



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBI. NRW. 2006 Nr. 37](#)
Veröffentlichungsdatum: 22.11.2006
Seite: 816

I

Verwaltungsverordnung zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen RdErl. d. Finanzministeriums v. 22.11.2006 B 3100 – 0.7 – IV A 4

203204

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

RdErl. d. Finanzministeriums v. 22.11.2006
B 3100 – 0.7 – IV A 4

Mein RdErl. v. 9.4.1965 (SMBl. NRW. 203204) wird im Einvernehmen mit dem Innenministerium wie folgt geändert:

1. Der Einführungssatz erhält folgende Fassung:

Auf Grund des § 238 Abs. 2 des Landesbeamtengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Mai 1981 (GV. NRW. S. 234, bereinigt 1982 S. 256), zuletzt geändert durch Gesetz vom 31. Oktober 2006 ([GV. NRW. S. 474](#)) in Verbindung mit § 16 der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen (BVO NRW) vom 27. März 1975 ([GV. NRW. S. 332](#)), zuletzt geändert durch Verordnung vom 22. November 2006 (GV. NRW. S. 816)

wird im Einvernehmen mit dem Innenministerium zur Ausführung der Beihilfenverordnung (BVO) bestimmt:

2. Nummer 4.8 erhält folgende Fassung; die bisherigen Nummern 4.8 bis 4.10 werden Nummer 4.9 bis 4.11.

4.8

Weiterhin berücksichtigungsfähig sind studierende Kinder i.S.d. § 2 Abs. 2 BVO, die von der durch das Steueränderungsgesetz 2007 vom 19.07.2006 (BGBl. I. S. 1652) vorgenommenen Kürzung des Bezugszeitraumes für Kindergeld und Familienzuschlag betroffen sind (d.h. Anspruchsende grds. mit Vollendung des 25. Lebensjahres), soweit sie bereits bis zum Wintersemester 2006/2007 ein Studium an einer Hoch- oder Fachhochschule aufgenommen haben.

3. Nummer 5.8 erhält folgende Fassung:

5.8

Mehraufwendungen für Verblendungen (einschließlich Vollkeramikkkronen bzw. –brücken, z.B. im Cerec-Verfahren) und die zahnärztlichen Leistungen sind grundsätzlich bis einschließlich Zahn 5 beihilfefähig. Bei einer Versorgung ab Zahn 6 mit verblendeten Vollkronen, Vollkeramikkkronen etc. und soweit eine Brückenversorgung nach Satz 1 über Zahn 5 hinaus reicht, sind vom Bruttorechnungsbetrag je verblendeten Zahn pauschal 40 Euro (bei Kunststoffverblendungen) bzw. 80 Euro (bei Keramikverblendungen – auch im Cerec-Verfahren) in Abzug zu bringen. Der Restbetrag sowie die zahnärztlichen Leistungen ab Zahn 6 sind grundsätzlich beihilfefähig.

4. Nach Nummer 5.10 wird folgende Nummer 5.11 eingefügt:

5.11

Soweit hinsichtlich der Notwendigkeit und Angemessenheit der berechneten Leistungen erhebliche Zweifel an Heilpraktikerrechnungen bestehen, können diese kostenlos anonymisiert zur Prüfung an folgende Adresse gerichtet werden:

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

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

5. In Nummer 9.4 wird das Verzeichnis der Gutachter und Obergutachter für Psychotherapie wie folgt geändert:

a) Im Abschnitt „A, Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen“ werden die Anschriften von Dr. med. Ulrich Berns und Prof. Dr. med. Michael von Rad, wie folgt geändert:

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

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

b) Im Abschnitt „B, Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen“ wird die Anschrift von Herrn Dr. med. Ulrich Berns wie folgt geändert:

Hohenzollernstr. 41, 30161 Hannover

c) Im Abschnitt „C, Gutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen“ werden die Anschriften von Herrn Prof. Dr. med. Iver Hand und Herrn Dr. med. Klaus H. Stutte wie folgt geändert:

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

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

d) Im Abschnitt „D, Gutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen“ wird die Anschrift von Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt wie folgt geändert:

Postfach 12 34, 69192 Schriesheim

e) Abschnitt „E, Obergutachter“ wird wie folgt geändert:

1. In Buchstabe c) Obergutachter für Verhaltenstherapie von Erwachsenen wird die Anschrift von Herrn Prof. Dr. med. Iver Hand wie folgt geändert:

Falkenried 7, 20251 Hamburg,

2. In Buchstabe d) Obergutachter für Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen wird die Anschrift von Prof. Dr. Dr. med. Martin Schmidt wie folgt geändert:

Postfach 12 34, 69192 Schriesheim.

6. Nummer 9.5 Satz 2 erfolgt folgende Fassung:

Soweit sie während der zweiten Hälfte ihrer Ausbildung Behandlungen durchführen, muss dies unter Aufsicht eines nach Anlage 1 anerkannten Therapeuten (Supervisor) erfolgen, der allein diese Leistungen in Rechnung stellen darf.

7. Nummer 9.7 Satz 1 erhält folgende Fassung:

Auf Grund des § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 4 BVO bestimme ich, dass zu den Aufwendungen für die Extracorporale Stoßwellentherapie (ESWT) im orthopädischen Bereich nur bei den folgenden Indikationen Beihilfen zu gewähren sind:

- a) Tendinosios calcarea
- b) Fersensporn
- c) Pseudarthrosen (nicht heilende Knochenbrüche).

8. Nummer 9a.6 erhält folgende Fassung:

9a.6

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

9. Nummer 10.1 erhält folgende Fassung:

10.1

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

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

Beihilfefähig sind die

- Aufwendungen für Acetylsalicylsäure (bis 300 mg/Dosiseinheit) nur als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.
- Aufwendungen für Acetylsalicylsäure und Paracetamol nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden.
- Aufwendungen für Acidosetherapeutika nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Nierensuffizienz sowie bei Neoblase.
- Aufwendungen für Antihistaminika

nur in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien

nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien

nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus

nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.

- Aufwendungen für Antimykotika nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.
- Aufwendungen für Antiseptika und Gleitmittel nur für Patienten mit Selbstkatheterisierung.
- Aufwendungen für Arzneimittel zur sofortigen Anwendung als

Antidote bei akuten Vergiftungen

Lokalanästhetika zur Injektion

Apothekenpflichtige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die im Rahmen der ärztlichen Notfallbehandlung zur sofortigen Anwendung kommen.

- Aufwendungen für arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödem (Mannitol, Sorbitol).
- Aufwendungen für Butylscopolamin, parenteral, nur zur Behandlung in der Palliativmedizin.
- Aufwendungen für Calciumverbindungen (mind. 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombination)

nur zur Behandlung der manifesten Osteoporose,

nur zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,

bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.

- Aufwendungen für Calciumverbindungen als Monopräparate nur

bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus,

bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.

- Aufwendungen für Citrate nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.

- Aufwendungen für harnstoffhaltige Dermatika mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 % nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für den jeweiligen Patienten indiziert sind.

- Aufwendungen für E. coli Stamm Nissle 1917 nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.

- Aufwendungen für Eisen-(II)-Verbindungen nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie.

- Aufwendungen für Flohsamen und Flohsamenschalen nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierter Diarrhoen.

- Aufwendungen für Folsäure und Folate nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.

- Aufwendungen für Ginkgo biloba blätter-Extrakte nur in Zusammenhang mit der Behandlung der Demenz (mindestens Pflegestufe 2).

- Aufwendungen für Hypericum perforatum-Extrakt (hydroalkoholischer Extrakt, min. 300 mg pro Applikationsform) nur zur Behandlung mittelschwerer depressiver Episoden.

- Aufwendungen für Iodid nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.

- Aufwendungen für Iod-Verbindungen nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.

- Aufwendungen für Kaliumverbindungen als Monopräparate nur zur Behandlung der Hypokaliämie.

- Aufwendungen für L-Methionin nur zur Vermeidung der Steinneubildung bei Phosphatsteinen bei neurogener Blasenlähmung, wenn Ernährungsempfehlungen und Blasenentleerungstraining erfolglos geblieben sind.

- Aufwendungen für Lactulose und Lactitol nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.

- Levocarnitin nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.

- Aufwendungen für Magnesiumverbindungen, oral, nur bei angeborenen Magnesiumverlust-krankungen.
- Aufwendungen für Magnesiumverbindungen, parenteral, nur zur Behandlung bei nachgewiese-nem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.
- Aufwendungen für Metixenhydrochlorid nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.
- Aufwendungen für Mistel-Präparate, parenteral, auf Mistellektin normiert, nur in der Palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.
- Aufwendungen für Niclosamid nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.
- Aufwendungen für Nystatin nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patien-ten.
- Aufwendungen für Ornithinaspartat nur zur Behandlung des hepatischen (Prae-) Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.
- Aufwendungen für Pankreasenzyme nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuf-fizienz oder Mukoviszidose.
- Aufwendungen für Phosphatverbindungen nur bei Hypophosphatämie, die durch eine entspre-chende Ernährung nicht behoben werden kann.
- Aufwendungen für salicylsäurehaltige Zubereitungen (mind. 2% Salicylsäure) nur in der Der-matotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.
- Aufwendungen für Topische Anästhetika und/oder Antiseptika nur zur Selbstbehandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z.B. Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus).
- Aufwendungen für synthetischen Speichel nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtro-ckenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.
- Aufwendungen für synthetische Tränenflüssigkeit nur bei Autoimmun-Erkrankungen (Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen des Grades 2, Epidermolysis bullosa, oculäres Pemphigoid), Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.
- Aufwendungen für Vitamin K als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.
- Aufwendungen für wasserlösliche Vitamine auch in Kombination nur bei Dialyse.
- Aufwendungen für wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure als Monopräparate nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernäh-rung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).

- Aufwendungen für Zinkverbindungen als Monopräparat nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Haemodialysebehandlung bedingten nachgewiesenen Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.

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

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

- Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmitteln, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt.

- Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals, Nasen- und Ohrenbereich.

- Abführmittel; ausgenommen zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorerleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphat-bindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase.

- Arzneimittel gegen Reisekrankheit; ausgenommen bei Anwendung gegen Erbrechen bei Tumorthherapie und anderen schwerwiegenden Erkrankungen z.B. Menierescher Symptomkomplex).

10. Nummer 10.2 erhält folgende Fassung:

10.2

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

- Genussmittel, sämtliche Weine (auch medizinische Weine) und der Wirkung nach ähnliche, Ethylalkohol als einen wesentlichen Bestandteil (mind. 5 Volumenprozent) enthaltene Mittel (ausgenommen Tinkturen im Sinne des Deutschen Arzneibuches und tropfenweise einzunehmende ethylalkoholhaltige Arzneimittel) sowie Mittel, bei denen die Gefahr besteht, dass sie wegen ihrer wohlschmeckenden Zubereitung als Ersatz für Süßigkeiten genossen werden.

- Mineral-, Heil oder andere Wässer.

- Mittel, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle usw. dienen einschl. Medizinische Haut- und Haarwaschmittel sowie Medizinische Haarwässer und kosmetische Mittel. Ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Basiscremes, Basissalben, Haut und Kopfhautpflege-

gemittelt, auch Rezepturgrundlagen, soweit und solange sie Teil der arzneilichen Therapie (Intervall-Therapie bei Neurodermitis/endogenen Ekzem, Psoriasis, Akne-Schältherapie und Strahlentherapie) sind und nicht der Färbung der Haut und – anhangsgebilde sowie der Vermittlung von Geruchseindrücken dienen.

- Balneotherapeutika, ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Balneotherapeutika bei Neurodermitis/endogenem Ekzem, Psoriasis und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises.
- Mittel, die der Veränderung der Körperform (z.B. Entfettungscreme, Busencreme) dienen sollen.
- Mittel zur Raucherentwöhnung.
- Saftzubereitungen für Erwachsene, von in der Person des Patienten begründeten Ausnahmen abgesehen.
- Würz- und Süßstoffe, Obstsäfte, Lebensmittel im Sinne des § 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes, Krankenkost- und Diätpräparate.
- Abmagerungsmittel und Appetitzügler,
- Anabolika, außer bei neoplastischen Erkrankungen,
- Stimulantien (z.B. Psychoanaleptika, Psychoenergetika und Leistungsstimulantien), ausgenommen bei Narkolepsie und schwerer Zerebralsklerose sowie beim hyperkinetischen Syndrom und bei der so genannten minimalen zerebralen Dysfunktion vorpubertärer Schulkinder,
- so genannte Zellulartherapeutika und Organhydrolysate,
- so genannte Geriatrika und so genannte Arteriosklerosemittel,
- Roborantien, Tonika und appetitanregende Mittel,
- Insekten-Abschreckmittel,
- Fixe Kombinationen aus Vitaminen und anderen Stoffen, ausgenommen und somit beihilfefähig sind Vitamin D-Fluorid-Kombinationen zur Anwendung bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und zur Osteoporoseprophylaxe,
- Arzneimittel, welche nach § 11 Abs. 3 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG) vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. August 2006 (BGBl. I S. 1869, 1870), nur mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise:

„Traditionell angewendet:

- a) zur Stärkung oder Kräftigung,
- b) zur Besserung des Befindens,

- c) zur Unterstützung der Organfunktion,
- d) zur Vorbeugung,
- e) als mild wirkendes Arzneimittel“

in den Verkehr gebracht werden.

10.2.a

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

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

10.2.b

Aufwendungen für Elementardiäten sind für Säuglinge (bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr) mit Kuhmilcheiweißallergie beihilfefähig.

hig; dies gilt ferner für einen Zeitraum von sechs Monaten bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis, sofern Elementardiäten zu diagnostischen Zwecken eingesetzt werden.

11. Nummern 10.3 bis 10.6 erhalten folgende Fassung:

10.3

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

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

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

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

4. Antihypotonika zur oralen Anwendung,

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

- zur hormonellen Behandlung

- Prostaglandin-Synthesehemmer als Monopräparate

- topische Sexualhormone,

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

Calcium-Verbindungen als Monopräparate bei dokumentierter Hypokalziämie,

und bei Osteoporose (auch kombiniert mit Fluorid),

Fluorid zur Kariesprophylaxe des Kindes und bei Osteoporose,

Zink-Verbindungen als Monopräparate bei nachgewiesenem Zinkmangel,

Mineralstoffpräparate (oral) bei Hämodialysebehandlung.

gepufferte und ungepufferte Kaliumverbindungen als Monopräparate bei Hypokaliämie,

- Magnesiumverbindungen als Monopräparate bei neuromuskulären Störungen,

- Elektrolytsubstitution bei schwerer Diarrhoe, bei Nierenerkrankungen und
- zum Ausgleich des Säure-Basen-Haushalts,

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

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

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

10.4

Bei den homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist zu beachten, dass nach den Grundsätzen der klassischen Homöopathie jede Behandlung mit einem individuell auf den Patienten, sein Persönlichkeitsprofil und sein jeweiliges Krankheitsbild abgestimmten Arzneimittel erfolgt. Das gleiche Arzneimittel kann dadurch bei ganz unterschiedlichen Erkrankungen eingesetzt werden. Bei diesen Mitteln ist daher ausschließlich auf eine Diagnose nach Nummer 10.1 Buchstabe a abzustellen.

10.5

Die Ermächtigung nach § 4 Abs. 1 Nr. 7 Satz 6 BVO findet derzeit keine Anwendung; Abschnitt F Nummer 19 der Arzneimittelrichtlinien gilt insoweit nicht. Ferner finden Anlage 1 bis 3, Anlage 5 und Abschnitt I der Anlage 10 der Arzneimittelrichtlinien keine Anwendung.

10.6

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

12. Nach Nummer 10.9 wird folgende Nummer 10.10 eingefügt:

10.10

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

13. In Nummer 11.6 wird in Satz 2 das Zitat „ § 5 Abs. 6 Satz 2 BVO“ durch das Zitat „§ 5 Abs. 6 Satz 3 BVO ersetzt.

14. In Nummer 12.e.4 Satz 3 werden die Worte „und zur Pflegeversicherung“ gestrichen.

15. In Nummer 13.1 Satz 2 werden das Wort „Sanatoriumsmaßnahme“ durch die Worte „stationäre Rehabilitationsmaßnahme“ und das Wort „Heilkur“ durch das Wort „Maßnahme“ ersetzt.

16. In Nummer 13.2 Satz 2 werden das Wort „Sanatoriumsbehandlung“ jeweils durch die Worte „stationäre Rehabilitationsmaßnahme“ ersetzt. In Satz 3 wird das Wort „Sanatoriumsmaßnahme“ durch die Worte „stationäre Rehabilitationsmaßnahme“ ersetzt.

17. Nummern 13.3 bis 13.5 erhalten folgende Fassung:

13.3

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

13.4

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

13.5

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

18. Nach Nummer 13.5 wird folgende Nummer 13.6 angefügt:

13.6

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

19. Nach Nummer 13.6 wird folgende Nummer 13.a eingefügt:

13a

Zu § 6a

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

20. Nummer 14.2 erhält folgende Fassung:

14.2

Das Kurortverzeichnis „Inland“ ist den Verwaltungsvorschriften als Anlage 3 beigelegt. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen können auch in einem Ort außerhalb des Kurortverzeichnisses durchgeführt werden.

21. Nummer 14.4 bis 14.6 werden durch folgende Nummer 14.4 bis 14.9 ersetzt:

14.4

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

14.5

Ist die An- und /oder Abreise zum Kurort nur im Krankenwagen möglich, gilt Nummer 13.4 Satz 2 entsprechend.

14.6

Eine Anschlussheilbehandlung kann auch im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden.

14.7

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

14.8

Die bisher durch das Finanzministerium mit einzelnen Ambulanten Rehabilitationseinrichtungen getroffenen Preisabsprachen werden hiermit zum 01.01.2007 aufgehoben.

14.9

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

22. Nummer 18.3 entfällt

23. Nummer 18.4 erhält folgende Fassung:

18.4

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

24. Nach Nummer 18.5 wird Nummer 18.6 angefügt:

18.6

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

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

25. Nummer 20.6 erhält folgende Fassung:

20.6

Als ausländische Kurorte (§ 10 Abs. 2 Satz 3 BVO) sind anerkannt: Abano Terme, Bad Franzensbad (Franzensbad), Badgastein, Bad Dorfgastein, Bad Hofgastein, Galzignano, Ischia und Montegrotto. Diesen sind Kurorte bzw. Kurbetriebe gleichgestellt, die nach Auskunft des europäischen Heilbäderverbandes (EHV) die für die Durchführung von Heilkuren in der Bundesrepublik Deutschland vorgeschriebenen Qualitätsstandards erfüllen. Es wird gebeten, dem Finanzministerium von Stellungnahmen des EHV zu entsprechenden Anfragen jeweils eine Mehrausfertigung zu übersenden.

26. Nach Nummer 21.a.3 wird folgende Nummer 21.a.4 angefügt:

21.a.4

Nummer 4.8 gilt entsprechend.

27. Anlage 3 – „Heilkurortverzeichnis Inland“ – wird wie folgt geändert:

a) Vor dem Ort „Bertrich“ wird folgende Angabe eingefügt:

Bernkastel-Kues	54470 Bernkastel-Kues	G	Heilklimatischer Kurort
-----------------	-----------------------	---	-------------------------

b) Vor dem Ort „Burgbrohl“ wird folgende Angabe eingefügt:

Burg	03096 Burg	G	Ort mit Heilquellen Kurbetrieb
------	------------	---	--------------------------------

c) Die bisherigen Angaben zu „Burg/Fehmarn“ nach „Burgbrohl“ sind zu streichen.

d) Die Angaben „Heilbrunn“ werden wie folgt gefasst:

Heilbrunn	83670 Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Bernwies, Graben, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Linden, Mürnsee, Oberbuchen, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Reindschmiede, Schönau, Unterbuchen, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd, Weiherweber, Wiesweber, Wörnern	Heilklimatischer Kurort
-----------	---------------------	---	-------------------------

e) Die Angaben „Kötzting“ werden wie folgt gefasst:

Kötzting	83670 Bad Heilbrunn	Stadtteil Kötzting	Kneippheilbad
----------	---------------------	--------------------	---------------

f) Vor dem Ort „Möln“ wird folgende Angabe eingefügt:

Mettlach	66693 Mettlach	Orscholz	Heilklimatischer Kurort
----------	----------------	----------	-------------------------

g) Die Angaben zu „Sasbachwalden“ werden wie folgt gefasst:

Sasbachwalden	77887 Sasbachwalden	G	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
---------------	---------------------	---	--

h) Die Angaben „Töls“ werden wie folgt gefasst:

Tölz	83646 Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz	Moorheilbad und Heilklimatischer Kurort
		b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Heilklimatischer Kurort

- MBI. NRW. 2006 S. 816