 731.1.

LRiStaG) vom 8. Dezember 2015 (GV. NRW. S. 812) sowie § 4 des Pflegezeitgesetzes entfällt die Kostendämpfungspauschale; dies gilt nicht bei einer Teilzeitbeschäftigung.

12a.5

Absatz 5

12a.5.1

Die Minderung je berücksichtigungsfähiges Kind ist auch bei einer Teilzeitbeschäftigung in ungekürzter Höhe vorzunehmen.

12a.6

Absatz 6

12a.6.1

Die Kostendämpfungspauschale ist auf volle 5 Euro abzurunden.

12a.7

Absatz 7 (bleibt frei)

13

Zu § 13 Verfahren

13.1

Absatz 1

13.1.1

Pensionsregelungsbehörde ist im kommunalen Bereich der letzte Dienstherr.

13.1.2

Neben dem schriftlichen Beihilfeantrag ist eine Antragstellung mittels Beihilfe-App und grundsätzlich durch eine De-Mail (für den Landesbereich: zsdt-beihilfe@brdt-nrw.de) zulässig. Bei einer Antragstellung durch De-Mail ist die Verwendung eines Antragsformulars zwingend erforderlich. Für Beihilfeanträge und das Einlegen von Widersprüchen gegen Beihilfebescheide ist die schriftformwahrende De-Mail notwendig (Versandoption nach § 5 Absatz 5 des De-Mail-Gesetzes vom 28. April 2011, BGBl. I S. 666, das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. Juli 2017, BGBl. I S. 2745, geändert worden ist). Die Übersendung von allgemeinen Schreiben (ohne Rechnungsbelege) ist im Rahmen einer De-Mail ohne Absenderbestätigung zulässig.

13.2

Absatz 2

13.2.1

Für die Beihilfeanträge sollen die als Anlagen 5 und 6 zu dieser Verwaltungsvorschrift beigefügten Formblätter verwendet werden. Bei Unfällen (einschl. häuslicher Unfälle, Sport-, Spiel- und Schulunfälle) ist ein Unfallbericht nach Anlage 9 zu dieser Verwaltungsvorschrift vorzulegen. Sofern Beihilfen mittels eines automatisierten Verfahrens festgesetzt werden, können dem Verfahren angepasste Vordrucke verwendet werden.

13.2.2

Für Beihilfeanträge aus Anlass dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 5 Beihilfenverordnung NRW¹) soll das als Anlage 7 zu dieser Verwaltungsvorschrift beigefügte Formblatt verwendet werden. Die Beihilfen aus Anlass dauernder Pflegebedürftigkeit sind für aktive Beamte unter Titel 441 02 und für Versorgungsempfänger unter Titel 446 02 zu buchen.

13.2.3

Auf die Vorlage der Originalbelege kann verzichtet werden. Bei Auslandsrechnungen ist dem Beihilfeantrag eine Kopie des Erstattungsnachweises der Krankenversicherung (gegebenenfalls der Auslandsrankenversicherung, zum Beispiel ADAC) beizufügen.

13.2.4

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

13.2.5

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

13.3**Absatz 3****13.3.1**

In Fällen, in denen die Erben zunächst unbekannt sind und vom Nachlassgericht ein Nachlasspfleger mit der Ermittlung der Erben und Sicherung des Erbes beauftragt ist, beträgt aus Fürsorgegründen die Antragsfrist zwei Jahre.

13.4**Absatz 4****13.4.1**

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

¹ Nr. 731.1.

13.5

Absatz 5 (bleibt frei)

13.6

Absatz 6 (bleibt frei)

13.7

Absatz 7

13.7.1

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

13.7.2

Bei stationärer Krankenhausbehandlung und bei Dialysebehandlung kann auf Antrag des Beihilfeberechtigten ein Abschlag auch unmittelbar an das Krankenhaus oder die Dialyse-Institution überwiesen werden. Das als Anlage 8 zu dieser Verwaltungsvorschrift beige-fügte Formblatt sollte nach Möglichkeit für die Beantragung der Abschlagszahlung verwendet werden.

13.7.3

In den Fällen des § 5a Absatz 3 und § 5d Beihilfenverordnung NRW¹ können jeweils für die Dauer von bis zu sechs Monaten Abschläge auf die Beihilfe gezahlt werden. Der Beihilfeberechtigte ist darauf hinzuweisen, dass nach Ablauf dieses Zeitraums zur endgültigen Festsetzung der Beihilfe ein Antrag (§ 13 Absatz 1 Beihilfenverordnung NRW¹) erforderlich ist. Weitere Abschläge können nur nach Eingang des Antrags bewilligt werden.

13.8

Absatz 8 (bleibt frei)

13.9

Absatz 9 (bleibt frei)

13.10

Absatz 10 (bleibt frei)

13.11

Absatz 11

13.11.1

Soweit die Beihilfestelle elektronische Dokumente zur Abbildung von Schriftstücken herstellt, werden die dem Beihilfeantrag beige-fügten Belege (Originalbelege oder/und Duplikate) nicht zurückgesandt. Die Belege werden spätestens drei Monate nach Eingang und

¹ Nr. 731.1.

Digitalisierung vernichtet. Liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass ein vorgelegter Beleg unecht ist oder dass ein vorgelegter echter Beleg verfälscht worden ist, kann die Beihilfestelle mit Einwilligung des Beihilfeberechtigten bei dem Rechnungssteller eine Auskunft über die Echtheit des Beleges einholen. Wird die Einwilligung verweigert, ist die Beihilfe zu den betreffenden Aufwendungen abzulehnen.

13.12

Absatz 12 (bleibt frei)

14

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

14.1

Absatz 1

14.1.1

Kinder im Sinne von § 14 Absatz 1 Beihilfenverordnung NRW¹ sind die leiblichen sowie die als Kind angenommenen Kinder. Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis seines Todes danach noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlass des Todes nicht zurückzunehmen.

14.2

Absatz 2

14.2.1

Der Beihilfeantrag kann durch einen Testamentsvollstrecker oder Nachlassverwalter gestellt werden.

15

Zu § 15 Belastungsgrenze

15.1

Absatz 1

15.1.1

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

¹ Nr. 731.1.

15.1.2

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

15.1.3

Bei Personen mit Ansprüchen auf Leistungen der Krankenfürsorge nach § 64 Absatz 5 und § 74 Absatz 2 des Landesbeamtengesetzes sowie nach § 7 Absatz 6 Landesrichter- und Staatsanwältegesetz sowie § 4 des Pflegezeitgesetzes gilt Nummer 15.1.2 entsprechend. Soweit dieser Personenkreis im Vorjahr und im laufenden Jahr keine Bezüge erhalten hat bzw. erhält, wird die Belastungsgrenze auf 0,- Euro festgesetzt.

15.1.4

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

15.2

Absatz 2

15.2.1

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

15.3

Absatz 3

15.3.1

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden in die Belastungsgrenze einbezogen, wenn:

1. der Eigenbehalt von jährlich 200 Euro überschritten ist,
2. die Belastungsgrenze nach § 15 Absatz 4 Beihilfenverordnung NRW¹ überschritten ist und
3. der Beihilfeberechtigte nachträglich einen Antrag stellt.

Aufwendungen für Arzneimittel und Medizinprodukte der besonderen Therapierichtungen sowie Aufwendungen, die nach Anlage 2 Nummer 7 der Beihilfenverordnung NRW¹ von einer Beihilfefähigkeit ausgeschlossen sind, können nicht berücksichtigt werden.

¹ Nr. 731.1.

15.4

Absatz 4

15.4.1

Arzneimittelaufwendungen der berücksichtigungsfähigen Kinder sind dem Beihilfeberechtigten zuzurechnen; steuerpflichtige Einkünfte der Kinder bleiben außer Ansatz. Soweit Arzneimittelaufwendungen des berücksichtigungsfähigen Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartners geltend gemacht werden, sind dessen steuerliche Einkünfte in die Berechnung der Belastungsgrenze des Beihilfeberechtigten einzubeziehen. Arzneimittelaufwendungen des nicht berücksichtigungsfähigen Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartners sind nicht zu berücksichtigen.

15.5

Absatz 5

15.5.1

Die Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten werden mit 80 Prozent in die Belastungsgrenze einbezogen.

15.6

Absatz 6

15.6.1

Für Chroniker bestehen keine Sonderregelungen, da bei diesem Personenkreis trotz teilweise anderslautender Rechtsprechung keine finanziellen Zusatzbelastungen erkennbar sind.

16

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

16.1

Absatz 1

16.1.1

Nummer 4i.4.1 ist zwingend zu beachten.

16.2

Absatz 2 (bleibt frei)

17

Zu § 17 Personenbezogene Bezeichnungen (bleibt frei)

17a

Zu § 17a Übergangsregelungen

17a.1

Absatz 1 (bleibt frei)

17a.2

Absatz 2 (bleibt frei)

17a.3

Absatz 3 (bleibt frei)

17a.4

Absatz 4 (bleibt frei)

17a.5

Absatz 5 (bleibt frei)

17a.6

Absatz 6 (bleibt frei)

17a.7

Absatz 7 (bleibt frei)

17a.8

Absatz 8 (bleibt frei)

17a.9

Absatz 9

17a.9.1

Bei Änderung der Leistungsart (zum Beispiel: Wechsel von häuslicher Pflege – § 5a der Beihilfenverordnung NRW¹ – zur stationären Pflege – § 5d der Beihilfenverordnung NRW¹) besteht kein Anspruch nach § 17a Absatz 9 der Beihilfenverordnung NRW¹.

17a.10

Absatz 10 (bleibt frei)

18

Zu § 18 Inkrafttreten (bleibt frei)

Artikel II

Mein Runderlass vom 15. September 2014 (MBI. NRW. S. 530), geändert durch Runderlass vom 1. Dezember 2015 (GV. NRW. S. 844), wird hiermit aufgehoben.

Ministerialblatt (MBI. NRW.) Nr. 24 vom 28. September 2016, S. 524.

Die Anlagen zu diesem Runderlass sind im Ministerialblatt abgedruckt.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Beihilfestelle der Evangelischen Kirche von Westfalen eigene Formulare verwendet, welche im Internet unter www.vkpb-dortmund.de veröffentlicht sind.

¹ Nr. 731.1.

