



MINISTERIALBLATT

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

67. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 8. Oktober 2014

Nummer 28

Inhalt

I.

Veröffentlichungen, die in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBL. NRW.) aufgenommen werden.

Glied.- Nr.	Datum	Titel	Seite
203204	15. 9. 2014	RdErl. d. Finanzministeriums Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (VVzBVO)	530

Hinweis:

Die Gesetz- und Verordnungsblätter, die Ministerialblätter, die Sammlung aller Gesetze und Verordnungen des Landes NRW (SGV. NRW.) sowie die Sammlung der in Teil I des MBl. NRW. veröffentlichten Erlasse (SMBL. NRW.) stehen im Intranet des Landes NRW zur Verfügung.

Dasselbe wird auch im Internet angeboten. Die Adresse ist: <https://recht.nrw.de> Hingewiesen wird auf die kostenlosen Angebote im Internet unter der genannten Adresse. Dort finden Sie Links zu vielen qualitativ hochwertigen Rechtsangeboten.

Wollen Sie die Inhaltsangabe eines jeden neuen Gesetzblattes oder Ministerialblattes per Mail zugesandt erhalten? Dann können Sie sich in das Newsletter-Angebot der Redaktion eintragen. Adresse: <https://recht.nrw.de>, dort: Newsletter anklicken.

I.**203204**

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

RdErl. d. Finanzministeriums – B 3100 – 0.7 – IV A 4
v. 15.9.2014

Artikel I

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

1**Zu § 1****Beihilfeberechtigte Personen****1.1****Absatz 1****1.1.1**

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

1.1.2

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

1.1.3

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

1.2**Absatz 2** (nicht besetzt)**1.3****Absatz 3****1.3.1****Nummer 1****1.3.1.1**

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

1.3.1.2

Eine Unterbrechung der Tätigkeit im öffentlichen Dienst liegt vor, wenn der Beihilfeberechtigte an einem oder mehreren Werktagen, an denen üblicherweise Dienst getan wurde, nicht im öffentlichen Dienst gestanden hat. Dies gilt nicht für die Zeit, die zwischen zwei Dienstverhältnissen zur Ausführung eines Umzuges benötigt wurde. Als Unterbrechung gilt es nicht, wenn das Beamtenverhältnis auf Widerruf gemäß § 22 Absatz 4 BeamStG 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 §§ 65 Absatz 4, 65 a oder 67 LBG bewilligt worden ist, erhalten weiterhin Leistungen der Krankenfürsorge nach § 71 Absatz 3 bzw. § 76 Absatz 2 Satz 3 LBG.

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

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

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

1.3.3**Nummer 3** (nicht besetzt)**1.4****Absatz 4****1.4.1**

Bei laufenden Abordnungen (Beginn vor dem 1.4.2009) kann es bei der Regelung nach § 1 Absatz 4 BVO in der bis zum 31.3.2009 geltenden Fassung verbleiben, soweit keine anderen Vereinbarungen zwischen den Dienstherrn getroffen werden bzw. der Beihilfeberechtigte nicht die Anwendung des § 14 Absatz 4 BeamStG beantragt. Einzelfallbezogene Vereinbarungen der Dienstherrn über die Erstattung der Beihilfekosten sollten im Rahmen der Vereinbarungen über die Erstattung der Besoldung getroffen werden und sind seitens der Beihilfestellen zu beachten.

1.4.2

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

1.5**Absatz 5** (nicht besetzt)**1.6****Absatz 6****1.6.1**

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

1.7**Absatz 7****1.7.1**

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

2**Zu § 2 Beihilfefälle****2.1****Absatz 1****2.1.1****Nummer 1****2.1.1.1**

Die steuerrechtlichen Einkünfte umfassen folgende Einkunftsarten:

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

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag, den Entlastungsbetrag für Alleinerziehende und den Abzug bei den Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft nach § 13 Absatz 3 EStG ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Absatz 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Absatz 5 EStG unterliegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Absatz 5a EStG). Nach § 2 Absatz 2 EStG sind Einkünfte bei Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit der Gewinn (§§ 4 bis 7k EStG), bei anderen Einkunftsarten die Einnahmen abzüglich der Werbungskosten (§§ 8 bis 9a EStG).

2.1.1.2

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

2.1.1.3

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

2.1.1.4

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

2.1.1.5

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

dungen, die in den Kalenderjahren entstanden sind, in denen der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners 18.000 Euro überschritten hat.

2.1.1.6

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

2.1.1.7

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

2.1.1.8

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

2.1.1.9

Nach dem Übergeleiteten Besoldungsgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen (ÜBesG NRW vom 16. Mai 2013 – GV.NRW.S. 233) werden im Familienzuschlag die Kinder berücksichtigt, für die dem Beamten Kindergeld nach dem EStG oder nach BKG zusteht oder ohne Berücksichtigung der §§ 64 oder 65 EStG oder der §§ 3 oder 4 BKG zustehen würde. Bei in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kindern ist es bis zu einer Änderung der besoldungs- und versorgungsrechtlichen Vorschriften für die Gewährung von Beihilfen ausreichend, wenn einem der eingetragenen Lebenspartner für das Kind Kindergeld zusteht oder zustehen würde. Nummer 2.2.2 gilt entsprechend.

2.1.2

Nummer 2

2.1.2.1

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

2.1.2.3

Nummer 3 (nicht besetzt)

2.1.2.4

Nummer 4 (nicht besetzt)

2.1.2.5

Nummer 5 (nicht besetzt)

2.2

Absatz 2

2.2.1

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

2.2.2

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

2.2.3

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

2.2.4

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

2.2.5

Weiterhin berücksichtigungsfähig sind studierende Kinder i. S. d. § 2 Absatz 2 BVO, die von der durch das Steueränderungsgesetz 2007 vom 19. Juli 2006 (BGBl. I. S. 1652) vorgenommenen Kürzung des Bezugszeitraumes für Kindergeld und Familienzuschlag betroffen sind (d.h. Anspruchsende grundsätzlich mit Vollendung des 25. Lebensjahres), soweit sie bereits bis zum Wintersemester 2006/2007 ein Studium an einer Hoch- oder Fachhochschule aufgenommen haben.

2.3

Absatz 3 (nicht besetzt)

3

Zu § 3 Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

3.1

Absatz 1

3.1.1

Nummer 1

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

3.1.2

Nummer 2

3.1.2.1

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

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

der Fassung vom 18. Juni 2009 (BAnz. Nummer 148a vom 2. Oktober 2009),

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

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

3.1.2.2

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

Nummer 3 (nicht besetzt)

3.1.4

Nummer 4 (nicht besetzt)

3.1.5

Nummer 5 (nicht besetzt)

3.1.6

Nummer 6 (nicht besetzt)

3.1.7

Nummer 7 (nicht besetzt)

3.2

Absatz 2

3.2.1

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

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

3.2.2

Die Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ), das beihilferechtliche Gebührenverzeichnis NRW für Heilpraktiker (Anlage 4 zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5 BVO), die Hebammengebührenordnung NRW sowie das Leistungsverzeichnis für ärztliche verordnete Heilbehandlungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 9 BVO (Anlage 2 zur VVzBVO) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden beihilferechtlichen Rahmen ab. Der in der GOÄ und der GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den jeweiligen Gebührenverzeichnissen eine Bandbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, ausreicht, um auch schwierigste Leistungen angemessen zu entgelten. Liquidationen, die neben der Abrechnung erbrachter ärztlicher Leistungen nach der GOÄ in Übereinstimmung mit der aktuellen Rechtslage auch die entsprechende Umsatzsteuer ausweisen, sind in vollem Umfang, d.h. einschließlich der Umsatzsteuer beihilfefähig (z.B. selbstständig tätige Beleg- oder Laborärzte).

3.2.3

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

3.2.4

Nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818), geändert durch Verordnung vom 18.10.2011 (BGBl. I S. 2721), richten sich die Vergütungen für die beruflichen Leistungen dieser Berufsgruppe nach der GOÄ. Berechenbar sind ausschließlich Leistungen, die in den Abschnitten B und G aufgeführt sind (§ 1 Absatz 2 GOP).

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

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

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

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

Sofern Psychotherapeuten eine Analogbewertung vornehmen und/oder den o.g. Gebührenansatz überschreiten, ist die Rechnung dem Gutachter/Obergutachter zur Begutachtung vorzulegen. Diese Begutachtung kann zum üblichen Satz (Nummer 4 a.4.13) vergütet werden.

3.2.5

Überschreitet eine Gebühr für ärztliche oder psychotherapeutische Leistungen den in den §§ 5 Absatz 2 Satz 4, 5 Absatz 3 Satz 2 und 5 Absatz 4 Satz 2 GOÄ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Absatz 3 Sätze 1 und 2 GOÄ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände, die in der Person des Patienten liegen (patientenbezogene Bemessungskriterien) dies rechtfertigen. Derartige Umstände können i.d.R. nur dann gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

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

und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Absatz 2 Satz 3 GOÄ; vgl. z.B. Nummer 2382 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

Nach § 12 Absatz 3 Satz 2 GOÄ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Beihilfestelle Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände die Überschreitung und/oder den Umfang der Überschreitung rechtfertigen, ist ggf. mit Einverständniserklärung des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme des zuständigen Amtarztes und ggf. eines sonstigen medizinischen Sachverständigen einzuholen.

Die Kosten der Begutachtung übernimmt die Beihilfestelle.

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

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

3.2.6

Hinsichtlich der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen zahnärztlicher Leistungen verweise ich auf meinem Rundrlass vom 16. November 2012 – B 3100 – 3.1.6.2.-IV A 4 (Beihilferechtliche Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht).

3.2.7

Aufwendungen, die auf Grund der Anwendung einer anderen öffentlichen Gebührenordnung entstehen, können ebenfalls beihilfefähig sein. Als andere öffentliche 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 Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif (DKG-NT) sind ebenfalls beihilfefähig.

3.2.8

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

3.2.9

Ob die Aufwendungen aus Anlass einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen erforderlich.

3.2.10

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

3.2.11

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

3.3

Absatz 3 (nicht besetzt)

3.4

Absatz 4

3.4.0.1

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

3.4.0.2

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

3.4.0.3

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

Beispiel:

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

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

Beihilfefähig sind 400 Euro.

3.4.1

Nummer 1

3.4.1.1

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

3.4.2

Nummer 2 (nicht besetzt)

3.4.3

Nummer 3 (nicht besetzt)

3.4.4

Nummer 4

3.4.4.1

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

3.4.5

Nummer 5 (nicht besetzt)

3.4.6

Nummer 6

3.4.6.1

Beihilferechtlich unschädlich ist der ausschließliche Bezug einer sog. „Mütterrente“ nach § 56 SGB VI; § 3 Ab-

satz 4 Satz 1 gilt insoweit nicht. § 3 Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 gilt sinngemäß.

3.5

Absatz 5

3.5.1

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

3.6

Absatz 6 (nicht besetzt)

4

Zu § 4 Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

4.1

Absatz 1

4.1.1

Nummer 1

4.1.1.1

Nummer 3.2.8 gilt entsprechend.

4.1.1.2

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

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

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

4.1.1.3

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

4.1.1.4

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

4.1.1.5

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

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

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

4.1.2

Nummer 2

4.1.2.1

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört gemäß § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHEntgG auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der Krankenhausarzt. Für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts (Berechnungstage) können seitens des Krankenhauses ein Zuschlag von 45,00 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 Behandlungen nicht abgerechnet werden. Der Betrag von 45,00 Euro ist beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für die Unterbringung einer medizinisch nicht notwendigen Begleitperson sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine notwendige Begleitperson außerhalb des Krankenhauses nach § 4 Absatz 1 Nummer 3 BVO als beihilfefähig anerkannt werden.

4.1.2.2

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

4.1.2.3

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

4.1.2.4

Die beihilferechtliche Vergleichsberechnung nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 3 BVO gilt auch für so ge-

nannte „Anschlussheilbehandlungen“, soweit eine Abrechnung nicht nach § 6 BVO sondern nach § 4 BVO erfolgt.

4.1.2.5

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

4.1.2.6

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

4.1.2.7

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

4.1.2.8

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

4.1.2.9

Die nach den §§ 6 und 9 KHEntgG neben einer Fallpauschale zusätzlich berechneten Zusatzentgelte sind beihilfefähig. Dies gilt auch u. a. für den DRG-Systemzuschlag nach

§ 17 b Absatz 5, für den Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen und für sonstige Zuschläge nach § 17 b Absatz 1 Satz 4 und 6 sowie für Qualitätssicherungszuschläge nach § 17 b Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Aufwendungen für eine gemäß § 22 BpflV oder § 17 KHEntgG in Rechnung gestellte Wahlleistung „gesondert berechenbare Unterkunft/Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Verlegungstag sind nicht beihilfefähig.

4.1.2.10

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

4.1.2.11

Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung und eine spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige

Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4 sowie Absatz 2 und Absatz 3 SGB V gelten entsprechend. Die pflegerischen Aufwendungen sind bis zur Höhe der vereinbarten Vergütung nach § 132d SGB V (es ist ausreichend, wenn der Leistungserbringer dies bestätigt) beihilfefähig.

4.1.3

Nummer 3 (nicht besetzt)

4.1.4

Nummer 4

4.1.4.1

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

4.1.5

Nummer 5

4.1.5.1

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

4.1.6

Nummer 6 (nicht besetzt)

4.1.7

Nummer 7 und Anlage 2 BVO

4.1.7.1

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

4.1.7.2

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

4.1.7.3

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

4.1.7.4

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

4.1.7.5

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

- Genussmittel, sämtliche Weine (auch medizinische Weine) und der Wirkung nach ähnliche, Ethylalkohol als einen wesentlichen Bestandteil (mind. 5 Volumenprozent) enthaltene Mittel (ausgenommen Tinkturen im Sinne des Deutschen Arzneibuches und tropfenweise einzunehmende ethylalkoholhaltige Arzneimittel) sowie Mittel, bei denen die Gefahr besteht, dass sie wegen ihrer wohlschmeckenden Zubereitung als Ersatz für Süßigkeiten genossen werden,
- Mineral-, Heil- oder andere Wässer,
- Mittel, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle usw. dienen einschl. medizinische Haut- und Haarwaschmittel sowie medizinische Haarwässer und kosmetische Mittel. Ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Basiscremes, Basissalben, Haut- und Kopfhautpflegemittel, auch Rezepturgrundlagen, soweit und solange sie Teil der ärztlichen Therapie (Intervall-Therapie bei Neurodermitis/endogenen Ekzem, Psoriasis, Akne-Schältherapie und Strahlentherapie) sind und nicht der Färbung der Haut und – anhangsgebilde sowie der Vermittlung von Geruchseindrücken dienen,
- Balneotherapeutika, ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Balneotherapeutika bei Neurodermitis/endogenem Ekzem, Psoriasis und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises,
- Mittel, die der Veränderung der Körperform (z. B. Entfettungscreme, Busencreme) dienen sollen,
- Mittel zur Raucherentwöhnung,
- Saftzubereitungen für Erwachsene, von in der Person des Patienten begründeten Ausnahmen abgesehen,
- Würz- und Süßstoffe, Obstsaft, Lebensmittel im Sinne des § 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständengesetzes, Krankenkost- und Diätpräparate,
- Abmagerungsmittel und Appetitzügler,
- Anabolika, außer bei neoplastischen Erkrankungen,
- Stimulantien (z. B. Psychoanaleptika, Psychoenergetika und Leistungsstimulantien), ausgenommen bei Narkolepsie und schwerer Zerebralsklerose sowie beim hyperkinetischen Syndrom und bei der so genannten minimalen zerebralen Dysfunktion vorpubertärer Schulkinder,
- so genannte Zellulärtherapeutika und Organhydrolysate,
- so genannte Geriatrika und so genannte Arteriosklerosemittel,
- Roborantien, Tonika und appetitanregende Mittel,
- Insekten-Abschreckmittel,
- Fixe Kombinationen aus Vitaminen und anderen Stoffen, ausgenommen und somit beihilfefähig sind Vitamin D-Fluorid-Kombinationen zur Anwendung bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und zur Osteoporoseprophylaxe,
- Arzneimittel, welche nach § 11 Absatz 3 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG) vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. März 2014

(BGBl. I S. 261), nur mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise:

„Traditionell angewendet:

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

in den Verkehr gebracht werden.

4.1.7.6

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

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

4.1.7.7

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

4.1.7.8

Aufwendungen für Arzneimittel, die zur Verwendung in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten verordnet werden (sog. 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 beihilferechtl. Ausnahme sind für den Landesbereich dem Finanzministerium zur Entscheidung vorzulegen.

4.1.7.9

Seit 1.1.2012 ist das Arzneimittel Cialis in der Dosierung 5 mg auch zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (gutartiger nicht kanzeröser Tumor) zugelassen.

In diesem Fall ist eine Dauermedikation, d.h. 1 x täglich 5 mg erforderlich. Die Aufwendungen sind beihilfefähig.

4.1.7.10

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

4.1.7.11

(Anlage 2 BVO)

4.1.7.11.1

Nummer 1 (nicht besetzt)

4.1.7.11.2

Nummer 2

4.1.7.11.2.1

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

4.1.7.11.3

Nummer 3 (nicht besetzt)

4.1.7.11.4

Nummer 4 (nicht besetzt)

4.1.7.11.5

Nummer 5

4.1.7.11.5.1

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

4.1.7.11.6

Nummer 6 (nicht besetzt)

4.1.7.11.7

Nummer 7

4.1.7.11.7.1

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

4.1.8

Nummer 8 (nicht besetzt)

4.1.9

Nummer 9

4.1.9.1

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

4.1.9.2

Aufwendungen für eine Behandlung der Legasthenie oder Akalkulie sind grundsätzlich nicht beihilfefähig, da es sich hierbei im Regelfall nicht um eine Krankheit handelt. Es handelt sich regelmäßig um eine pädagogische Behandlung. Sofern der Behandlung im Ausnahmefall eine organische Erkrankung zu Grunde liegt (Schlaganfall, Tumorerkrankung, Unfall) oder es zu neurotischen Störungen, Fehlentwicklungen und psychosomatischen Erkrankungen gekommen ist, können

die Behandlungskosten (ärztliche, psychiatrische, psychotherapeutische Behandlung) beihilfefähig sein (z.B. Verhaltenstherapie nach Nummern 870 und 871 GOÄ).

4.1.9.3

Die in § 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 3 BVO genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, für die eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie konnten die Aufwendungen für die Behandlung übergangsweise durch „Heilpraktiker/Heilpraktikerinnen (Sprachtherapie)“, denen auf der Grundlage des RdErl. des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW vom 11. September 1998– III B 2 0417.7 – (n.v.) eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis erteilt worden war, als beihilfefähig anerkannt werden. Der zuvor genannte Erlass wurde mit Erlass des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW vom 2. Februar 2011 – 416-0417.7 – (n.v.) ersatzlos aufgehoben. Aufwendungen für durch den in Satz 1 2. Halbsatz genannten Behandlerkreis erbrachte Behandlungen sind daher ab dem 1.1.2012 nicht mehr beihilfefähig. Zur Vermeidung von Härten sind Aufwendungen für Behandlungen, die bis zum 31.12.2011 begonnen werden, bis zum Abschluss der Behandlung beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind weiterhin insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogern, Kunsttherapeuten, Malthérapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.

4.1.9.4

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

4.1.9.5

Aufwendungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind (ausgenommen Akupunktur), wie Tui-Na, Qi-Gong, Tai Chi, Shiatsu-Therapie, Akupressur u.ä. sowie für eine Orthokin-Therapie einschließlich des verabreichten Serums (Beschluss OVG NRW vom 17.2.2014 – 1 A 1012/12) sind nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 2 BVO nicht beihilfefähig.

4.1.9.6

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

4.1.10

Nummer 10

4.1.10.1

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

4.1.10.2

Im Regelfall ergibt sich die Erforderlichkeit der Anschaffung eines Hilfsmittels etc. aus der ärztlichen Verordnung und bedarf keiner näheren Prüfung durch die Beihilfestelle. Hat die Beihilfestelle jedoch Zweifel, ist sie gehalten, zusätzliche Ermittlungen anzustellen, z. B.: durch Anforderung einer näheren Begründung des behandelnden 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 BVO zu berücksichtigen.

4.1.10.5

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

4.1.10.6

Eine Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien liegt auch vor, wenn z.B. die Werte für ein Auge um 0,25 Dioptrien zugenommen und für das andere Auge um 0,25 Dioptrien abgenommen haben, nicht jedoch, wenn sowohl die Werte für das linke als auch für das rechte Auge um jeweils 0,25 Dioptrien zu- oder abgenommen haben. Bei Kurzsichtigkeit oder Achsenverschiebung sind die Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung auch dann beihilfefähig, wenn sich mit der neuen Sehhilfe die Sehschärfe (Visus) um mindestens 20 Prozentpunkte verbessert.

4.1.10.7

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

4.1.10.8

Aufwendungen für höherbrechende Gläser sind ab 6 Dioptrien beihilfefähig.

4.1.10.9

Mehraufwendungen für phototrope Gläser (z.B. Color-maticgläser, Umbromaticgläser) sind nur bei Albinismus, Pupillotonie und totaler Aniridie (Fehlen der Regenbogenhaut) beihilfefähig.

4.1.10.10

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

4.1.10.11

Aufwendungen für Bildschirmbrillen sind nicht beihilfefähig.

4.1.10.12

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

4.1.10.13

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

4.1.10.14

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

4.1.10.15

Die Unterhaltskosten (Futter, Tierarzt, Versicherungen etc.) für einen Blindenführhund können ohne Nachweis bis zu 120 Euro im Monat als beihilfefähig anerkannt werden, sofern der Beihilfeberechtigte versichert, dass

ihm Kosten in dieser Höhe entstanden sind. Werden höhere Kosten geltend gemacht, ist die Vorlage von Belegen erforderlich.

4.1.10.16

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

4.1.10.17

Nummer 10 und Anlage 3 BVO

4.1.10.17.1

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

4.1.10.17.2

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

4.1.10.17.3

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

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

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

beihilfefähig.

4.1.11

Nummer 11

4.1.11.1

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

4.1.11.2

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

4.1.11.3

Für die Erstattung von Fahrtkosten gelten grundsätzlich die Bestimmungen der §§ 5 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 Kilometerzone beihilfefähig, wenn

- die erkrankte Person einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „BL“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorlegen oder nachweisen kann.
- die Erkrankung zwingend einen Transport erforderlich macht (z.B. Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlen- oder Chemotherapie; auf Nummer 4.1.11.1 Satz 3 wird hingewiesen.),
- nach einer Bescheinigung des behandelnden Arztes der Transport durch einen Krankentransportwagen erfolgen muss.

4.1.11.6

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

4.1.12

Nummer 12

4.1.12.1

Die seitens der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) im Rahmen von Organtransplantation 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 Verdienstaustauschs von Organ- oder Gewebespendern nach §§ 8 und 8a des Transplantationsgesetzes wird auf das Schreiben der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 15. November 2012 sowie auf das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkasse auf Bundesebene vom 19. April 2013 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes hingewiesen.

4.1.12.3

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

4.1.13

Nummer 13 (nicht besetzt)

4.2

Absatz 2

4.2.1

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

4.2.2

Es ist entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 28.5.2008 – 2 C 12.07) davon auszugehen, dass zu bereits vorhandenen Implantaten Beihilfen gewährt wurden, sofern der Beihilfeberechtigten nicht in geeigneter Weise nachweisen kann,

dass eine Finanzierung ohne Leistungen aus öffentlichen Kassen erfolgt ist.

4.2.3

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

4.2.4

Nach § 4 Absatz 2 Buchstabe b Satz 8 BVO ist außerhalb der Indikationsfälle nach § 4 Absatz 2 Buchstabe b Satz 1 kein Voranerkennungsverfahren durchzuführen. Wünscht der Beihilfeberechtigte in diesen Fällen gleichwohl eine amtszahnärztliche Begutachtung und Beratung – auch im Hinblick auf alternative Zahnersatzbehandlungen – kann dies durch die Beihilfestelle mit dem Hinweis, dass die Begutachungskosten nicht beihilfefähig sind, vermittelt werden.

4.2.5

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

4 a

Zu § 4a Psychotherapeutische Leistungen

4 a.1

Absatz 1 (nicht besetzt)

4 a.2

Absatz 2 (nicht besetzt)

4 a.3

Absatz 3 (nicht besetzt)

4 a.4

Absatz 4

4 a.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.

4 a.4.2

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

4 a.4.3

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

4 a.4.4

Der Beihilfeberechtigte hat der Beihilfestelle das Formblatt 1 – s.o. – (Antrag auf Anerkennung der Beihilfe-

fähigkeit der Psychotherapie) ausgefüllt vorzulegen. Außerdem hat der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Patient den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf dem Formblatt 2 – s.o. – einen Bericht für den Gutachter zu erstellen.

4 a.4.5

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

4 a.4.6

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

- den als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag des Therapeuten (ungeöffnet),
- das ausgefüllte Formblatt 1 der Anlage 3 (als Kopie),
- das Formblatt 5 der Anlage 3, in dreifacher Ausfertigung,
- einen an die Beihilfestelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

4 a.4.7

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

4 a.4.8

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

4 a.4.9

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

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

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

4 a.4.10

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

4 a.4.11

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

4 a.4.12

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

4 a.4.13

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

4 a.5

Absatz 5 (nicht besetzt)

4 a.6

Absatz 6

4 a.6.1

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

4 a.7

Absatz 7

4 a.7.1

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

4 a.8

Absatz 8 (nicht besetzt)

4 b

Zu § 4 b Psychosomatische Grundversorgung

4 b.1

Absatz 1 (bleibt frei)

4 b.2

Absatz 2

4 b.2.1

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

4 c

Zu § 4 c Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

4 c.1

Absatz 1

4 c.1.1

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

4 c.2

Absatz 2

4 c.2.1

Bei einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen können Bezugspersonen einbezogen werden. In der Begründung zum Antrag ist anzugeben, ob und in welchem

Umfang eine Einbeziehung von Bezugspersonen als notwendig angesehen wird. Die vorgesehene Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen steht zur Stundenzahl des Patienten in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. Die in diesem Verhältnis für die Einbeziehung der Bezugspersonen bewilligte Stundenzahl ist der Stundenzahl für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen hinzuzurechnen. Ist eine höhere Stundenzahl für die Einbeziehung der Bezugspersonen therapeutisch geboten und bewilligt, so reduziert sich die Stundenzahl für die Behandlung des Kindes oder Jugendlichen entsprechend.

4 c.3

Absatz 3 (bleibt frei)

4 d

Zu § 4 d Verhaltenstherapie

4 d.1

Absatz 1

4 d.1.1

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

4 d.1.2

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

4 d.2

Absatz 2 (bleibt frei)

4 e

Zu § 4 e Neuropsychologische Therapie

4 e.1

Absatz 1

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

4 e.2

Absatz 2 (bleibt frei)

4 e.3

Absatz 3

4 e.3.1

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

4 f

Zu § 4 f Komplextherapien und integrierte Versorgung

4 f.1

Absatz 1

4 f.1.1

Zu den Komplextherapien gehören u.a. Asthmatikerschulungen, ambulante Entwöhnungskuren, ambulante Tinnitustherapien (Pauschalabrechnung), ambulante Chemotherapien nach dem Braunschweiger Modell, am-

bulante kardiologische Therapien, Diabetikerschulungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 SGB IX. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen außerhalb von Komplextherapien.

4 f.2

Absatz 2

4 f.2.1

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

4 f.3

Absatz 3 (bleibt frei)

4 f.4

Absatz 4 (bleibt frei)

4 g

Zu § 4 g Soziotherapie

4 g.1

Absatz 1

4 g.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.

4 g.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 4 g.1.1 genannten Fähigkeitsstörungen und kein längerfristig anhaltendes Erreichen der soziotherapeutischen Therapieziele zu erwarten ist.

4 g.1.3

Wenn die Voraussetzungen für die Anerkennung der Soziotherapie vorliegen, sind die im Folgenden aufgeführten Leistungen beihilfefähig, die den Patienten zur selbständigen 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.

4 g.2

Absatz 2

4 g.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.

4 g.2.2

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

4 g.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.

4 g.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.

4 g.2.5

An einer Gruppenbehandlung dürfen maximal 12 Patienten teilnehmen.

4 g.3

Absatz 3 (bleibt frei)

4 g.4

Absatz 4

4 g.4.1

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

5

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

5.1

Absatz 1 (bleibt frei)

5.2

Absatz 2

5.2.1

Krankheiten oder Behinderungen sind

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

5.2.2

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

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren sowie die Darm- oder Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und der Kleidung oder das Beheizen der Wohnung.

Ein alleiniger Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung reicht nicht aus.

5.2.3

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

5.2.4

Aufwendungen für medizinische Behandlungen sind nach § 4 BVO beihilfefähig.

5.2.5

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

5.2.6

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

5.3

Absatz 3

5.3.1

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

5.4

Absatz 4

5.4.1

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

5.4.2

Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind beihilfefähig.

5.4.3

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

5.4.4

Der Betrag von 2.557 Euro steht je Maßnahme zur Verfügung. Dabei sind alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung (und damit auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs) zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als eine Verbesserungsmaßnahme zu werten. Dies gilt auch dann,

wenn die Verbesserungsmaßnahmen in Einzelschritten verwirklicht werden. Ändert sich die Pflegesituation und werden weitere Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich, kann der Betrag von 2.557 Euro erneut geltend gemacht werden.

5.4.5

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

5.5

Absatz 5

5.5.1

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

5.5.2

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

5.5.3

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

5.5.4

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

5.5.5

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

5.6

Absatz 6

5.6.1

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

5.7

Absatz 7

5.7.1

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

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

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

5.7.2

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

5.8

Absatz 8

5.8.1

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

5 a

Zu § 5 a Häusliche Pflege

5 a.1

Absatz 1

5 a.1.1

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

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

5 a.1.2

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Nummer 5.2.2 und § 14 Absatz 4 SGB XI). Aufwendungen für darüber hinausgehende Leistungen sind nicht beihilfefähig. Die Aufwendungen für die häusliche Pflege können nur in Höhe der Beträge als angemessen (§ 3 Absatz 2 BVO) angesehen werden, die auf Grund des § 89 SGB XI zwischen den Trägern der Pflegedienste und den Leistungsträgern vereinbart wurden; dabei ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig. In Zweifelsfällen ist daher von dem Pflegedienst eine entsprechende Vergütungsvereinbarung einzuholen und zu den Akten des Beihilfeberechtigten zu nehmen.

5 a.1.3

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

5 a.1.4

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

5 a.1.5

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

5 a.1.6

Entstehen in Pflegefällen ohne formale Anerkennung als Härtefall nach § 36 Absatz 4 SGB XI auf Grund besonderen Pflegebedarfs in der Pflegestufe III höhere Aufwendungen, sind die Aufwendungen für häusliche Pflege bis zu einem monatlichen Gesamtbetrag von 3.468 Euro (1.550 Euro plus 1.918 Euro) beihilfefähig; dieser Betrag gilt auch, wenn neben der häuslichen Pflege zusätzlich teilstationäre Pflege in Anspruch genommen wird (Kombinationen nach § 5 b Absatz 3 oder 5 BVO).

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

5 a.2

Absatz 2

5 a.2.1

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

5 a.2.2

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

5 a.2.3

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

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

5 a.2.4

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

5 a.2.5

Für Pflegepersonen sind nach § 5 a Absatz 2 Satz 5 BVO in Verbindung mit den §§ 19 und 44 SGB XI Beiträge zur Rentenversicherung abzuführen. Die Beiträge sind nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c SGB VI von den Beihilfestellen anteilig zu tragen. Einzelheiten der Zahlungsabwicklung ergeben sich aus dem gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenorganisationen der Pflege- und Rentenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht für rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vom 9. Januar 2013, das auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung (www.deutsche-rentenversicherung.de) veröffentlicht ist. Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegekasse oder das private Pflegeversicherungsunternehmen. Die Beihilfestellen haben insoweit keine Meldepflicht. Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten der abgeführten anteiligen Ren-

tenversicherungsbeiträge erstellt die private oder die soziale Pflegeversicherung, nicht jedoch die Beihilfestelle.

5 a.2.6

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

5 a.2.7

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

5 a.2.7.1

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

- Familien- und Vorname, Geburtsdatum und Anschrift der pflegebedürftigen Person,
- Familien- und Vorname, Geburtsdatum und Anschrift der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt (arbeitslosenversicherungspflichtige Pflegeperson),
- die Rentenversicherungsnummer der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt (soweit bekannt),
- Beginn und Ende der Beitragspflicht sowie Rechtskreiskennzeichnung („Ost“ oder „West“),
- Angaben zu der beihilfeberechtigten Person, falls die pflegebedürftige Person keinen eigenen Beihilfeanspruch hat.

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

5 a.2.7.2

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

Beispiel:

Eingang der Mitteilung: 15. Februar 2014

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

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

5 a.2.7.3

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

Beispiel:

Monatl. Bezugsgröße (West) 2013 2.695,00 Euro

Beitragspflichtige Einnahmen 269,50 Euro

Beitragsatz Arbeitslosenversicherung 2013 3,0 v. H.

Daraus errechnet sich für das Beitragsjahr 2013

ein monatlicher beihilfefähiger Gesamtbeitrag von 8,09 Euro.

5 a.2.7.4

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

5 a.2.7.5

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

5 a.2.7.6

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

Beispiel:

Bundeseinheitlicher Beitragssatz KV 2013: 15,50 %

Beitragsatz PV 2013 (ggf. zzgl. 0,25 v. H. für Kinderlose): 2,05 %

Monatl. Bezugsgröße (West) 2013 2.695,00 Euro

Höchst mögl. beihilfefähiger Zuschuss KV (4,64 € x 30 Tage): 139,24 Euro

Höchst möglicher beihilfefähiger Zuschuss PV: 18,42 Euro (20,66 Euro).

5 a.2.7.7

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

5 a.2.7.8

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

5 a.3

Absatz 3

5 a.3.1

Verhinderungspflege kann nur zum Tragen kommen, wenn die häusliche Pflege durch Angehörige, Lebenspartner, Nachbarn, Bekannte oder sonstige Personen, die einen Pflegebedürftigen pflegen, durchgeführt wird. Pflegekräfte einer zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI und Pflegekräfte, mit denen die Pflegekasse einen Einzelvertrag nach § 77 SGB XI geschlossen hat, sind keine an der Pflege gehin-derte Pflegepersonen i. S. des § 5 a Absatz 3 BVO.

5 a.3.2

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

5 a.3.3

Wird die Ersatzpflege durch eine Pflegeperson, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt durchgeführt, ist grundsätzlich nur der bisherige Pauschalbetrag nach § 5 a Absatz 2 Satz 1 BVO beihilfefähig. Soweit dieser Ersatzpflegeperson durch die übernommene Pflege nachweislich Kosten entstehen (z.B. Fahrtkosten, Verdienstausschlag etc.), sind diese Kosten zusätzlich bis zu einem Jahresbetrag von 1.550 Euro beihilfefähig.

5 a.3.4

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

5 a.3.5

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

5 a.4

Absatz 4

5 a.4.1

Wird ein Pflegebedürftiger innerhalb eines Monats sowohl durch eine geeignete Pflegekraft wie auch durch eine selbst beschaffte Pflegehilfe gepflegt, ist hinsichtlich der Aufwendungen für die Pflegekraft die anteilige Berechnung zunächst nach dem zustehenden Höchstbetrag nach § 5 a Absatz 1 Satz 1 BVO (Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag und dem Rechnungsbetrag) vorzunehmen. Entsprechend diesem Verhältnis ist die anteilige Pauschale nach § 5 a Absatz 2 Satz 1 BVO (Pflegegeld) beihilfefähig.

5 b

Zu § 5 b Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

5 b.1

Absatz 1

5 b.1.1

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

5 b.1.2

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

5 b.2

Absatz 2

5 b.2.1

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

5 b.3

Zu Absatz 3

5 b.3.1

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

5 b.4

Absatz 4

5 b.4.1

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

5 b.5

Absatz 5

5 b.5.1

Sofern in einem Monat Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege neben Aufwendungen für eine häusliche Pflege nach § 5 a Absatz 1 und Absatz 2 BVO geltend gemacht werden, erfolgt keine Kürzung der Aufwendun-

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

5 b.6

Absatz 6

5 b.6.1

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

5 b.6.2

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

5 b.7

Absatz 7 (bleibt frei)

5 b.8

Absatz 8

5 b.8.1

Die besonderen Regelungen der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege für pflegebedürftige Personen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres gelten nicht für diejenigen Personen, die bereits in entsprechenden Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen wohnen und ggf. in den Ferien oder an den Wochenenden für die „Kurzzeitpflege“ in der Einrichtung bleiben. Beihilferechtlich ist die Entscheidung der Pflegeversicherung abzuwarten.

5 c

Zu § 5 c Vollstationäre Pflege

5 c.1

Absatz 1

5 c.1.1

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

5 c.1.2

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

5 c.1.3

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

5 c.1.4

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

5 c.1.5

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

5 c.2

Absatz 2

5 c.2.1

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

5 c.2.2

Als Erwerbseinkommen i.S. des § 5 c Absatz 2 Sätze 2 und 4 sind Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit, aus selbständiger Arbeit, aus Gewerbebetrieb, aus Land- und Forstwirtschaft sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen; Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten (§ 8 SGB IV) bleiben außer Ansatz. Dabei ist bei einem monatlich schwankenden Einkommen ein Durchschnitt der letzten 12 Monate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen. Einkommen der Kinder bleiben unberücksichtigt.

5 c.2.3

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

5 c.2.4

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

5 c.2.5

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

5 c.3

Absatz 3

5 c.3.1

Der Pflegeplatz ist im Fall vorübergehender Abwesenheit von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr für den Pflegebedürftigen freizuhalten. Abweichend hiervon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalt und bei Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. Soweit bei Abwesenheit drei Kalendertage überschritten werden, sind seitens der Pflegeeinrichtung ab dem 4. Tag Abschläge von mindestens 25 v. H. der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92 b SGB XI vorzunehmen.

5 c.4

Absatz 4 (bleibt frei)

5 c.5

Absatz 5 (bleibt frei)

5 c.6

Absatz 6

5 c.6.1

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

5 c.6.2

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

5 c.6.3

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

5 c.6.4

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

5 c.6.5

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

5 d

Zu § 5 d Zusätzliche Betreuungsleistungen bei häuslicher und stationärer Pflege

5 d.1

Absatz 1

5 d.1.1

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

5 d.1.2

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

- Tages- und Nachtpflege oder Kurzzeitpflege,
- Inanspruchnahme von zugelassenen Pflegediensten mit besonderen Angeboten der allgemeinen Anleitung und Betreuung,
- Niedrigschwellige Betreuungsangeboten entstehen.

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

5 d.2

Absatz 2

5 d.2.1

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

5 d.3

Absatz 3

5 d.3.1

Die in einem Kalenderjahr von der pflegebedürftigen Person nicht in Anspruch genommenen Beträge sind auf das nächste Kalenderhalbjahr zu übertragen (ein Antrag ist hierzu nicht erforderlich). Wird der auf das folgende Kalenderhalbjahr übertragene Anspruch (Guthaben) nicht ausgeschöpft, verfällt dieser Anspruch.

5 d.4

Absatz 4

5 d.4.1

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

5 d.5

Absatz 5 (bleibt frei)

5 d.6

Absatz 6 (bleibt frei)

5 d.7

Absatz 7 (bleibt frei)

6

Zu § 6 Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

6.1

Absatz 1

6.1.1

Nummer 3.2.8 gilt entsprechend. Dass die beantragte stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht durch eine Maßnahme nach § 7 BVO mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar ist, ist im Rahmen der Verordnung des behandelnden Arztes überprüfbar zu begründen und durch den Amtsarzt zu bestätigen (Ausnahme Anschlussheilbehandlungen).

6.1.2

Bei der Anschlussheilbehandlung handelt es sich um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, in deren Rahmen die während einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Absatz 1 Nummer 2 BVO) begonnenen Leistungen fortgesetzt werden, um einen langfristigen Erfolg zu erreichen. In diesen Fällen kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durch die Beihilfestelle – ggf. auch nachträglich – anerkannt werden, wenn der Krankenhausarzt deren Notwendigkeit bescheinigt und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme spätestens einen Monat nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung beginnt, eine weitere amts-

ärztliche Begutachtung ist nicht erforderlich. Bei einer zuvor ambulant durchgeführten Chemo- oder Strahlentherapie gilt eine anschließend notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme ebenfalls als Anschlussheilbehandlung.

6.1.3

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

6.1.4

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

6.2

Absatz 2

6.2.1

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

6.3

Absatz 3

6.3.1

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

6.3.2

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

6.4

Absatz 4 (bleibt frei)

6 a

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

6 a.1

Absatz 1

6 a.1.1

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

6 a.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.

6 a.1.3

Eine Kur nach § 6 a 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 6 a.2.1 sinngemäß.

6 a.2

Absatz 2

6 a.2.1

Für mitgenommene nicht behandlungsbedürftige Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr wird jeweils ein Zuschuss nach § 7 Absatz 3 Satz 2 BVO gewährt, soweit die Kosten der Unterbringung und Verpflegung dieser Kinder nicht im Rahmen der mit dem Sozialversicherungsträger getroffenen Vereinbarung für den oder die Behandlungsbedürftigen mit abgegolten ist.

6 a.3

Absatz 3 (bleibt frei)

6 b

Zu § 6 b Familienorientierte Rehabilitation

6 b.1

Absatz 1

6 b.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 (§ 6 b Absatz 2 BVO). Ein gutachterliches Voranerkennungsverfahren ist nicht erforderlich; die Verordnung des behandelnden Arztes des erkrankten Kindes ist ausreichend.

6 b.2

Absatz 2 (bleibt frei)

6 b.3

Absatz 3 (bleibt frei)

6 b.4

Absatz 4

6 b.4.1

Nummer 6 b.1 Satz 3 gilt entsprechend.

6 b.5

Absatz 5

6 b.5.1

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

6 b.5.2

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

6 c

Zu § 6 c Sozialmedizinische Nachsorge

6 c.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.

6 d

Zu § 6 d Rehabilitationssport und Funktionstraining

6 d.1

Absatz 1 (bleibt frei)

6 d.2

Absatz 2

6 d.2.1

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

6 d.3

Absatz 3

6 d 3.1

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

7

Zu § 7 Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

7.1

Absatz 1

7.1.1

Das 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.

7.2

Absatz 2

7.2.1

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

7.2.2

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

7.3

Absatz 3

7.3.1

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

7.4

Absatz 4

7.4.1

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

7.4.2

Die Aufwendungen für seitens der ambulanten Rehabilitationseinrichtung verordneten bzw. während der Rehabilitationsmaßnahme verabreichten Arzneimittel sind grundsätzlich neben der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarten Pauschale (§ 7 Absatz 4 Satz 3 BVO) beihilfefähig. Bei den Nebenkosten nach § 7 Absatz 4 Satz 4 BVO kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass mindestens Kosten in Höhe von 20 Euro täglich angefallen sind; ein Einzelnachweis ist daher nur in begründeten Ausnahmefällen notwendig.

7.4.3

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

7.4.4

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

7.4.5

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

7.4.6

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

7.4.7

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

8

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

8.1

Absatz 1

8.1.1

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

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

sowie die im Zusammenhang mit diesen Leistungen entstandenen Sachkosten.

8.2

Absatz 2

8.2.1

Über die Notwendigkeit einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation entscheidet die Beihilfestelle auf der

Grundlage eines amtsärztlichen Gutachtens. Die Kosten des Gutachtens sind beihilfefähig.

8.3

Absatz 3

8.3.1

Auf nachfolgende Nummer 8.4.3 Satz 3 wird hingewiesen.

8.4

Absatz 4

8.4.1

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

8.4.2

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

8.4.3

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

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

9

Zu § 9 Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

9.1

Absatz 1

9.1.1

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

9.1.2

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

9.1.3

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

9.2

Absatz 2 (bleibt frei)

10

Zu § 10 Behandlungs- und Beförderungskosten im Ausland; Auslandsrankenversicherung

10.1

Absatz 1

10.1.1

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

10.1.2

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

10.2

Absatz 2

10.2.1

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

10.3

Absatz 3

10.3.1

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

10.3.2

Aufwendungen, die im Kleinen Walsertal (Österreich) und in der Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang (Schweiz) entstehen, sind grundsätzlich wie im Inland entstandene

Aufwendungen zu behandeln. Da über die Art der Behandlung (Krankenhaus- oder stationäre Rehabilitationsbehandlung) regelmäßig erst der leitende Arzt nach der Eingangsuntersuchung entscheidet, ist im Interesse des Beihilfeberechtigten in jedem Fall ein Anerkennungsverfahren nach § 6 Absatz 1 Satz 1 BVO durchzuführen.

10.3.3

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

10.3.4

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

10.4

Absatz 4

10.4.1

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

10.5

Absatz 5 (bleibt frei)

10.6

Absatz 6 (bleibt frei)

10.7

Absatz 7

10.7.1

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

10.7.2

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

10.7.3

Eine Kopie des Versicherungsvertrages ist zur Beihilfeakte zu nehmen.

11

Zu § 11 Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

11.1

Absatz 1

11.1.1

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

11.1.2

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

11.2

Absatz 2 (bleibt frei)

12

Zu § 12 Bemessung der Beihilfen

12.1

Absatz 1

12.1.1

Die Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 12 Absatz 1 Satz 3 BVO bezieht sich auf alle Aufwendungen, die in

dem Zeitraum entstanden sind, in dem der Familienzuschlag für zwei oder mehr Kinder zusteht bzw. zustünde.

12.1.2

In den Fällen des § 12 Absatz 1 Satz 4 BVO ist durch gemeinsame schriftliche Erklärung nach Anlage 6 zu dieser VV derjenige zu bestimmen, der den erhöhten Bemessungssatz erhalten soll; in der Erklärung ist anzugeben, welche Festsetzungsstelle für den weiteren Berechtigten zuständig ist. Die Festsetzungsstelle, bei der der erhöhte Bemessungssatz beantragt wird, übersendet eine Kopie der Erklärung der anderen Festsetzungsstelle.

12.1.3

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

12.1.4

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

12.1.5

Nummer 2.2.4 gilt entsprechend.

12.2

Absatz 2 (bleibt frei)

12.3

Absatz 3

12.3.1

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

12.4

Absatz 4

12.4.1

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

12.5

Absatz 5

12.5.1

Wird der Nachweis nach § 12 Absatz 5 Satz 2 BVO nicht erbracht, kann eine Erhöhung des Bemessungssatzes nicht erfolgen. Unabhängig vom Leistungsumfang genügt eine vor dem 1. April 2007 abgeschlossene Versicherung, sofern sie ambulante und stationäre Leistungen vorsieht, sowie eine ab 1.1.2009 abgeschlossene Versicherung im sog. Basistarif als ausreichende Versicherung.

12.5.2

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

12.5.3

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

12.6

Absatz 6

12.6.1

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

12.7

Absatz 7

12.7.1

Die sich nach Anwendung des Bemessungssatzes ergebende Beihilfe wird insoweit vermindert, als sie zusammen mit den anrechenbaren Leistungen von dritter Seite zu einer über die tatsächlichen Aufwendungen hinausgehenden Erstattung führen würde. Als tatsächliche Aufwendungen gelten neben den beihilfefähigen Aufwendungen auch die Kosten, zu denen lediglich wegen Überschreitung von Höchstgrenzen keine Beihilfen gewährt werden können, die aber im Übrigen dem Grunde nach beihilfefähig sind (z. B. bei einem Krankenhausaufenthalt die Aufwendungen für ein Einbettzimmer, bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen und Müttergenesungskuren sowie ambulanten Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen die gesamten Kosten für Unterkunft und Verpflegung und bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen die gesamten Kosten für zahntechnische Leistungen). Die bei stationäre Pflege berechneten Investitionskosten (§ 5 c Absatz 2 Satz 1 BVO) sind auch dem Grunde nach nicht beihilfefähig.

12.7.2

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

12.7.3

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

12.7.4

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

12 a

Zu § 12 a Kostendämpfungspauschale

12 a

Absatz 1

12 a.1.1

Bei der ersten Antragstellung im Kalenderjahr ist bei Angehörigen der Besoldungsgruppen W 1 bis W 3 mit Zulage oder Leistungsbezug das Monatsbrutto (Grundgehalt plus Leistungsbezug bzw. Zulage) des Antragsmonats der Vergleichsberechnung zu Grunde zu legen. Einmalzahlungen nach § 12 LBesG (vgl. Artikel 1 Nummer 4 des Gesetzes vom 16. Mai 2013, GV. NRW. S. 233) bleiben außer Ansatz.

12 a.1.2

Für die Ermittlung der Kostendämpfungspauschale der Besoldungsgruppen W 1 und W 2 ist in der Besoldungsgruppenstufe 3 das niedrigste Grundgehalt der Besoldungsgruppe A 16, in der Stufe 4 das der Besoldungsgruppe B 4 sowie in der Stufe 5 das Grundgehalt der

Besoldungsgruppe B 8 maßgebend; dies gilt entsprechend für die Besoldungsgruppe W 3 für die Stufen 4 und 5.

12 a.1.3

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

12 a.2

Absatz 2 (bleibt frei)

12 a.3

Absatz 3

12 a.3.1

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

12 a.4

Absatz 4

12 a.4.1

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

12 a.5

Absatz 5

12 a.5.1

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

12 a.6

Absatz 6

12 a.6.1

Die Kostendämpfungspauschale ist auf volle 5 Euro abzurunden.

12 a.7

Absatz 7 (bleibt frei)

13

Zu § 13 Verfahren

13.1

Absatz 1

13.1.1

Pensionsregelungsbehörde ist im kommunalen Bereich der letzte Dienstherr.

13.2

Absatz 2

13.2.1

Für den Beihilfeantrag, die Kassenanordnung und die Mitteilung über die Gewährung der Beihilfe sollen die als Anlagen 7 und 7 a zu dieser VV beigefügten Formblätter verwendet werden. Es können auch Kassenanordnungen, die für die gleichzeitige Fertigung der Auszahlungsanordnung und des Überweisungsträgers eingerichtet sind, sowie Sammelanordnungen verwendet werden. Bei Unfällen (einschl. häuslicher Unfälle, Sport-, Spiel- und Schulunfälle) ist ein Unfallbericht nach Anlage 8 zu dieser VV vorzulegen. Sofern Beihilfen mittels eines automatisierten Verfahrens festgesetzt werden, können dem Verfahren angepasste Vordrucke verwendet werden.

13.2.2

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

13.2.3

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

13.2.4

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

13.2.5

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

13.3

Absatz 3 (bleibt frei)

13.4

Absatz 4

13.4.1

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

13.5

Absatz 5 (bleibt frei)

13.6

Absatz 6 (bleibt frei)

13.7

Absatz 7

13.7.1

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

13.7.2

Bei stationärer Krankenhausbehandlung und bei Dialysebehandlung kann auf Antrag des Beihilfeberechtigten ein Abschlag auch unmittelbar an das Krankenhaus oder die Dialyse-Institution überwiesen werden. Das als Anlage 10 zu dieser VV beigefügte Formblatt sollte nach Möglichkeit für die Beantragung der Abschlagszahlung verwendet werden.

13.7.3

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

13.8

Absatz 8 (bleibt frei)

13.9

Absatz 9 (bleibt frei)

13.10

Absatz 10 (bleibt frei)

13.11

Absatz 11

13.11.1

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

13.12

Absatz 12 (bleibt frei)

14

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

14.1

Absatz 1

14.1.1

Kinder im Sinne von § 14 Absatz 1 BVO sind die leiblichen sowie die als Kind angenommenen Kinder. Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilfeberechtigten sowie im 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 Stelnenzulagen, Familienzuschlag ohne kinderbezogene Anteile, vermögenswirksame Leistungen, Sonderzahlungen, Leistungsbezüge der W-Besoldung). Außer Ansatz bleiben variable Bezügebestandteile wie z.B. Erschwerniszulagen, Mehrarbeitsvergütungen, Vergütung für Beamte im Vollstreckungsdienst. Bei den Versorgungsbezügen handelt es sich insbesondere um Ruhegehalt, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeitrag. Soweit Anrechnungs-, Ruhens- und Regelungsvorschriften Anwendung finden, ist beihilferechtlich von dem ungekürzten Versorgungsbezug auszugehen.

15.1.2

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

15.1.3

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

15.1.4

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

15.2

Absatz 2

15.2.1

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

16

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

17

Zu § 17 Personenbezogene Bezeichnungen (bleibt frei)

17 a

Zu § 17 a Übergangsregelungen (bleibt frei)

18

Zu § 18 Inkrafttreten (bleibt frei)

Artikel II

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

Anlage 1**Anschriftenverzeichnis der Heilpraktikerverbände**

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

Anlage 2

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

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

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

1.

lfd. Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag Euro
I. I n h a l a t i o n e n ¹⁾		
1	Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. K r a n k e n g y m n a s t i k , B e w e g u n g s ü b u n g e n		
4	Krankengymnastische Behandlung ²⁾ (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung	19,50
5	Krankengymnastische Behandlung ²⁾³⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10

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

III. Massagen

18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassagen) ²⁾	13,80
----	---	-------

19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁷⁾	
	a) Teilbehandlung, 30 Minuten	19,50
	b) Großbehandlung, 45 Minuten	29,20
	c) Ganzbehandlung, 60 Minuten	39,00
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität ⁸⁾	8,70
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturregelschaltung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	23,10

IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder

21	Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	10,30
22	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) - bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	11,80
	- Teilpackung	20,50
	- Großpackung	28,20
	b) Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	14,90
	c) Kaltpackung (Teilpackung) - Anwendung von Lehm, Quark o.ä. - Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	7,70 15,40
	d) Heublumensack, Peloidkompressen	9,20
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10

24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	12,30
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	20,00
25	a) Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	9,20
	b) Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
26	Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,00
27	a) Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
	b) Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	39,90
28	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	
	a) Teilbad	28,70
	b) Vollbad	32,80
29	Sole-Photo-Therapie - Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV- A/UV-B-Bestrahlung - einschließlich Nachfetten -) und Licht-Öl-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,80
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	13,30
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	19,50
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,50
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	21,00
	d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	18,50
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10

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

V. Kälte- und Wärmebehandlung

32	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70
33	Eisteilbad	9,80
34	Heißluftbehandlung ⁹⁾ oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	5,70

VI. Elektrotherapie

35	Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese-	6,20
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z.B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39	Iontophorese	6,20
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41	Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,00

VII. Lichttherapie

42	Behandlung mit Ultraviolettlicht ⁹⁾	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmer	2,60
43	a) Reizbehandlung ⁹⁾ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
	b) Reizbehandlung ⁹⁾ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70

VIII. Logopädie

46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60
	c) Ausführlicher Bericht	11,80
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, je Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40

IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)

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

X. Podologische Therapie¹³⁾

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

58	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50
59	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
60	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nummer 59 beihilfefähig), je Person	3,50

X I . S o n s t i g e s

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

2. Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

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

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

2.1.1 Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

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

2.1.2 Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthesen,
- Osteotomien der großen Röhrenknochen.

2.1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit

- Schulterprothesen,
- Knieendoprothesen,
- Hüftendoprothesen.

2.1.4 Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)

- Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
- Schultergelenkläsionen, insbesondere nach operativ versorgter Bankard-Läsion, Rotatorenman-schettenruptur, schwere Schultersteife (frozen sholder), Impingement-Syndrom, Schulterge-lenkluxation, tendinosis calcarea, periarthritis humero-scapularis (PHS),
- Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss.

2.1.5 Amputationen

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

Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedo-kumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

2.3 Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Lei-stungen:

- Krankengymnastische Einzeltherapie,
- physikalische Therapie nach Bedarf,
- medizinisches Aufbautraining,

und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:

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

2.4 Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter An-gabe des Datums zu bestätigen.

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

3. Medizinisches Aufbautraining (MAT)

Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrai-ningsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn

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

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt.

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

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

- Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 GOÄ, zuzüglich zusätzlichem Geräte-Sequenztraining analog Nummer 558 GOÄ (je Sitzung) und begleitende krankengymnastische Übungen nach Nummer 506 GOÄ. Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

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

Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

-
- 1) *Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.*
 - 2) *Neben den Leistungen nach den Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.*
 - 3) *Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z.B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.*
 - 4) *Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.*
 - 5) *Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.*
 - 6) *Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.*
 - 7) *Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden anerkannt werden.*
 - 8) *Das notwendige Bindenmaterial (z.B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird.*
 - 9) *Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.*
 - 10) *Darf nur bei Durchführung von solchen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/Erweiterten Ambulanten Physiotherapie zugelassen sind.*
 - 11) *Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.*
 - 12) *Die Leistungen der Nummern 4 bis 6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie auf Grund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.*

- 13) *Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologinnen und Podologen sind grundsätzlich nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.*

Aufwendungen für ärztlich verordnete Orthonoxyspangen sind auch außerhalb der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

1. Nagelkorrekturspange mit Endschlaufen (Feder- bzw. Schienungsprinzip)

- a) Erste Behandlungseinheiten bis zur Fixierung (Verklebung) der angefertigten Spange (einschließlich Nageluntersuchung, -bearbeitung, Abdruck, Passiv-Spange, Aufsetzen, Abnehmen, Fixierung, Materialkosten): 100 Euro.*

- b) Folgebehandlung (Nachregulierungen) je Behandlungseinheit (einschließlich Nagelbearbeitung, Anpassen, Aufsetzen, Fixierung, Materialkosten): 24,50 Euro.*

- c) Kontrolluntersuchung: 7,00 Euro.*

2. Nagelkorrekturspange ohne Endschlaufen (Klebespange)

- a) Behandlung (einschließlich Nageluntersuchung, -bearbeitung, Fixierung, Materialkosten): 44,50 Euro.*

- b) Kontrolluntersuchung: 7,00 Euro.*

Anlage 3**Formblätter zum Verfahren bei ambulanter Psychotherapie****Formblatt 1**

(VV 4 a.4.2 zu § 4 a Absatz 2 BVO NRW)

Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie**I. Anonymisierungscode der oder des Beihilfeberechtigten***(erfolgt durch die Beihilfestelle)*

--

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie.

Ort, Datum

(Unterschrift der oder des Beihilfeberechtigten)

II. Auskunft der Patientin / des Patienten**1. Wer wird behandelt?**

(Beihilfeberechtigter/Ehegatte/Eingetragener Lebenspartner/Kind)

Alter

2. Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige Frau/Herrn

.....

der Fachgutachterin/dem Fachgutachter der Beihilfestelle Auskunft zu geben und entbinde sie/ihn von der Schweigepflicht der Ärztin/des Arztes oder Psychotherapeutin/Psychotherapeuten (nachfolgend Therapeutinnen oder Therapeuten genannt) und bin damit einverstanden, dass die Fachgutachterin/der Fachgutachter der Beihilfestelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Ort, Datum

.....
(Unterschrift der Patientin / des Patienten
oder der gesetzlichen Vertreterin oder des
gesetzlichen Vertreters)

III. Bescheinigung der Therapeutin oder des Therapeuten

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- ☐ Erstbehandlung ☐ Verlängerung/Folgebehandlung
- ☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
☐ analytische Psychotherapie
☐ Verhaltenstherapie

3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

Von _____ bis _____ Anzahl der Sitzungen _____

4. Mit wie vielen Sitzungen ist zu rechnen?

_____ Anzahl der Einzelsitzungen _____ Anzahl der Gruppensitzungen

5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson begleitend behandelt?

☐ ja ☐ nein _____ Anzahl der Sitzungen

6. Gebührenziffern:

Gebührenhöhe je Sitzung _____

IV. Fachkundenachweis für die beantragte Psychotherapie

1. **Ärztinnen und Ärzte** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Fachärztin/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
☐ Fachärztin/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
☐ Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
☐ Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
verliehen: ☐ **vor** dem 1. April 1984
 ☐ **nach** dem 1. April 1984
- ☐ Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
☐ Schwerpunkt Verhaltenstherapie
☐ Bereichsbezeichnung Psychoanalyse

Eine Berechtigung zur Behandlung

- ☐ in Gruppen
☐ von Kindern und Jugendlichen

liegt vor.

2. Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

2.1 Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG)

Datum der Approbation _____ als

- ☐ Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- ☐ Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Für welche durch den gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannten Behandlungsverfahren liegt eine durch staatliche Prüfung abgeschlossene „vertiefte Ausbildung“ nach § 8 (3) Absatz 1 PsychThG und entsprechend 3.2, 3.3 sowie 4.2 der Anlage 1 der BVO NRW vor?

- ☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- ☐ analytische Psychotherapie
- ☐ Verhaltenstherapie

bei ☐ Erwachsenen, bei ☐ Kindern und Jugendlichen, in ☐ Gruppen.

Name der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte (nach § 6 PsychThG)

Liegt

a) eine entsprechende KV-Zulassung vor? ja ☐ nein ☐

KV-Zulassungsnummer: _____ , bei welcher KV? _____

b) ein Eintrag in das Ärztereister vor?

ja ☐ nein ☐ , bei welcher KV? _____

Wenn a) und b) verneint, Begründung:

2.2 Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit Approbation nach § 12 PsychThG (Übergangsregelung)

Datum der Approbation _____ als

- ☐ Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
- ☐ Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

KV-Zulassungsnummer: _____ , bei welcher KV? _____

Gegebenenfalls Eintragung in das Arztregister bei KV _____

Bezogen auf KV-Zulassung oder Eintrag ins Arztregister geben Sie bitte im Sinne von § 12 PsychThG in Verbindung mit 3.3, 3.5 sowie 4.3 der Anlage 1 der BVO NRW und § 95 c Satz 2 Nummer 3 SGB V an, für welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a SGB V anerkannte Behandlungsverfahren Sie eine vertiefte Ausbildung nachgewiesen haben.

- ☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - ☐ analytische Psychotherapie
 - ☐ Verhaltenstherapie
- bei ☐ Erwachsenen, bei ☐ Kindern und Jugendlichen, in ☐ Gruppen.

Verfügen Sie ggf. über eine abgeschlossene Zusatzausbildung an einem (bis 31.12.98 von der KBV) anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut:
ja ☐ nein ☐

- für ☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (!) analytische Psychotherapie,
☐ Verhaltenstherapie

Name und Ort des Institutes: _____

Datum des Abschlusses: _____

Ort, Datum _____

(Unterschrift und Stempel der Therapeutin/des Therapeuten)

Formblatt 2

(VV 4 a.4.2, 4 a.4.4, 4 a.4.5 zu § 4 a Absatz 2 BVO NRW)

Absender:.....
(Name und Anschrift der Therapeutin / des Therapeuten)

Bericht

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag an die Beihilfestelle zur Weiterleitung an die Gutachterin / den Gutachter zu übersenden.

an die Gutachterin / den Gutachter zum Antrag
auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I. Angaben über die Patientin / den Patienten

Anonymisierungscode (von der Festsetzungsstelle vorgegeben)	Familienstand
---	---------------

Alter	Geschlecht	Beruf
-------	------------	-------

II. Angaben über die Behandlung

1. Art der vorgesehenen Therapie:
2. Datum des Therapiebeginns:
3. Anzahl und Frequenz der seit Therapiebeginn durchgeführten Einzel- oder Gruppensitzungen:
4. Anzahl und Frequenz der voraussichtlich noch erforderlichen Einzel- oder Gruppensitzungen (insgesamt und wöchentlich):

III. Bericht der Therapeutin / des Therapeuten zum Antrag auf tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie.
Ergänzende Hinweise bei Anträgen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Fallbezogene Auswahl zu den folgenden Gesichtspunkten:

1. **Spontanangaben** der Patientin / des Patienten zu ihrem / seinem Beschwerdebild, dessen bisherigem Verlauf, ggf. bisherige Therapieversuche. Grund des Kommens zum jetzigen Zeitpunkt, ggf. von wem veranlasst? Therapieziele der Patientin / des Patienten (bei K. + J. auch der Eltern). Bei stationärer psychotherapeutischer/psychosomatischer Vorbehandlung bitte Abschlussbericht beifügen.
2. **Psychischer Befund:** Emotionaler Kontakt, therapeutische Beziehung (Übertragung/Gegenübertragung), Intelligenz, Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit in die psychische Bedingtheit des Beschwerdebildes, Motivation zur Psychotherapie, Stimmungslage, bevorzugte Abwehrmechanismen, Art und Ausmaß infantiler Fixierungen, Strukturniveau, Persönlichkeitsstruktur. Bei K. + J. auch Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchungen und Testuntersuchungen, Spielbeobachtung, Inszenierung des neurotischen Konflikts.

Psychopathologischer Befund (z. B. Motorik, Affekt, Antrieb, Bewusstsein, Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis).

3. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese, oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?
4. **Biographische Anamnese** unter Berücksichtigung der Entwicklung neurotischer und persönlichkeitsstruktureller Merkmale, Angaben zur Stellung der Patientin oder des Patienten in ihrer oder seiner Familie, ungewöhnliche, individuelle oder familiäre Belastungen, Traumatisierungen, emotionales Klima der Primärgruppe, Beziehungsanalyse innerhalb der Familie früher und heute, schulische Entwicklung und Berufswahl, Art der Bewältigung von phasentypischen Schwellensituationen, Erfahrungen mit Partnerbeziehungen, Umgang mit Sexualität, jetzige soziale Situation, Arbeitsfähigkeit, einschneidende somatische Erkrankungen, bisherige psychische Krisen und Erkrankungen. Bei K. + J. auch Geburtsanamnese, frühe Entwicklungsbedingungen, emotionale, kognitive und psychosoziale Entwicklung, Entwicklung der Familie, soweit sie die Psychodynamik plausibel macht.
5. **Psychodynamik der neurotischen Erkrankung:** Wie haben sich Biographie, Persönlichkeitsstruktur, Entwicklung intrapsychischer unbewusster Verarbeitungsweisen und spezifische Belastungscharakteristik einer auslösenden Situation so zu einer pathogenen Psychodynamik verdichtet, dass die zur Behandlung kommende psychische oder psychisch bedingte Störung hieraus resultiert? Auch wenn die zur Behandlung anstehenden Störungen chronischer Ausdruck einer neurotischen Entwicklung sind, ist darzulegen, welche Faktoren jetzt psychodynamisch relevant zur Dysfunktionalität oder Dekompensation geführt haben.

Bei K. + J.: Die aktuelle, neurotische Konfliktsituation muss dargestellt werden unter psychogenetischem, intrapsychischem und interpersonellem Aspekt. Bei strukturellen Ichdefekten auch deren aktuelle und abgrenzbare Auswirkung auf die o. g. Konflikte. Ggf. Schilderung krankheitsrelevanter, familiärer dynamischer Faktoren.
6. **Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung:** Ableitung der Diagnose auf symptomatischer und/oder struktureller Ebene aus der Psychodynamik, inklusive differentialdiagnostischer Erwägungen.
7. **Behandlungsplan,** indikative Begründung für die beantragte Behandlungsform unter Berücksichtigung der Definitionen von tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie und der Darlegung realisierbar erscheinender Behandlungszielsetzung. Die Sonderformen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie wie niederfrequente Therapie sind, bezogen auf die Therapiezielsetzungen, besonders zu begründen. Spezielle Indikation für Gruppentherapie. Es muss in jedem Fall ein Zusammenhang nachvollziehbar dargestellt werden zwischen der Art der zur Behandlung kommenden Erkrankung, der Sitzungsfrequenz, dem Therapievolumen und dem Therapieziel, das unter Berücksichtigung der jeweils begrenzten Behandlungsvolumina als erreichbar angesehen wird.
8. **Prognostische Einschätzung,** bezogen auf die Therapiezielsetzungen mit Begründung durch Beurteilung des Problembewusstseins der Patientin oder des Patienten und seiner Verlässlichkeit, seiner partiellen Lebensbewältigung, sowie seiner Fähigkeit oder Tendenz zur Regression, seiner Flexibilität und seinen Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Bei K. + J. auch Vorstellungen über altersentsprechende Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten, Veränderungen der realen Rolle in der Familie, Umstellungsfähigkeit der Eltern.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. Evtl. Ergänzungen zum Erstbericht, zur Diagnose und Differential-Diagnostik.
2. Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufs, insbesondere der Bearbeitung der individuellen, unbewussten pathogenen Psychodynamik, Entwicklung der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung und des Arbeitsbündnisses. Bei K. + J. auch beispielhafte Spielsequenzen und Art der Einbeziehung der Therapeutin oder des Therapeuten. Erreichte Besserungen, kritische Einschätzung der Therapiezielsetzung des Erstantrags. Angaben zur Mitarbeit der Patientin oder des Patienten, seine Regressionsfähigkeit oder -tendenz, evtl. Fixierungen versus Flexibilität. Bei K. + J. Mitarbeit und Flexibilität der Eltern und Themen der Elterngespräche.
3. Bei Gruppentherapie: Entwicklung der Gruppendynamik, Teilnahme der Patientin oder des Patienten am interaktionellen Prozess in der Gruppe, Möglichkeiten des Patienten, seine Störungen in der Gruppe zu bearbeiten.

4. Änderungen des Therapieplanes mit Begründung.
5. Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf mit Begründung des wahrscheinlich noch notwendigen Behandlungsvolumens und der Behandlungsfrequenz unter Bezug auf die weiteren Entwicklungsmöglichkeiten der Patientin oder des Patienten und Berücksichtigung evtl. krankheitsfixierender Umstände.

IV. Bericht der Therapeutin oder des Therapeuten zum Antrag auf Verhaltenstherapie

1. **Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik:** Schilderung der Klagen der Patientin oder des Patienten und der Symptomatik zu Beginn der Behandlung, möglichst mit wörtlichen Zitaten gegebenenfalls auch Bericht der Angehörigen/Bezugspersonen der Patientin oder des Patienten. (Warum kommt die Patientin oder der Patient zu eben diesem Zeitpunkt?)

2. **Lebensgeschichtliche Entwicklung der Patientin oder des Patienten und Krankheitsanamnese:**

- a) Darstellung der lerngeschichtlichen Entwicklung, die zur Symptomatik geführt hat und für die Verhaltenstherapie relevant ist.
- b) Angaben zur psychischen und körperlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der familiären Situation, des Bildungsgangs und der beruflichen Situation.
- c) Darstellung der besonderen Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und der familiären Situation (Schwellensituation), besondere Auslösebedingungen.
- d) Beschreibung der aktuellen sozialen Situation (familiäre, ökonomische, Arbeits- und Lebensverhältnisse), die für die Aufrechterhaltung und Veränderung des Krankheitsverhaltens bedeutsam ist. Bereits früher durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen (ambulant/stationär) und möglichst alle wesentlichen Erkrankungen, die ärztlicher Behandlung bedürfen, sollen erwähnt werden.

Bei Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen sind möglichst auch für die Verhaltensanalyse relevante Angaben zur lerngeschichtlichen Entwicklung der Bezugspersonen zu machen.

3. **Psychischer Befund:** (Testbefunde, sofern sie für die Entwicklung des Behandlungsplans und für die Therapieverlaufskontrolle relevant sind)

- a) Aktuelles Interaktionsverhalten in der Untersuchungssituation, emotionaler Kontakt.
- b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit der Persönlichkeit.
- c) Psychopathologischer Befund (z. B. Bewusstseinsstörungen, Störungen der Stimmungslage, der Affektivität und der amnestischen Funktion, Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen).

4. **Somatischer Befund:** Bei Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bitte „Ärztlichen Konsiliarbericht“ beifügen (sonst keine Bearbeitung möglich!). Gibt es Bemerkenswertes zur Familienanamnese oder Auffälligkeiten der körperlichen Entwicklung?

5. **Verhaltensanalyse:** Beschreibung der Krankheitsphänomene, möglichst in den vier Verhaltenskategorien Motorik, Kognitionen, Emotionen und Physiologie. Unterscheidung zwischen Verhaltens excessen, Verhaltensdefiziten und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik in der Beschreibung von Verhaltensstörungen.

Funktions- und Bedingungsanalyse der für die geplante Verhaltenstherapie relevanten Verhaltensstörungen in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell mit Berücksichtigung der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik.

Beschreibung von Verhaltensaktiva und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten und Bewältigungsfähigkeiten. Wird die Symptomatik des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen zu berücksichtigen.

6. **Diagnose:** Darstellung der Diagnose aufgrund der Symptomatik und der Verhaltensanalyse. Differentialdiagnostische Abgrenzung unter Berücksichtigung auch anderer Befunde, ggf. unter Beifügung der Befundberichte.

7. **Therapieziele und Prognose:** Darstellung der konkreten Therapieziele mit ggf. gestufter prognostischer Einschätzung (dabei ist zu begründen, warum eine gegebene Symptomatik direkt oder indirekt verändert werden soll); Motivierbarkeit, Krankheitseinsicht und Umstellungsfähigkeit; ggf. Einschätzung der Mitarbeit der Bezugspersonen, deren Umstellungsfähigkeit und Belastbarkeit.

8. **Behandlungsplan:** Darstellung der Behandlungsstrategie in der Kombination oder Reihenfolge verschiedener Interventionsverfahren, mit denen die definierten Therapieziele erreicht werden sollen. Angaben zur geplanten Behandlungsfrequenz und zur Sitzungsdauer (50 Minuten, 100 Minuten). Begründung der Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen auch ihres zahlenmäßigen Verhältnisses zueinander mit Angabe der Gruppenzusammensetzung und Darstellung der therapeutischen Ziele, die mit der Gruppenbehandlung erreicht werden sollen. Begründung der begleitenden Behandlung der Bezugspersonen in Einzel- oder Gruppensitzungen sowie zur Gruppengröße und Zusammensetzung.

Bericht zum Fortführungsantrag

1. **Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1.-3. und 5. des Erstberichtes:** Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese, psychischer Befund und Bericht der Angehörigen des Patienten, Befundberichte aus ambulanten oder stationären Behandlungen, ggf. testpsychologische Befunde. Ergänzungen zur Diagnose oder Differentialdiagnose.
2. **Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufs:** Ergänzungen oder Veränderungen der Verhaltensanalyse, angewandte Methoden, Angaben über die bislang erreichte Veränderung der Symptomatik, ggf. neu hinzugetretene Symptomatik, Mitarbeit des Patienten und ggf. der Bezugspersonen.
3. **Beschreibung der Therapieziele für den jetzt beantragten Behandlungsabschnitt und ggf. Änderung des Therapieplans:** Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf und Begründung der noch wahrscheinlich notwendigen Therapiedauer mit Bezug auf die Veränderungsmöglichkeiten der Verhaltensstörungen des Patienten.

....., den

.....

(Stempel und Unterschrift der Therapeutin /
des Therapeuten)

Formblatt 3 (VV 4 a.4.5 zu § 4 a Absatz 2 BVO NRW)

Anonymisierungscode

Konsiliarbericht^{*)}**vor Aufnahme****einer Psychotherapie****Auf Veranlassung von:**_____
Name der Therapeutin / des Therapeuten

- ☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich:

Art der Maßnahme

Aktuelle Beschwerden, psychischer und somatischer Befund (bei K. + J. insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes):

Stichwortartige Zusammenfassung der im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden relevanten anamnestischen Daten:

Medizinische Diagnose(n), Differential-, Verdachtsdiagnosen:

- ☐ Relevante Vor- und Parallelbehandlungen stat./amb. (z. B. laufende Medikation):

- ☐ Befunde, die eine ärztliche/ärztlich-veranlasste Begleitbehandlung erforderlich machen, liegen vor:

- ☐ Befunde, die eine psychiatrische oder Kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen, liegen vor:

- ☐ Psychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung ist ☐ erfolgt ☐ veranlasst.

- ☐ Welche ärztlichen/ärztlich-veranlassten Maßnahmen oder Untersuchungen sind notwendig?

Welche ärztlichen Maßnahmen oder Untersuchungen sind veranlasst?

- ☐ Bestehen aufgrund ärztlicher Befunde derzeit Kontraindikationen für eine psychotherapeutische Behandlung?

☐ ja☐ nein_____
Ausstellungsdatum_____
Stempel/Unterschrift der Ärztin / des ArztesAusfertigung für die Therapeutin / den Therapeuten^{*)} Den Bericht bitte in einem als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag übersenden.

Formblatt 4

(VV 4 a.4.6 zu § 4 a Absatz 2 BVO NRW)

(Beihilfestelle)

Ort, Datum

-----,-----

┌

(Anschrift der Gutachterin / des Gutachters)

┐

└

┘

Betr.: Beihilfevorschriften (BVO NRW)
hier: Psychotherapie-Gutachten

Anlg.: 1 Antrag (Formblatt 1)
 1 Bericht der Therapeutin / des Therapeuten (Formblatt 2) in verschlossenem Umschlag
 1 Psychotherapie-Gutachten (Formblatt 5 - dreifach)
 1 Freiumschlag

Sehr geehrte(r) Frau/Herr

ich bitte um gutachtliche Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung

Anonymisierungscode

Neben dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit und Entbindung von der Schweigepflicht ist der Bericht der Therapeutin / des Therapeuten in einem verschlossenen Umschlag beigelegt

Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt

(Gutachten vom Anzahl der Sitzungen

Name der Gutachterin oder des Gutachters

.....*)

Ihr Gutachten (Obergutachten) bitte ich mir in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblattes 5 nebst einer Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 41,00 (82,00) Euro zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen
 Im Auftrag

*) Nur bei Folge- oder Verlängerungsgutachten

Formblatt 5

(VV 4 a.4.7 zu § 4 a Absatz 2 BVO NRW)

Psychotherapie-Gutachten

für
(Anonymisierungscode)

Bezug: Auftragsschreiben vom

Stellungnahme:

Wie viele Sitzungen sind notwendig?

1. für die Patientin / den Patienten

2. für die begleitende Psychotherapie der
Bezugsperson

Einzelsitzungen	Gruppensitzungen

.....
(Stempel u. Unterschrift der Gutachterin / des Gutachters)

Formblatt 6

(VV 4 a.4.7 zu § 4 a Absatz 2 BVO NRW)

(Beihilfestelle)

Ort, Datum

-----,-----

┌

(Anschrift des Beihilfeberechtigten oder
des Bevollmächtigten)

┐

└

┘

Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie

Ihr Antrag vom

Sehr geehrte(r) Frau / Herr

aufgrund des Psychotherapie-Gutachtens werden die Kosten einer

- ☐ tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie
☐ analytischen Psychotherapie
☐ Verhaltenstherapie

für.....durch.....
(Name der Patientin/des Patienten) (Name der Therapeutin/des Therapeuten)

für eine ☐ Einzelbehandlung ☐ Gruppenbehandlung bis zu - weiteren -
..... Sitzungen

☐ für eine begleitende Behandlung der Bezugsperson bis zu - weiteren -
..... Sitzungen

nach Maßgabe der Beihilfevorschriften als beihilfefähig anerkannt.

Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist bei der oben genannten Beihilfestelle schriftlich oder zur Niederschrift einzulegen.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Anlage 4**Antrag auf Zahlung eines Zuschusses zu den
Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung während der Pflegezeit**

An

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐
oder ausfüllen**1. Person in Pflegezeit**

Familiennamen

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Rufnummer

Dauer der Pflegezeit

vom

bis

2. Beihilfeberechtigte Person

Familiennamen

Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Rufnummer

3. Pflegebedürftige Person☐ Beihilfeberechtigte Person☐ Ehegattin/Lebenspartnerin☐ Kind

Ehegatte/Lebenspartner

Vorname:

4. Beitrag während der Pflegezeit

Name der Krankenkasse oder des Versicherungsunternehmens

Monatsbeitrag

Krankenversicherung in €

Monatsbeitrag

Pflegeversicherung in €

Familienversicherung möglich

☐ ja ☐ nein

Bestätigung der Krankenversicherung bzw. der Krankenkasse

5. Bankverbindung

Kreditinstitut

IBAN

BIC

6. Erklärung

Mir ist bekannt, dass ich Änderungen unverzüglich anzuzeigen habe und dass die Zuschüsse ganz oder anteilig zurückzuzahlen sind, falls sie die Höhe der gezahlten Beiträge übersteigen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Anlage 5

Heilkurorteverzeichnis (Inland/ Register Ortsteile/ Ausland)

1. Kurorteverzeichnis Inland

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
A				
Aachen	52066	Aachen	Burtscheid	Heilbad
	52062	Aachen	Monheimsallee	Heilbad
Aalen	73433	Aalen	Röthardt	Ort mit Heilstollen- Kurbetrieb
Abbach	93077	Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Ahlbeck	17419	Ahlbeck	G	Seeheilbad
Aibling	83043	Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen, Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	95680	Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	38707	Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Altenberg	01773	Altenberg	Altenberg	Kneippkurort
Andernach	56626	Andernach	Bad Tönisstein	Heilbad
Arolsen	34454	Bad Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	88326	Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
B				
Baden-Baden	76530	Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	79410	Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	72270	Baiersbronn	Schwarzenberg-Schönmünzach, Obertal	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Baltrum	26579	Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bansin	17429	Bansin	G	Seeheilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Bayersoien	82435	Bad Bayersoien	Bad Bayersoien	Heilbad
Bayreuth	95410	Bayreuth	B – Lohengrin Therme Bayreuth	Heilquellenkurbetrieb
Bayrischzell	83735	Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bederkesa	27624	Bederkesa	G	Moorheilbad
Bellingen	79415	Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Belzig	14806	Belzig	Belzig	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Bentheim	48455	Bad Bentheim	Bad Bentheim	Heilbad
Berchtesgaden	83471	Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Bergzabern	76887	Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippheilbad und Heilklimatischer Kurort
Berka	99438	Bad Berka	Bad Berka	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Berleburg	57319	Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	95460	Bad Berneck i. Fichtelgebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge, Frankenhammer, Kutschenrangen, Rödlasberg, Warmeleithen	Kneippheilbad
Bernkastel-Kues	54470	Bernkastel-Kues	Stadtteil Kueser Plateau	Heilklimatischer Kurort
Bertrich	56864	Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilbad
Beuren	72660	Beuren	G	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Bevensen	29549	Bad Bevensen	Bad Bevensen	Heilbad und Kneipp- kurort
Biberach	88400	Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Birnbach	84364	Bad Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
Bischofsgrün	95493	Bischofsgrün	G	Heilklimatischer Kurort
Bischofswiesen	83483	Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blankenburg, Harz	38889	Blankenburg, Harz	G	Heilbad
Blieskastel	66440	Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	97708	Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenmais	94249	Bodenmais	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Bodenteich	29389	Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	73087	Bad Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Boltenhagen	23944	Ostseebad Boltenhagen	G	Seeheilbad
Boppard	56154	Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	Kneippheilbad Heilbad
Borkum	26757	Borkum	G	Nordseeheilbad
Brambach	08648	Bad Brambach	Bad Brambach	(Mineral-) Heilbad
Bramstedt	24576	Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Heilbad
Breisig	53498	Bad Breisig	Bad Breisig	Heilbad
Brilon	59929	Brilon	Brilon	Kneippkurort
Brückenau	97769	Bad Brückenau	G - sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
Buchau	88422	Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor-) Heilbad
Buckow	15377	Buckow	G - ausgenommen der Ortsteil „Hasenholz“	Kneippkurort
Bünde	32257	Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heil- quelle und Moor)
Büsum	25761	Büsum	Büsum	Seeheilbad
Burgbrohl	56659	Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilbad
Burg/Fehmarn	23769	Burg/Fehmarn	Burg	Seeheilbad

C

Camberg	65520	Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Colberg-Heldburg	98663	Bad Colberg - Heldburg	Bad Colberg	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Cuxhaven	27478	Cuxhaven	G	Nordseeheilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
D				
Dahme	23747	Dahme	Dahme	Seeheilbad
Damp	24351	Damp	Damp 2000	Seeheilbad
Daun	54550	Daun	Daun	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	32760	Detmold	Hiddesen	Kneippkurort
Diez	65582	Diez	Diez	Felkekurort
Ditzenbach	73342	Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	75335	Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Doberan	18209	Bad Doberan	Bad Doberan Heiligendamm	(Moor-) Heilbad Seeheilbad
Driburg	33014	Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Düben	04849	Bad Düben	Bad Düben	(Moor-) Heilbad
Dürkheim	67098	Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilbad
Dürrheim	78073	Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-) Heilbad und Heilklimatischer Kurort
E				
Ehlscheid	56581	Ehlscheid	G	Heilklimatischer Kurort
Eilsen	31707	Bad Eilsen	G	Heilbad
Elster	04645	Bad Elster	Bad Elster, Sohl	Mineral- und Moorheilbad
Ems	56130	Bad Ems	Bad Ems	Heilbad
Emstal	34308	Bad Emstal	Sand	Heilbad
Endbach	35080	Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	83093	Bad Endorf	Bad Endorf, Eisenbartling, Hofham, Kurf, Rachental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	59597	Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Esens	26422	Esens	Bensersiel	Nordseeheilbad
Essen	49152	Bad Essen	Bad Essen	Heilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
-----------------------------------	------------	-----------------	--	-----------------------

Eutin	23701	Eutin	G	Heilklimatischer Kurort
-------	-------	-------	---	-------------------------

F

Fallingbostel	29683	Fallingbostel	Fallingbostel	Kneippheilbad
Feilnbach	83075	Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Finsterberg	99898	Finsterberg	G	Heilklimatischer Kurort
Fischen	87538	Fischen/Allgäu	G	Heilklimatischer Kurort
Frankenhausen	06567	Bad Frankenhausen	K	Sole-Heilbad
Freiburg	79098	Freiburg	Ortsbereich „An den Heilquellen“	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Freienwalde	16259	Bad Freienwalde	Freienwalde	Moorheilbad
Freudenstadt	72250	Freudenstadt	Freudenstadt	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Friedrichskoog	25718	Friedrichskoog	Friedrichskoog	Nordseeheilbad
Füssen	87629	Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Heilbad Kneippkurort
Füssing	94072	Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Eggfling a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Voglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	Heilbad

G

Gaggenau	76571	Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen-
----------	-------	----------	---------------	----------------------

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
				Kurbetrieb
Gandersheim	37581	Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Heilbad
Garmisch- Partenkirchen	82467	Garmisch- Partenkirchen	G - ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gelting	24395	Gelting	G	Kneippkurort
Gersfeld	36129	Gersfeld (Rhön)	K	Kneippheilbad
Gladenbach	35075	Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	24960	Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
Göhren	18586	Ostseebad Göhren	G	Kneippkurort
Goslar	38644	Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Graal-Müritz	18181	Graal-Müritz	G	Seeheilbad
Grasellenbach	64689	Grasellenbach	K	Kneippkurort und Kneippheilbad
Griesbach i. Rottal	94086	Bad Griesbach i. Rottal	Bad Griesbach i. Rottal Weghof	Heilbad
Grömitz	23743	Grömitz	Grömitz	Seeheilbad
Grönenbach	87728	Grönenbach	Grönenbach, Au, Brandholz, in der Tarrast, Egg, Gmeinschwenden, Greit, Herbisried, Hueb, Klevers, Kornhoven, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schwenden, Seefeld, Waldeck b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippheilbad
Großenbrode	23775	Großenbrode	G	Seeheilbad
Grund	37539	Bad Grund	Bad Grund	Heilbad
H				
Haffkrug- Scharbeutz	23683	Haffkrug- Scharbeutz	Haffkrug	Seeheilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Haigerloch	72401	Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Harzburg	38667	Bad Harzburg	K	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Heilbrunn	83670	Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Münnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindlschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	Heilklimatischer Kurort
Heiligenhafen	23774	Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Heiligenstadt	37308	Heiligenstadt	Heiligenstadt	Heilbad
Helgoland	27498	Helgoland	G	Seeheilbad
Herbstein	36358	Herbstein	K	Heilbad
Heringsdorf	17442	Heringsdorf	G	Ostseeheilbad und (Sole-) Heilbad
Herrenalb	76332	Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	36251	Bad Hersfeld	K	Heilbad
Hille	32479	Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Hindelang	87541	Bad Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	79856	Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Hitzacker	29456	Hitzacker	Hitzacker	Kneippkurort
Höchenschwand	79862	Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	53557	Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilbad
Höxter	37671	Höxter	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb
Hohwacht	24321	Hohwacht	G	Seeheilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Homburg	61348	Bad Homburg	K	Heilbad
Horn	32805	Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
I				
Iburg	49186	Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad
Isny	88316	Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
J				
Juist	26571	Juist	G	Nordseeheilbad
K				
Karlshafen	34385	Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	34117	Kassel	Bad Wilhelmshöhe	Kneippheilbad und Thermal-Sole-Heilbad
Kellenhusen	23746	Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
Kissingen	97688	Bad Kissingen	G	Heilbad
Klosterlausnitz	07639	Bad Klosterlausnitz	Bad Klosterlausnitz	Heilbad
König	64732	Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	78126	Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	97631	Bad Königshofen i. Grabfeld	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	61462	Königstein im Taunus	K, Falkenstein	Heilklimatischer Kurort
Kösen	06628	Bad Kösen	G	Heilbad
Kötzting	93444	Bad Kötzting	Stadtteil Kötzting	Kneippheilbad und Kneippkurort
Kohlgrub	82433	Bad Kohlgrub	G	Heilbad
Kreuth	83708	Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
Kreuznach	55543	Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Krozingen	79189	Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	86381	Krumbach (Schwaben)	B - Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
L				
Laasphe	57334	Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	49196	Bad Laer	G	Soleheilbad
Lahnstein	56112	Lahnstein	Stadtteil Lahnstein auf der Höhe	Heilquellen-Kurbetrieb
Langensalza	99947	Bad Langensalza	K	Schwefel-Sole-Heilbad
Langeoog	26465	Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lausick	04651	Bad Lausick	Bad Lausick	Heilbad
Lauterberg	37431	Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad
Lenzkirch	79853	Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenstein	36448	Bad Liebenstein	K	Heilbad
Liebenwerda	04924	Bad Liebenwerda	Dobra, Kosilenzien, Maasdorf, Zeischa	Ort mit Peloidkurbetrieb
Liebenzell	75378	Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	64678	Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	33175	Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	59556	Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Lobenstein	07356	Lobenstein	Lobenstein	Moor- Heilbad
Ludwigsburg	71638	Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb

M

Malente	23714	Malente	Malente-Gremsmühlen, Krummsee, Timmdorf	Heilklimatischer Kurort
Manderscheid	54531	Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Marienberg	56470	Bad Marienberg	Bad Marienberg (nur Stadtteile Bad Marienberg, Zinnheim und der Gebietsteil der Gemarkung Langenbach, begrenzt	Kneippheilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
			durch die Gemarkungsgrenze Hardt, Zinnheim, Marienberg sowie die Bahntrasse Erbach-Bad Marienberg)	
Marktschellenberg	83487	Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Masserberg	98666	Masserberg	Masserberg	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	97980	Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mettlach	66693	Mettlach	Orscholz	Heilklimatischer Kurort
Mölln	23879	Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	72116	Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Münder	31848	Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Münster/Stein	55583	Bad Münster am Stein-Ebernburg	Bad Münster am Stein	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Münstereifel	53902	Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Kneippheilbad
Murnau	82418	Murnau a. Staffelsee	B - Ludwigsbad Murnau	Moorkurbetrieb
Muskau	02953	Bad Muskau	G	Ort mit Moorkurbetrieb

N

Nauheim	61231	Bad Nauheim	K	Heilbad, Kneippkurort
Naumburg	34309	Naumburg	K	Kneippkurort
Nenndorf	31542	Bad Nenndorf	Bad Nenndorf	Heilbad
Neualbenreuth	95698	Neualbenreuth	B - Badehaus Maiersreuth / Sibyllenbad	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Neubulach	75386	Neubulach	Neubulach	Heilstollen- Kurbetrieb und Heilklimatischer Kurort
Neuenahr	53474	Bad Neuenahr- Ahrweiler	Bad Neuenahr	Heilbad
Neuharlingersiel	26427	Neuharlingersiel	Neuharlingersiel	Nordseeheilbad
Neukirchen	34626	Neukirchen	K	Kneippkurort
Neustadt/D	93333	Neustadt	Bad Gögging	Heilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
		a. d. Donau		
Neustadt/S	97616	Bad Neustadt	Bad Neustadt a. d. Saale,	Heilbad
		a. d. Saale	Salzburg	
Nidda	63667	Nidda	Bad Salzhausen	Heilbad
Nonnweiler	66620	Nonnweiler	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norden	26506	Norden	Norddeich, Westermarsch II	Nordseeheilbad
Norddorf	25946	Norddorf/Amrum	Norddorf	Seeheilbad
Norderney	26548	Norderney	G	Nordseeheilbad
Nordstrand	25845	Nordstrand	G	Seeheilbad
Nümbrecht	51588	Nümbrecht	G	Heilklimatischer Kurort

O

Oberstaufen	87534	Oberstaufen	G - ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Schrothheilbad und Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	87561	Oberstdorf	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Oeynhausen	32545	Bad Oeynhausen	Bad Oeynhausen	Heilbad
Olsberg	59939	Olsberg	Olsberg	Kneippkurort
Orb	63619	Bad Orb	K	Heilbad
Ottobeuren	87724	Ottobeuren	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Oy-Mittelberg	87466	Oy-Mittelberg	Oy	Kneippkurort

P

Pellworm	25847	Pellworm	Pellworm	Seeheilbad
Petershagen	32469	Petershagen	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Peterstal-	77740	Bad Peterstal-	G	Heilbad und
Griesbach		Griesbach		Kneippkurort
Porta Westfalica	32457	Porta Westfalica	Hausberge	Kneippkurort

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
-----------------------------------	------------	-----------------	--	-----------------------

Preußisch Olden- dorf	32361	Preußisch Olden- dorf	Bad Holzhausen	Heilbad
--------------------------	-------	--------------------------	----------------	---------

Prien	83209	Prien a. Chiemsee	G - ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart	Kneippkurort
-------	-------	-------------------	---	--------------

Pyrmont	31812	Bad Pyrmont	K	Heilbad
---------	-------	-------------	---	---------

R

Radolfzell	78315	Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
------------	-------	------------	---------	--------------

Ramsau	83486	Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
--------	-------	----------------------------	---	-------------------------

Rappenau	74906	Bad Rappenau	Bad Rappenau	(Sole-) Heilbad
----------	-------	--------------	--------------	-----------------

Reichenhall	83435	Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
-------------	-------	-----------------	---	---------

Reichshof	51580	Reichshof	Eckenhagen	Heilklimatischer Kurort
-----------	-------	-----------	------------	-------------------------

Rengsdorf	56579	Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
-----------	-------	-----------	-----------	-------------------------

Rippoldsau- Schapbach	77776	Bad Rippoldsau- Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
--------------------------	-------	------------------------------	----------------	---------

Rodach	96476	Bad Rodach b. Coburg	Bad Rodach	Heilbad
--------	-------	-------------------------	------------	---------

Rothenfelde	49214	Bad Rothenfelde	G	Heilbad
-------------	-------	-----------------	---	---------

Rottach-Egern	83700	Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
---------------	-------	---------------	---	-------------------------

S

Saarow	15526	Bad Saarow	Bad Saarow	Thermalsole- und Moorheilbad
--------	-------	------------	------------	---------------------------------

Sachsa	37441	Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
--------	-------	------------	------------	-------------------------

Säckingen	79713	Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
-----------	-------	---------------	---------------	---------

Salzdetfurth	31162	Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Heilbad
--------------	-------	------------------	----------------------------	---------

Salzgitter	38259	Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Sole-Kurbetrieb
------------	-------	------------	----------------	-------------------------

Salzschlirf	36364	Bad Salzschlirf	K	Heilbad
-------------	-------	-----------------	---	---------

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Salzuflen	32105	Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Heilbad
Salzungen	36433	Bad Salzungen	Bad Salzungen	Heilbad
Sasbachwalden	77887	Sasbachwalden	G	Kneippkurort
Sassendorf	59505	Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Saulgau	88348	Saulgau	Saulgau	Heilbad
Schandau	01814	Bad Schandau	Bad Schandau, Krippen, Ostrau	Kneippkurort
Scharbeutz	23683	Scharbeutz	Scharbeutz	Seeheilbad
Scheidegg	88175	Scheidegg	G	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Schieder	32816	Schieder- Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangenbad	65388	Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	53937	Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schlema	08301	Bad Schlema	G	Heilbad
Schluchsee	79859	Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	57392	Schmallenberg	a) Fredeburg b) Grafschaft	Kneippkurort Heilklimatischer Kurort
Schmiedeberg	06905	Bad Schmiedeberg	G	Heilbad
Schömborg	75328	Schömborg	Schömborg	Heilklimatischer Kurort und Kneippkurort
Schönau	83471	Schönau a. Königsee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönberg	24217	Schönberg	Holm	Heilbad und Kneipp- kurort
Schönborn	76669	Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Schönebeck- Salzelmen	39624	Schönebeck- Salzelmen	G	Heilbad
Schönwald	78141	Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	88427	Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-) Heilbad
Schwalbach	65307	Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	87645	Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Schwartau	23611	Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
Segeberg	23795	Bad Segeberg	G	Heilbad
Siegsdorf	83313	Siegsdorf	B - Adelholzener Primusquelle	Heilquellen-Kurbetrieb
Sinzig	53489	Sinzig	Bad Bodendorf	Heilbad
Sobernheim	55566	Bad Sobernheim	Bad Sobernheim	Felke-Heilbad
Soden am Taunus	65812	Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	63628	Bad Soden- Salmünster	K	Heilbad
Soltau	29614	Soltau	B	(Sole-) Heilbad
Sooden-Allendorf	37242	Bad Sooden- Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	26474	Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Blasien	79837	St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	25826	St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Seeheilbad und Mineralheilbad
Staffelstein	96226	Bad Staffelstein	G	Heilbad
Steben	95138	Bad Steben	G	Heilbad
Stützerbach	98714	Stützerbach	Stützerbach	Kneippkurort
Stuttgart	70173	Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Suderode	06507	Bad Suderode	G	Heilbad
Sülze	18334	Bad Sülze	G	(Moor- u. Sole-) Heilbad
Sulza	99518	Bad Sulza	Bad Sulza	Sole-Heilbad
T				
Tabarz	99891	Tabarz	G	Kneipp-Kurort
Tecklenburg	49545	Tecklenburg	Tecklenburg	Kneippkurort
Tegernsee	83684	Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort
Teinach-	75385	Bad Teinach-	Bad Teinach	Heilbad

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Zavelstein		Zavelstein		
Templin	17268	Templin	Templin	Thermalsoleheilbad
Tennstedt	99955	Bad Tennstedt	G	Ort mit Heilquellenkurbetrieb
Thyrnau	94136	Thyrnau	B - Sanatorium Kellberg	Mineralquellen- Kurbetrieb
Timmendorfer Strand	23669	Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Seeheilbad
Titisee-Neustadt	79822	Titisee-Neustadt	Titisee	Kneippkurort
Todtmoos	79682	Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	83646	Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Moorheilbad und Heil- klimatischer Kurort Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	56841	Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilbad
Travemünde	23570	Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
Treuchtlingen	91757	Treuchtlingen	B - Altmühltherme/Lambertusbad	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Triberg	78098	Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort

U

Überkingen	73337	Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	88662	Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	72574	Bad Urach	Bad Urach	Heilbad

V

Vallendar	56179	Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Varel	26316	Varel	B - Dangast	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Vilbel	61118	Bad Vilbel	K	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Villingen-	78050	Villingen-	Villingen	Kneippkurort

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
Schwenningen		Schwenningen		
Vlotho	32602	Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
W				
Waldbronn	76337	Waldbronn	Gemeindeteile Busenbach, Reichenbach	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Waldsee	88399	Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad und Kneippkurort
Wangerland	26434	Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerooge	26486	Wangerooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	34414	Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (Heil- quelle)
Waren (Müritz)	17192	Waren (Müritz)	G	Heilbad
Warmbad	09429	Wolkenstein	Warmbad	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Weiskirchen	66709	Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Weißensadt am See	95163	Weißensadt am See	Kurzentrum Weißensadt	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Wenningstedt	25996	Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
Westerland	25980	Westerland	Westerland	Seeheilbad
Wiesbaden	65189	Wiesbaden	K	Heilbad
Wiesenbad	09488	Wiesa	Thermalbad Wiesenbad	Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Wiessee	83707	Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	75323	Bad Wildbad	Bad Wildbad	Heilbad
Wildemann	38709	Wildemann	G	Kneippkurort
Wildungen	34537	Bad Wildungen	a) K b) Reinhardshausen	Heilbad Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb
Willingen	34508	Willingen	a) K	Heilklimatischer Kurort Kneippkurort

Name ohne Zusatz „Bad“	PLZ	Gemeinde	Anerkennung als Kurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K *)	Artbezeichnung
			b Usseln	Heilklimatischer Kurort
Wilsnack	19336	Bad Wilsnack	K	Thermal- und Moorheilbad
Wimpfen	74206	Bad Wimpfen	Bad Wimpfen, Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe	(Sole-) Heilbad
Windsheim	91438	Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimermühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	59955	Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	25946	Wittdün/Amrum	Wittdün	Seeheilbad
Wörishofen	86825	Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wolfegg	88364	Wolfegg	G	Heilklimatischer Kurort
Wünnenberg	33181	Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippheilbad
Wurzach	88410	Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-) Heilbad
Wyk a. F.	25938	Wyk a. F.	Wyk	Seeheilbad

Z

Zingst	18374	Ostseebad Zingst	G	Seeheilbad
Zwesten	34596	Bad Zwesten	K	Heilquellen-Kurbetrieb
Zwischenahn	26160	Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Heilbad

*) _____

B = Einzelkurbetrieb

G = gesamtes Gemeindegebiet

K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

2. Register der Kurorte – Inland - (Ortsteile),
die wegen Zugehörigkeit zu einer größeren Einheit an anderer Stelle aufgeführt sind

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
A	
Abbach-Schloßberg	Abbach
Achmühl	Heilbrunn
Adelholzen	Siegsdorf
Aichmühle	Füssing
Ainsen	Füssing
Alschbach	Blieskastel
Altastenberg	Winterberg
Anatswald	Oberstdorf
An den Heilquellen	Freiburg
Agering	Füssing
Au	Abbach
Au	Grönenbach
Aunham	Birnbach
B	
Balg	Baden-Baden
Baumberg	Heilbrunn
Bayerisch Gmain	Reichenhall
Bensersiel	Esens
Bernwies	Heilbrunn
Berg	Stuttgart
Birgsau	Oberstdorf
Bockswiese	Goslar
Bodendorf	Sinzig
Brandholz	Grönenbach
Brandschachen	Füssing
Bregnitz	Königsfeld
Bruchhausen	Höxter
Bruck	Hindelang
Burtscheid	Aachen
Busenbach	Waldbronn

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
C	
Cannstadt	Stuttgart
D	
Dangast	Varel
Detfurth	Salzdetfurth
Dietersberg	Oberstdorf
Dobra	Liebenwerda
Dürnöd	Füssing
E	
Ebene	Oberstdorf
Eckarts	Brückenu
Eckenhagen	Reichshof
Egg	Grönenbach
Eggfing a. Inn	Füssing
Einödsbach	Oberstdorf
Eisenbartling	Endorf
Eitlöd	Füssing
Eldern	Ottobeuren
Elkeringhausen	Winterberg
Erbach	Wimpfen
F	
Faistenoy	Oberstdorf
Faulenbach	Füssen
Faulenfürst	Schluchsee
Fischbach	Schluchsee
Fleckinger Mühle	Wimpfen
Flickeröd	Füssing
Frankenhammer	Berneck
Fredeburg	Schmallenberg
G	
Gailenberg	Hindelang
Gemünd	Schleiden
Germete	Warburg

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Gerstruben	Oberstdorf
Glashütte	Schieder
Gmeinschwenden	Grönenbach
Gögging	Füssing
Gögging	Neustadt a.d. Donau
Gottenried	Oberstdorf
Graben	Heilbrunn
Greit	Grönenbach
Gremsmühlen	Malente
Grenier	Königsfeld
Griesbach	Peterstal-Griesbach
Groß	Hindelang
Gruben	Oberstdorf
Gundsbach	Oberstdorf
H	
Hahnenklee	Goslar
Hartenthal	Wörishofen
Harthausen	Aibling
Hausberge	Porta Westfalica
Heiligendamm	Doberan
Herbisried	Grönenbach
Hermannsborn	Driburg
Hiddesen	Detmold
Hinterstallau	Heilbrunn
Hinterstein	Hindelang
Höhenhöfe	Wimpfen
Hofham	Endorf
Hoheneck	Ludwigsburg
Holm	Schönberg
Holzhäuser	Füssing
Holzhaus	Füssing
Holzhausen	Preußisch Oldendorf
Hopfen am See	Füssen
Hopfenberg	Petershagen
Horumersiel	Wangerland

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Hub	Füssing
Hub	Heilbrunn
Hueb	Grönenbach
I	
Imnau	Haigerloch
In der Tarrast	Grönenbach
Irching	Füssing
J	
Jauchen	Oberstdorf
Jordanbad	Biberach
K	
Kalkofen	Abbach
Kellberg	Thyrnau
Kibling	Reichenhall
Kiensee	Heilbrunn
Kleinwindsheimermühle	Windsheim
Klevers	Grönenbach
Kornofen	Grönenbach
Kornau	Oberstdorf
Kosilenzien	Liebenwerda
Kreuzbühl	Grönenbach
Krippen	Schandau
Krummsee	Malente
Kurf	Endorf
Kutschenrangen	Berneck
L	
Langau	Heilbrunn
Langenbach	Marienberg
Langenbrücken	Schönborn
Lautzkirchen	Blieskastel
Lichtental	Baden-Baden
Liebenstein	Hindelang
Linden	Heilbrunn

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
M	
Maasdorf	Liebenwerda
Manneberg	Grönenbach
Meinberg	Horn
Mettnau	Radolfzell
Mingolsheim	Schönborn
Mitterreuthen	Füssing
Monheimsallee	Aachen
Mürnsee	Heilbrunn
N	
Neutrauchburg	Isny
Niederholz	Grönenbach
Niendorf	Timmendorfer Strand
Norddeich	Norden
O	
Oberbuchen	Heilbrunn
Oberdorf	Hindelang
Oberenzenau	Heilbrunn
Oberes Hart	Wörishofen
Oberfischbach	Tölz
Obergammenried	Wörishofen
Oberjoch	Hindelang
Obermühl	Heilbrunn
Oberreuthen	Füssing
Obersteinbach	Heilbrunn
Obertal	Baiersbronn
Ölmühle	Grönenbach
Oos	Baden-Baden
Orscholz	Mettlach
Ostfeld	Heilbrunn
Ostrau	Schandau
P	
Pichl	Füssing
Pimsöd	Füssing

Kurort ohne Zusatz „Bad“**aufgeführt bei**

Poinzaun

Füssing

R

Rachental

Endorf

Ramsau

Heilbrunn

Randringhausen

Bünde

Raupolz

Grönenbach

Rechberg

Grönenbach

Reckenberg

Hindelang

Reichenbach

Waldbronn

Reindlschmiede

Heilbrunn

Reute

Oberstdorf

Riedenburg

Füssing

Riedle

Hindelang

Ringang

Oberstdorf

Rödlasberg

Berneck

Röthardt

Aalen

Rotenfels

Gaggenau

Rothenstein

Grönenbach

Rothenuffeln

Hille

S

Safferstetten

Füssing

Saig

Lenzkirch

Salzburg

Neustadt a. d. Saale

Salzhausen

Nidda

Salzig

Boppard

Sand

Emstal

Schieferöd

Füssing

Schillig

Wangerland

Schöchlöd

Füssing

Schönau

Heilbrunn

Schöneschach

Wörishofen

Schwand

Oberstdorf

Schwarzenberg-Schönmünzach

Baiersbronn

Schwenden

Grönenbach

Sebastiansweiler

Mössingen

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Seebruch	Vlotho
Seefeld	Grönenbach
Senkelteich	Vlotho
Sohl	Elster
Spielmannsau	Oberstdorf
Steinach	Waldsee
Steinreuth	Füssing
Ströbing	Endorf
T	
Thalau	Füssing
Thalham	Füssing
Thierham	Füssing
Thürham	Aibling
Timmdorf	Malente
Tönisstein	Andernach
Tönisstein	Burgbrohl
U	
Unterbuchen	Heilbrunn
Unterenzenau	Heilbrunn
Unteres Hart	Wörishofen
Untergammenried	Wörishofen
Unterjoch	Hindelang
Untersteinbach	Heilbrunn
Unterreuthen	Füssing
Usseln	Willingen
V	
Valdorf-West	Vlotho
Voglherd	Heilbrunn
Voglöd	Füssing
Vorderhindelang	Hindelang
W	
Waldegg b. Grönenbach	Grönenbach
Waldliesborn	Lippstadt

Kurort ohne Zusatz „Bad“	aufgeführt bei
Walkmühle	Windsheim
Warmbad	Volkenstein
Warneleithen	Berneck
Weghof	Griesbach
Weichs	Abbach
Weidach	Füssing
Weierherweber	Heilbrunn
Westermarsch II	Norden
Westernkotten	Erwitte
Wies	Füssing
Wiesweber	Heilbrunn
Wildstein	Traben-Trarbach
Wilhelmshöhe	Kassel
Wörnern	Heilbrunn
Würding	Füssing
Z	
Zeitlofs	Brückenaue
Zeischa	Liebenwerda
Zell	Aibling
Ziegelberg	Grönenbach
Ziegelstadel	Grönenbach
Zieglöd	Füssing
Zinnheim	Marienberg
Zwicklarn	Füssing

3. Kurorteverzeichnis EU-Ausland

Bulgarien

Seebad Goldstrand

Frankreich

Aix-les-Bains

Amèlie-les-Bains

Cambo-les-Bains

Dax

La Roche-Posay

Italien

Abano Terme

Galzignano

Ischia

Montegrotto

Lettland

Jurmale

Litauen

Druskininkai

Österreich

Badgastein

Hall in Tirol

Bad Hofgastein

Bad Schönau

Bad Waltersdorf

Oberlax

Polen

Bad Flinsberg / Swieradow-Zdroj

Kolberg / Kolobrzeg

Swinemünde

Ustron

Rumänien

Bad Felix / Baile Felix

Slowakei

Bojnice

Piestany

Turčianske Teplice

Spanien

Archena (Murcia)

Tschechien

Bad Belohrad / Lázně Bělohrad

Bad Joachimsthal / Jáchymov

Bad Teplitz / Lázně Teplice v Čechách

Franzensbad / Frantiskovy Lázně

Johannisbad / Janské Lázně

Karlsbad / Karlovy Vary

Konstantinsbad / Konstantinovy Lázně

Luhačovice

Marienbad / Mariánské Lázně

Ungarn

Bad Heviz

Bad Zalakaros

Bük

Hajdúszoboszló

Komarom

Sarvar

Vereinigtes Königreich

Bath

4. Kurorteverzeichnis Ausland (nicht EU)

Kurorte am Toten Meer

Ein Boqeq

Sweimeh

Sdom

Anlage Kinder**Anlage 6****Antragsteller/in** Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

Dienststellen-Nr.

oder

Schul-Nr.

Erklärung zur Berücksichtigung von Kindern und zum Beihilfebemessungssatz

(nur auszufüllen bei Beihilfeberechtigung beider Elternteile)

1 Anderer Elternteil

Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Dienststelle

Postleitzahl, Ort

Dienststellen-Nr.

oder

Schul-Nr.

2 Beihilfen für die Kinder

soll erhalten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Antragsteller	Anderer Elternteil ¹⁾
Kind 1 (K 1)		☐	☐
Kind 2 (K 2)		☐	☐
Kind 3 (K 3)		☐	☐
Kind 4 (K 4)		☐	☐
Kind 5 (K 5)		☐	☐

¹⁾ Soweit der andere Elternteil Anspruch nach Bundes- oder vergleichbarem Landesbeihilfenrecht hat und den Familienzuschlag für ein Kind erhält, ist nach in Nordrhein-Westfalen geltenden Bestimmungen die Beihilfengewährung für dieses Kind und ggf. die Zahlung des erhöhten Bemessungssatzes ausgeschlossen.

3 Erhöhter Bemessungssatz (bei zwei oder mehr berücksichtigungsfähigen Kindern)

Den erhöhten Bemessungssatz von 70 v. H. soll erhalten

☐

Antragsteller

☐

anderer Elternteil

Uns ist bekannt, dass die Bestimmung nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden kann.

Datum, Unterschrift des Antragstellers

Datum, Unterschrift des anderen Elternteils

Antrag auf Zahlung einer Beihilfe**Anlage 7**

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat – *Angaben freiwillig* -

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat – *Angaben freiwillig* -

Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen oder ausfüllen (PC oder Schreibmaschine, möglichst nicht handschriftlich)

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

(Bitte Anmerkung 2 beachten.)

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Aufwendungen sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde bisher eine Beihilfe nicht beantragt.

Die Daten werden mit meinem Einverständnis nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres zur Ermittlung der Belastungsgrenze (§ 15 BVO) für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann; die Berücksichtigung der Belastungsgrenze ist in diesem Fall nicht möglich.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags bin ich nicht einverstanden. ☐ (ggf. bitte ankreuzen)

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag
der Aufwendungen ca.Anzahl der Belege
(s. Anmerkung 8)

, – €

Es werden **Pflegeaufwendungen** nach § 5 ff. BVO geltend gemacht
(Bitte zusätzlich Anlage "Pflege" ausfüllen)

☐ Ja

Erstantrag oder hat sich Ihre Bankverbindung geändert?

☐ Nein

☐ Ja **Bitte ausfüllen:**

IBAN: Eingabe bitte vier Zeichen - soweit vorhanden - pro Spalte								BIC

Erstantrag oder hat sich die Adresse, an die der Bescheid gesandt wird, geändert?

☐ Nein

☐ Ja **Bitte ausfüllen:**

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Bei wiederholter Antragstellung:

Haben sich Änderungen zu den Nummern 1 bis 6 gegenüber den Angaben im letzten Beihilfeantrag ergeben?

☐ **Ja** Bitte Nummern 1 bis 9 vollständig ausfüllen☐ **Nein** Bitte weiter bei Nummer 7**1 Angaben zum Beschäftigungsumfang**

Vollbeschäftigung:

☐ JaNur Tarifbeschäftigte:

Begründung des jetzigen ununterbrochen bestehenden Beschäftigungsverhältnisses vor dem 01.01.1999

☐ ja☐ nein

Beurlaubung ohne Bezüge in den letzten 12 Monaten:

☐ Nein☐ Ja vom bis

Grund:

☐ Nein Zahl der Wochenstunden:**2 Angaben zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen**

Name, Vorname	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ	Kinderbezogener Anteil im Familienzuschlag steht mir zu (s. Anmerkung 3 und 4)	Anderem Elternteil steht der kinderbezogene Anteil im Familienzuschlag zu	Angaben zu Berufstätigkeit usw. (zum Ausfüllen s. Anmerkung 7)	von TT.MM. JJJJ	bis TT.MM. JJJJ
Ehegatte / eingetragener Lebenspartner						
Kind 1 (K 1)		☐	☐			
Kind 2 (K 2)		☐	☐			
Kind 3 (K 3)		☐	☐			
Kind 4 (K 4)		☐	☐			
Kind 5 (K 5)		☐	☐			

3 Krankenversicherungsschutz

Bei Erstantrag bitte vollständig ausfüllen, auch wenn für einzelne der nachstehenden Personen keine Beihilfe beantragt wird, und Versicherungsschein oder –bescheinigung beifügen.

Versicherte Person	Private Krankenversicherung			Gesetzliche Krankenversicherung						
	Normaltarif	Basistarif	zusätzliche Auslandsvers.	Kostenerst.	freiwillig	pfl.-	familienversichert	über	als Rentner	seit
Antragsteller/in (A)	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐			☐	
Ehegatte / eingetragener Lebenspartner (E)	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐	☐ A		☐	
K 1	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐	☐ A	☐ E	☐	
K 2	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐	☐ A	☐ E	☐	
K 3	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐	☐ A	☐ E	☐	
K 4	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐	☐ A	☐ E	☐	
K 5	☐	☐	☐	☐ ja	☐	☐	☐ A	☐ E	☐	

Bei einem Wechsel der Krankenversicherung: Bei welcher Person und wann hat dieser stattgefunden? (Bitte neue Bescheinigung beifügen.)

Name, Vorname

Zeitpunkt
TT.MM.JJJJ

--	--	--

4 Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag

Steht Ihnen oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen ein Zuschuss zum Krankenversicherungsbeitrag (z.B. aus Arbeitsvertrag, vom Rentenversicherungsträger) zu?

☐ Nein ☐ Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname	KV-beitrag im Antragsmonat	Zuschuss im Antragsmonat	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
	€	€	☐	☐
	€	€	☐	☐

5 Nur ausfüllen für Personen mit Rentenanspruch

Haben Sie oder berücksichtigungsfähige Angehörige eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragt?

☐ Nein ☐ Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname

TT.MM.JJJJ

am:

am:

6 Angaben zu dem Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten / eingetragenen Lebenspartners

Hat der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des **Ehegatten / Lebenspartners** im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro überstiegen?
(Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag), s. auch Anmerkung 6

☐ Ja ☐ Nein

noch nicht absehbar ☐

Wird diese Einkunftsgrenze im laufenden Kalenderjahr überschritten?

☐ Ja ☐ Nein

noch nicht absehbar ☐

7 Vorrangige Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall nach anderen Rechtsvorschriften

Bestehen zu den geltend gemachten Aufwendungen Ansprüche aufgrund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen?

☐ Nein ☐ Ja (bitte ausfüllen)

Name, Vorname	Art des Anspruchs	Nachweis liegt bei	Nachweis liegt vor
		☐	☐
		☐	☐

8 Werden Aufwendungen aufgrund von Unfällen geltend gemacht?

☐ Nein

☐ Ja (bitte Belege mit **U** kennzeichnen)

Es handelt sich um einen

☐ Dienstunfall

☐ Unfall im Kindergarten

☐ Arbeitsunfall

☐ Unfall in der Schule

☐ Unfall im privaten Bereich

☐ Unfall beim Studium

Die Unfallschilderung liegt bei

☐

☐

Kommt ein Schadensersatzanspruch in Betracht?

☐ Nein

☐ Ja (bitte besonderen Vordruck **Unfallbericht** ausfüllen.)

9 Werden Aufwendungen aus den nachfolgend genannten Bereichen geltend gemacht?

☐ Nein ☐ Ja (bitte ausfüllen)

Die **Behandlung** erfolgte **durch einen nahen Angehörigen**, hierzu zählen: Ehegatte / eingetragener Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch Enkelkinder, Geschwister, Großeltern, Verschwägte ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person.

☐ Ja (bitte Belege oben rechts mit **A** kennzeichnen)

Es wurden oder werden **Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)** in Anspruch genommen

☐ Ja (bitte Belege oben rechts mit **G** kennzeichnen)

10 In Geburtsfällen und bei Adoptionen

Zuschuss für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung nach § 9 Abs. 1 BVO wird beantragt

☐ Ja

Anmerkungen

1. Eine Beihilfe kann nur gewährt werden, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungs- bzw. Kaufdatum beantragt wurde. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfestelle maßgeblich. Der Bemessungssatz richtet sich nach den Verhältnissen im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.
2. **Bitte legen Sie keine Originalbelege vor**, da alle eingesandten Belege nach der elektronischen Erfassung vernichtet werden. Bitte fertigen Sie pro Beleg eine separate Kopie und beachten Sie, dass Kopien und Zweitschriften deutlich lesbar sein müssen.
3. Als berücksichtigungsfähig gelten auch Kinder über 18 Jahre bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, solange sie für einen Beruf ausgebildet werden. Über das 25. Lebensjahr hinaus sind Kinder berücksichtigungsfähig, wenn sie in Schul- oder Berufsausbildung bzw. Studium sich befinden und den gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienstes geleistet haben, sich anstelle des gesetzlichen Grundwehrdienstes freiwillig für nicht mehr als drei Jahre zum Wehrdienst verpflichtet haben oder eine vom gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienst befreiende Tätigkeit als Entwicklungshelfer ausgeübt und sie diesen oder die Tätigkeit vor dem 1. Juli 2011 angetreten haben. Die Berücksichtigung erfolgt längstens für die Dauer des gesetzlichen Grundwehr- oder Zivildienstes. Eine Berücksichtigung kommt jedoch nicht in Betracht, wenn ein Kind den in Folge der Aussetzung der allgemeinen Wehrpflicht eingeführten freiwilligen Wehrdienst abgeleistet hat.
4. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt und ist mindestens ein Kind berücksichtigungsfähig, bitte ggf. Anlage „Kinder“ ausfüllen.
5. Bei Heilbehandlungen und Hilfsmitteln sowie bei Arznei- und Verbandmitteln legen Sie bitte neben der Rechnung die Verordnung einer Ärztin/eines Arztes bzw. einer Heilpraktikerin/eines Heilpraktikers vor.
6. Einkünfte nach § 2 Abs. 3 EStG sind neben dem um die Werbungskosten bzw. den Arbeitnehmer-Pauschalbetrag verminderten Arbeitslohn insbesondere der zu versteuernde Anteil von Renten (*bei erstmaligem Rentenbezug ab 1.1.2004 zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag*), Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, sowie Einkünfte aus freiberuflicher und gewerblicher Tätigkeit. Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragssteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterliegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EStG).
7. Bitte tragen Sie folgende Abkürzungen ein:

- Nicht erwerbstätig =	NE	- Eigene Beihilfeberechtigung z.B. im öffentlichen Dienst =	ÖD
- Schulausbildung =	SB	- Hochschulausbildung =	HS
- Elternzeit =	EZ	- Versorgungsempfänger/in =	VE
- Familienpolitischer Urlaub =	FU	- arbeitslos mit Bezug von Arbeitslosengeld I oder II =	AL
- Pflegezeit =	PZ	- Gesetzlicher Wehrdienst =	GWD
- Rentenbezieher/in =	RE	- Freiwilliger Wehrdienst =	FWD
- Berufstätig =	BT	- Zivildienst =	ZD
		- Freiwilligendienst =	FD
8. Als jeweils ein Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung (s. Anmerkung 5) oder Rechnungen über das Zahnarzt Honorar und Material- und Laborkosten.

Kurzantrag auf Zahlung einer Beihilfe**Anlage 7a**

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

E-Mailadresse dienstlich

E-Mailadresse privat (freiwillige Angabe)

Telefonnummer dienstlich

Telefonnummer privat (freiwillige Angabe)

Bitte keine Originalbelege beifügen und die Kopien nicht klammern oder heften

Bitte verwenden Sie den Kurzantrag nur dann, wenn sich bei Ihnen oder bei Ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen gegenüber dem letzten Antrag keinerlei Änderungen ergeben haben.

Sofern Sie **Pflegeaufwendungen** nach § 5 ff. BVO geltend machen wollen, stellen Sie bitte für diese Aufwendungen einen **gesonderten Antrag** und fügen die **Anlage „Pflege“** bei.

Bei Änderungen der nachstehenden Sachverhalte

- Ausbildungs-, Beschäftigungs- und Versicherungsverhältnis
- Beurlaubungen
- Familienstand, Familienzuschlag, Bankverbindung, Anschrift
- Beitragszuschüsse – Rentenbezug (auch [Halb-]Waisenrente)
- Einkünfte des Ehegatten sowie bei
- Unfällen oder Verletzungen

verwenden Sie bitte das umfassende Antragsformular („Antrag auf Zahlung einer Beihilfe“).

Erklärung:

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe sowie den nachträglichen Wegfall der Berücksichtigungsfähigkeit von Kindern im Familienzuschlag sofort der Beihilfestelle anzuzeigen habe.

Mit diesem Beihilfeantrag werden keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen und Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht, die von Ehegatten / eingetragenen Lebenspartnern, Eltern oder Kindern der behandelten Person oder bei Familien- und Hauspflegekräften auch von Enkelkindern, Geschwistern, Großeltern, Verschwägerten ersten Grades sowie Schwager oder Schwägerin der behandelten Person durchgeführt worden sind.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Die Daten werden mit meinem Einverständnis nur für Zwecke der Beihilfefestsetzung erhoben (§§ 3 und 12 BVO).

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres zur Ermittlung der Belastungsgrenze (§ 15 BVO) für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags verweigern und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Mit der entsprechenden Verarbeitung meiner Bruttobezüge für die Bearbeitung des vorliegenden Antrags bin ich nicht einverstanden; die Berücksichtigung der Belastungsgrenze ist in diesem Fall nicht möglich. ☐ (ggf. bitte ankreuzen)

Datum, Unterschrift

Gesamtbetrag der
Aufwendungen ca.

Anzahl der Belege

, – €

¹(als 1 Beleg gelten z. B. mehrseitige Rechnungen, Rechnungen mit zugehöriger Verordnung oder Rechnungen über das Zahnarzthonorar und die Material- und Laborkosten).

Unfallbericht**Anlage 8**

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

Dienststellen-Nr. oder

Schul-Nr.

Unfallbericht zu den mit **U** gekennzeichneten Belegen im Beihilfeantrag vom

1	Name der verletzten Person:		
2	ggf. abweichende Anschrift: (Straße, Postleitzahl, Wohnort)		
3	Wann ereignete sich der Unfall?	Datum:	Uhrzeit:
4	Wo ereignete sich der Unfall? (Ort, Straße, Hausnummer usw.)		
5	Name und Anschrift des Unfallgegners		
6	Bei welcher Tätigkeit ereignete sich der Unfall?		
7	Wurde ein polizeiliches Ermittlungsprotokoll aufgenommen?	☐ nein ☐ ja Dienststelle:	Tgb.-Nr.:
8	Wurde ein Ordnungswidrigkeits-/ Ermittlungs- oder Strafverfahren eingeleitet?	☐ nein ☐ ja gegen bei Behörde/Staatsanwaltschaft	Az.:
9	Name und Anschrift von Zeugen (ggf. auf besonderem Blatt ergänzen)		
10	Welche Verletzungen sind durch den Unfall eingetreten?		
11	Unfallschilderung (ggf. mit Skizze) - Aus der Schilderung muss sich ein deutliches Bild des Unfallablaufes ergeben (ggf. auf besonderem Blatt ergänzen)		

Weiter auf der Rückseite

12	Bei Verkehrsunfällen :	
a	Fahrer des Fahrzeugs: (Name, Anschrift, Alter, Führerscheindaten)	
b	Polizeiliches Kennzeichen, Fabrikat und Art des Fahrzeugs	
c	Fahrzeug des Unfallgegners Polizeiliches Kennzeichen, Fabrikat und Art des Fahrzeugs, ggf. Halter	
d	Haftpflichtversicherung des Halters des Fahrzeuges zu c	Vers.-Gesellschaft (Name, Anschrift): Vers.-Nr. Schaden-Nr.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass die den Unfall betreffenden Rechnungsbelege zur Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen gegenüber dem Schädiger bzw. seiner Versicherung verwendet werden.

Datum, Unterschrift des Antragstellers

Datum, Unterschrift der verletzten Person

Nur auszufüllen von Tarifbeschäftigten:

Abtretungserklärung

Gemäß § 1 Abs. 3 BVOTb trete ich hiermit die Ansprüche auf Schadenersatz wegen der Kosten, die durch den o.a. Unfall verursacht worden sind, in Höhe der zustehenden Beihilfe an das Land Nordrhein-Westfalen, vertreten durch, ab, soweit das Land zur Gewährung einer Beihilfe verpflichtet ist.

Gleichzeitig erkläre ich, dass ich über diese Ansprüche nicht verfügt habe und mich jeder Verfügung darüber enthalten werde.

Datum, Unterschrift des Antragstellers

Datum, Unterschrift der verletzten Person

Anlage 9**Anlage „Pflege“****P****Aufwendungen für dauernde Pflege zum Beihilfeantrag der/des**

Name, Vorname

vom

TT.MM.JJJJ

1. Angaben zur Pflegeversicherung

Versicherte Person	In der privaten Pflegeversicherung	In der sozialen Pflegeversicherung	
		Mitglied	Familienversichert über
Antragsteller (A)	☐	☐	
Ehegatte/eingetragener Lebenspartner (E)	☐	☐	☐ (A)
Kind 1	☐	☐	☐ (A) ☐ (E)
Kind 2	☐	☐	☐ (A) ☐ (E)

2. Angaben zu Pflegeleistungen

Pflegebedürftige Person			
Name, Vorname			
		Pflegestufe	
		☐ 0	☐ I ☐ II ☐ III ☐ Härtefall
Einstufungs- bzw. Bewilligungsbescheid der Pflegeversicherung (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)		☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht ☐ liegt vor	
Häusliche Pflege	Stationäre Pflege	Ambulant betreute Wohngruppe	Sonstige Leistungen
☐ Pflegedienst	☐ Vollst. Pflege	☐ Wohngruppenzuschlag	☐ zusätzl. Betreuungsleistungen
☐ Pflegeperson	☐ Kurzzeitpflege	☐ Wohnumfeldverbesserung	☐ Ersatzpflege/Verhinderungspflege
☐ Kombination	☐ Tages-/Nachtpflege	☐ Anschubfinanzierung	☐
Mitteilung der Pflegeversicherung über die Meldung zur Rentenversicherung der Pflegeperson (nur bei erstmaliger Beantragung von Beihilfe zu Pflegeleistungen oder bei Änderungen erforderlich)		☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht ☐ liegt vor	
Bei häuslicher Pflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen	Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der Pflegeperson(en):		Dauer der Pflege (ggf. je Pflegeperson): Stunden/Woche
	Dauer der Pflege (Antragszeitraum)		vom bis
	Unterbrechung der Pflege wegen		
	☐ Krankenhausaufenthalt der pflegebedürftigen Person		vom bis
	☐ Stat. Rehabilitationsmaßnahme der pflegebedürftigen Person		vom bis
☐ Urlaub der pflegebedürftigen Person		vom bis	
☐ Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson		vom bis	

Bei vollstationärer Pflege (nur auszufüllen bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen) Bitte Nachweise beifügen	Bei Beantragung von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bitte angeben und Nachweise über die Bezüge, Renten usw. beifügen (Angaben über die Bezüge des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners sind nur erforderlich, wenn er stationär gepflegt wird.)		
	Dienst- und Versorgungsbezüge (brutto, ohne sonstige variable Bezügebestandteile)	Antragsteller	Ehegatte/eingetragener Lebenspartner
		€	€
	Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- / Hinterbliebenenversorgung	€	€
	Arbeitsentgelt / Lohnersatzleistung	€	€

3. Antrag auf Zahlung eines Abschlags

Hiermit beantrage ich die Zahlung eines monatlichen Abschlags zu den zu erwartenden Kosten der / des

- ☐ stationären Pflege,
 ☐ Wohngruppenzuschlags oder

☐ ambulanten Pflege durch selbst beschaffte Pflegekräfte (Pflegepauschale).

Antrag auf Abschlagszahlung bei stationären Krankenhausbehandlungen und bei Dialysebehandlungen

Anlage 10

Antragsteller/in Name, Vorname

Beihilfenummer

Geburtsdatum

Dienststelle

Dienststellen-Nr. oder Schul-Nr.

1 Erkrankte PersonBeihilfeberechtigter ☐ Ehegatte / eingetragener Lebenspartner ☐ Kind ☐ (Vorname)**2 Voraussichtlich entstehende Kosten**Krankenhausbehandlung ☐Dialysebehandlung ☐

Name des Krankenhauses:

Name der Dialysestation:

Anschrift:

Anschrift:

IK-Nummer:

IK-Nummer:

Allgem. Krankenhausleistungen €

Kosten für 1 Dialyse: €

Wahlleistung Zweibettzimmer €

Monatliche Kosten €

Zu leistende Vorauszahlung €

Ist die Krankenhausbehandlung Folge eines Unfalls?

☐ Nein ☐ Ja**3 Zahlung**Ich bitte um Zahlung eines Abschlags in Höhe von € ☐ an Antragsteller☐ an das Krankenhaus bzw. die Dialysestation unter Angabe des Verwendungszwecks: _____

IBAN

, BIC

, Kreditinstitut

4 Erklärung

Mir ist bekannt,

- dass dieser Antrag kein Antrag auf Zahlung einer Beihilfe ist und die Kosten mit einem Beihilfeantrag geltend gemacht werden müssen. Er muss innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum gestellt werden. Für den Fristablauf ist der Tag des Antragseingangs bei der Beihilfestelle maßgeblich,
- dass der Abschlag zurückzuzahlen ist, sofern er die festgesetzte Beihilfe übersteigt oder kein Beihilfeantrag gestellt wird.

Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten oder einer von ihm bevollmächtigten Person

Einzelpreis dieser Nummer 18,15 Euro

zuzügl. Porto- und Versandkosten

Bestellungen, Anfragen usw. sind an den A. Bagel Verlag zu richten. Anschrift und Telefonnummer wie folgt für

Abonnementsbestellungen: Grafenberger Allee 82, Fax (02 11) 96 82/2 29, Tel. (02 11) 96 82/2 38 (8.00–12.30 Uhr), 40237 Düsseldorf

Bezugspreis halbjährlich 57,50 Euro (Kalenderhalbjahr). Jahresbezug 115,- Euro (Kalenderjahr), zahlbar im Voraus. Abbestellungen für Kalenderhalbjahresbezug müssen bis zum 30. 4. bzw. 31. 10., für Kalenderjahresbezug bis zum 31. 10. eines jeden Jahres beim A. Bagel Verlag vorliegen.

Reklamationen über nicht erfolgte Lieferungen aus dem Abonnement werden nur innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Erscheinen anerkannt.

In den Bezugs- und Einzelpreisen ist keine Umsatzsteuer i. S. d. § 14 UStG enthalten.**Einzelbestellungen:** Grafenberger Allee 82, Fax: (02 11) 96 82/2 29, Tel. (02 11) 96 82/2 41, 40237 Düsseldorf

Von Vorabesendungen des Rechnungsbetrages – in welcher Form auch immer – bitten wir abzusehen. Die Lieferungen erfolgen nur aufgrund schriftlicher Bestellung gegen Rechnung. Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer beim A. Bagel Verlag vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen. Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen. Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgeber: Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Haroldstraße 5, 40213 Düsseldorf

Herstellung und Vertrieb im Namen und für Rechnung des Herausgebers: A. Bagel Verlag, Grafenberger Allee 82, 40237 Düsseldorf

Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach

ISSN 0177-3569