



Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein- Westfalen

Ausgabe: [GV. NRW. 2003 Nr. 56](#)
Veröffentlichungsdatum: 12.12.2003
Seite: 756

Neunzehnte Verordnung zur Änderung der Beihilfen- verordnung – BVO –

20320

Neunzehnte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung – BVO –

Vom 12. Dezember 2003

Auf Grund des § 88 Landesbeamtengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Mai 1981 (GV. NRW. S. 234, ber. 1982 S. 256), zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. Juli 2002 ([GV. NRW. S. 242](#)), wird im Einvernehmen mit dem Innenministerium verordnet:

Artikel I

Die Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfenverordnung - BVO -) vom 27. März 1975 ([GV. NRW. S. 332](#)), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 2002 (GV. NRW. S.660), wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Abs. 1 Satz 1 werden die Wörter „nicht rechtswidrigen Sterilisation“ durch die Wörter „durch Krankheit erforderlichen Sterilisation“ ersetzt.

2. § 2 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1 Buchstabe b) werden nach der Klammer die Wörter „- bei Rentenbezug zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag -“, eingefügt.

b) In Nummer 5 werden die Wörter „nicht rechtswidrigen“ durch die Wörter „durch Krankheit erforderlichen“ ersetzt.

3. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 8 werden die Wörter „nicht rechtswidrigen“! durch die Wörter „durch Krankheit erforderlichen“ ersetzt.

b) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

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

4. § 4 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Nr. 3 wird der Betrag „25 Euro“ durch den Betrag „20 Euro“ ersetzt.

b) In Absatz 1 Nr. 6 erhalten die Sätze 1 bis 3 folgende Fassung:

„Eine Familien- und Hauspflegekraft bis zum Betrag von 6,50 Euro je Stunde, höchstens jedoch 39 Euro täglich, wenn der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Familienangehörige oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte wegen einer stationären Unterbringung (Nummer 2, §§ 5, 6 und 8) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, dass diese Person - ausgenommen sie ist alleinerziehend - nicht oder nur geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV erwerbstätig ist, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Dies gilt nach begründeter ärztlicher Bescheinigung auch für bis zu 7 Tage nach Ende der stationären Unterbringung, nach einer ambulanten Operation oder darüber hinaus, wenn dadurch ein stationärer Krankenhausaufenthalt (§ 4 Abs. 1 Nr. 2) vermieden wird (z.B. Liegeschwangerschaft) sowie bei Alleinerziehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist.“

c) In Absatz 1 Nr. 7 wird in Buchstabe d) der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe e) eingefügt:

„e) Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Sätze 7 und 8 SGB V von der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind.“

d) In Absatz 1 Nr. 10 Satz 3 wird das Wort „Hörgeräte“ durch das Wort „Hörhilfen“ ersetzt.

e) Absatz 1 Nr. 11 erhält folgende Fassung:

„11. Die Beförderung des Erkrankten und, falls erforderlich, einer Begleitperson bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen. Gepäckbeförderungskosten sind daneben nicht gesondert beihilfefähig. Höhere Fahr- und Transportkosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 2 LRGB genannte Betrag beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

a) Beförderungskosten für die Hin- und Rückfahrt zum Kurort (§ 7),

b) die Mitnahme weiterer Personen bei Benutzung privater Personenkraftwagen,

c) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bei einfachen Entfernungen bis zu 30 Kilometern,

d) die Mehrkosten von Hin- und Rückfahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich wäre,

e) den Rücktransport wegen Erkrankung während privater Auslandsaufenthalte.“

f) In Absatz 2 wird folgender neuer Buchstabe b) eingefügt; der bisherige Buchstabe b) wird Buchstabe c):

„b) Aufwendungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

- größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in Tumoroperationen, in Entzündungen des Kiefers, in Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große follikuläre Zysten oder Keratozysten), in Operationen infolge von Osteopathien - sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt - , in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten) oder in Unfällen haben,

- dauerhaft bestehende Xerostomie (Mundtrockenheit), insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,

- generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen (weniger als 8 Zähne pro Kiefer),

- nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken)

- atrophischer zahnloser Unterkiefer.

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

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

5. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

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

1. in Stufe I
384 Euro,

2. in Stufe II
921 Euro,

3. in Stufe III
1.432 Euro;

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

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

b) Absatz 4 Satz 4 wird durch folgende Sätze 4 bis 6 ersetzt:

„Ist die Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert, so sind Aufwendungen für die Ersatzpflege (§ 39 Satz 3 SGB XI) bis zu weiteren 1.432 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig. Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen durchgeführt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind auf Nachweis die notwendigen Aufwendungen (Satz 4), die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, beihilfefähig. Aufwendungen für Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig.“

c) In Absatz 6 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Bei stationärer Pflege gehören hierzu nur Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt oder individuell angepasst oder die überwiegend nur dem Pflegebedürftigen allein überlassen sind, sofern sie nicht üblicherweise von der Einrichtung vorzuhalten sind.“

6. § 7 erhält folgende Fassung:

„§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen bei Kuren

(1) Zu den Kosten einer unter ärztlicher Leitung in einem Ort des vom Finanzministerium aufgestellten Kurortverzeichnis durchgeführten ambulanten Heilkur oder einer Müttergenesungskur bzw. einer Mutter/Vater-Kind-Kur (§ 41 Abs. 1 SGB V), soweit nicht die Voraussetzungen des § 6 vorliegen, werden Beihilfen bis zu einer Dauer von dreiundzwanzig Kalendertagen einschließlich der Reisetage gewährt.

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

- a) vor der erstmaligen Antragstellung eine Wartezeit von insgesamt 3 Jahren Beihilfeberechtigung nach diesen oder entsprechenden Beihilfavorschriften erfüllt ist,
- b) im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine anerkannte Sanatoriumsbehandlung (§ 6) oder Kurmaßnahme nach Absatz 1 durchgeführt wurde. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn nach dem Gutachten des zuständigen Amtsarztes aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. in schweren Fällen von Morbus Bechterew) eine Kurmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,
- c) ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind,
- d) die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch begründete ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen und durch ein Gutachten des zuständigen Amtsarztes bestätigt ist,
- e) die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kurmaßnahme anerkannt hat,
- f) die Kurmaßnahme innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides oder innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen wird,
- g) die ordnungsgemäße Durchführung der Kurmaßnahme durch Vorlage eines Schlussberichtes oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen wird.

(3) Beihilfefähig sind neben den Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 und 9 die Auslagen für die Kurtaxe und den Schlussbericht des Kurarztes. Zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung wird ein Zuschuss von 20 Euro täglich für jede Person gewährt. Schwerbehinderte, bei denen die Voraussetzung für eine ständige Begleitperson behördlich festgestellt ist und für die der Amtsarzt bestätigt hat, dass für eine erfolversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist, erhalten neben den Kosten für die Kurtaxe zu den Kosten für die Unterkunft der Begleitperson einen Zuschuss von 15 Euro. Ist die Beihilfefähigkeit der Kurmaßnahme nach Absatz 1 nicht anerkannt worden, so sind nur die Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nummer 1, 7 und 9 beihilfefähig.“

7. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift werden die Wörter „nicht rechtswidriger“ durch die Wörter „einer durch Krankheit erforderlichen“ ersetzt.

b) In Absatz 2 werden die Wörter „nicht rechtswidrigen“ durch die Wörter „durch Krankheit erforderlichen“ ersetzt.

c) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher ärztlicher Untersuchungen sowie die Versorgung mit empfängnisregelnden Mitteln bis zum vollendeten 20. Lebensjahr.“

d) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Künstliche Befruchtungen sind unter den Voraussetzungen des § 27a Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 3 Satz 1 SGB V beihilfefähig.“

8. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Aufwendungen für eine Krankenbehandlung oder Entbindung im Ausland sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung oder Entbindung am inländischen Wohnort oder letzten früheren inländischen Dienstort des Beihilfeberechtigten oder in dem ihnen am nächsten gelegenen geeigneten inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären. Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist regelmäßig ein Kostenvergleich nicht erforderlich, es sei denn, dass gebietsfremden Personen regelmäßig höhere Gebühren als ansässigen Personen berechnet werden. Beförderungskosten zum Behandlungsort sind abweichend von § 4 Abs. 1 Nr. 11 nicht beihilfefähig. Ist eine Behandlung nach Absatz 3 Nr. 2 nur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland möglich, findet § 4 Abs. 1 Nr. 11 Satz 1 bis 3 Anwendung.“

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei einem Sanatoriumsaufenthalt (§ 6) in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind nach § 6 Abs. 3 Buchstabe b) beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Behandlung vor Beginn durch die Festsetzungsstelle auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens anerkannt worden ist. Bei ambulanten Kurmaßnahmen in den in Satz 1 genannten Staaten sind die Aufwendungen nach § 7 beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte nachweisen kann, dass der ausländische Behandlungsort als Kurort anerkannt ist. Satz 2 gilt entsprechend. Wird die Behandlung außerhalb der in Satz 1 genannten Staaten durchgeführt, sind die Aufwendungen (§§ 6, 7) nur dann beihilfefähig, wenn im Inland oder in den in Satz 1 genannten Staaten kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist und die Behandlung vor Beginn vom Finanzministerium auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens anerkannt worden ist.“

c) In Absatz 3 Nr. 3 wird der Betrag „550 Euro“ durch den Betrag „1.000 Euro“ ersetzt.

d) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Bei Aufwendungen von im Ausland wohnenden Beihilfeberechtigten und im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten die Absätze 1 und 2 sowie § 4 Abs. 1 Nr. 11 entsprechend.“

9. In § 12a Abs. 5 wird der Betrag „40 Euro“ durch den Betrag „60 Euro“ ersetzt.

10. In der Anlage 2 (zu § 4 Abs. 1 Nr. 10 Satz 11) wird nach der Nummer 4 folgende Nummer 5 angefügt:

„5. Blutzuckerteststreifen (Glucose-Teststreifen)

Als beihilfefähiger Höchstbetrag je Teststreifen wird ein Betrag von 0,60 Euro festgesetzt.“

Artikel II

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2004 in Kraft. Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2003 entstehen. Artikel I Nr. 2 Buchstabe a) gilt für Personen mit erstmalig anerkannten Rentenanspruch ab 1. Januar 2004. Artikel I Nr. 4 Buchstabe f) gilt für Behandlungen, die nach dem 31. Dezember 2003 begonnen werden.

Düsseldorf, den 12. Dezember 2003

Der Finanzminister
des Landes Nordrhein-Westfalen

Jochen Dieckmann

[GV. NRW. 2003 S. 756](#)