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

Vom 2. September 1999

(KABl. S. 294)

zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 24. November 2008 (KABl. 2009 S. 31)

Aufgrund von Artikel 5 der Notverordnung über die Gewährung von Beihilfen bei Krankheit, Geburt und Tod vom 20. August 1999[1] (KABl. S. 251) geben wir die Verwaltungsverordnung zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen des Finanzministeriums NRW unter Berücksichtigung der kirchlichen Besonderheiten bekannt:

1. **Allgemeines**

1.1 Für die Anwendung der Beihilfenverordnungen und der Verwaltungsverordnung gelten:

1. Die Regelungen für den öffentlichen Dienst gelten entsprechend für den kirchlichen Dienst.
2. Anstelle der Obersten Dienstbehörde, des Finanzministeriums sowie des Finanzministeriums in Verbindung mit anderen Stellen tritt das Landeskirchenamt.

1.2 Pfarrerinnen und Pfarrer, die sich in einem eingeschränkten Dienstverhältnis befinden und die Sabbatjahrregelung in Anspruch nehmen, behalten für die Zeit der Ansparphase und des Sabbatjahres ihren Beihilfeanspruch.

1.3 Für die Mitarbeiter nach Artikel 1 Buchstabe a der Notverordnung Beihilfe besteht während der Zeit der Freistellung unter Verlust der Besoldung (§ 78 PfDG) und der Beurlaubung ohne Dienstbezüge (§ 85 a LBG) ein Anspruch auf Leistung der Krankheitsfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelung für Mitarbeiter mit Dienstbezügen. Dies gilt nicht, wenn diese Mitarbeiter berücksichtigungsfähige Angehörige eines Beihilfeberechtigten werden oder Anspruch auf Familienhilfe nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch haben. Für die Mitarbeiter nach Artikel 1 Buchstaben a und e Notverordnung Beihilfe gelten für die Dauer der Elternzeit die Sätze 1 und 2 entsprechend.

1.4 Für die Mitarbeiter nach Artikel 1 Buchstabe a und b der Notverordnung Beihilfe besteht für die Zeit des Wartestandes ein Beihilfeanspruch, solange sie Wartegeld erhalten.

1 Nr. **649**.

1.5 Pfarrerinnen und Pfarrer sowie Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamte behalten während der Zeit des Altersteildienstes nach der Altersteildienst-Ordnung ihren Beihilfeanspruch. § 1 Absatz 3 Nr. 1 b BVO findet keine Anwendung.

2 **Zu § 1 Abs. 1**

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

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

2a **Zu § 1 Abs. 3 Nr. 1**

2a.1 Werden Bedienstete auf unbestimmte Zeit beschäftigt, so sind sie beihilfeberechtigt.

2a.2 Eine Unterbrechung der Tätigkeit im öffentlichen Dienst liegt vor, wenn der Beihilfeberechtigte an einem oder mehreren Werktagen, an denen üblicherweise Dienst getan wurde, nicht im öffentlichen Dienst gestanden hat. Dies gilt nicht für die Zeit, die zwischen zwei Dienstverhältnissen zur Ausführung eines Umzuges benötigt wurde. Als Unterbrechung gilt es nicht, wenn das Beamtenverhältnis auf Widerruf gemäß § 35 Abs. 2 Satz 2 LBG geendet hat und der Antragsteller innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden wieder in den öffentlichen Dienst übernommen worden ist. Satz 3 gilt entsprechend für Vikare, deren Dienstverhältnis nach § 14 a PfAG geendet hat, wenn der Antragsteller innerhalb von drei Monaten nach dem Ausscheiden wieder in den Dienst der Evangelischen Kirche im Rheinland übernommen worden ist.

2a.3 Lehrer erhalten keine Beihilfen, wenn sie regelmäßig wöchentlich weniger als die Hälfte der Pflichtstundenzahl unterrichten.

3 **Zu § 1 Abs. 3 Nr. 2**

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

Soweit Versorgungsempfänger im kirchlichen Dienst eine Beschäftigung als Arbeitnehmer ausüben, ist die BVOAng nicht anzuwenden. Der Beihilfeanspruch als Versorgungsempfänger verdrängt die Beihilfeberechtigung aus dem Arbeitsverhältnis.

4 **Zu § 1 Abs. 4**

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

4.2 § 1 Abs. 4 BVO ist entsprechend anzuwenden beim Übertritt oder bei der Übernahme eines Beamten in den Dienst eines anderen Dienstherrn (vgl. § 3 Abs. 5 BVO).

5 **Zu § 2**

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

5.2 Die steuerrechtlichen Einkünfte umfassen folgende Einkunftsarten:

1. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
2. Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
3. Einkünfte aus selbstständiger Arbeit (z. B. aus der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Rechtsanwalt, Architekt, Steuerberater),
4. Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit (Gehälter, Löhne, Versorgungsbezüge aufgrund früherer Dienstleistung),
5. Einkünfte aus Kapitalvermögen,
6. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
7. sonstige Einkünfte. Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag nach § 24 a EStG und den Abzug für Land- und Forstwirte nach § 13 Abs. 3 EStG ist der Gesamtbetrag der Einkünfte.

Als erstmalige Rentenbezieher gelten Rentner mit erstmaligem Anspruch auf Rente aus eigenem oder abgeleitetem Recht (z. B. Bezieher von Hinterbliebenenrenten), nicht aber Bezieher von umgewandelten Renten (z. B. Rente wegen Erwerbs-

minderung, die nach dem 31. Dezember 2003 in Altersrente umgewandelt wird). Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert wurden oder die der Kapitalertragsteuer mit abgeltender Wirkung nach § 43 Abs. 5 EStG unterlegen haben, sind den Einkünften, der Summe der Einkünfte und dem Gesamtbetrag der Einkünfte hinzuzurechnen (vgl. § 2 Abs. 5a EstG). 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. Januar 2004 bezieht, die bis 31. Dezember 2004 der Besteuerung nach § 22 EStG, ab 1. Januar 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. Januar 2005) unterliegen, werden ausschließlich (auch für 2004) mit dem Ertragsanteil erfasst. Bei erstmaligem Rentenbezug vor dem 1. Januar 2004 wird bei der Ermittlung des Gesamtbetrages der Einkünfte ausschließlich der steuerliche Ertragsanteil der Renten nach § 22 EStG (bis 31. Dezember 2004), ab 1. Januar 2005 nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe aa EStG, zugrunde gelegt. Dies gilt entsprechend für die Rentenbezüge mit erstmaligem Rentenbezug vor dem 1. Januar 2004, die ab 1. Januar 2005 von § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe bb EStG erfasst werden.

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

5.3 Aufwendungen, die im Jahr vor der Antragstellung entstanden sind, werden anerkannt, wenn für dieses Jahr ein Beihilfeanspruch bestand. Erklärt der Beihilfeberechtigte, dass im laufenden Kalenderjahr der Gesamtbetrag der Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners in Höhe von 18.000 Euro nicht überschritten wird, kann zu den Aufwendungen, die in diesem Kalenderjahr entstanden sind, unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe gewährt werden. Nach Ablauf des Kalenderjahres ist ein Nachweis über die Höhe der Einkünfte zu erbringen.

5.3a In den Fällen des § 4 Pflegezeitgesetzes (PflegeZG), der Freistellung unter Verlust der Besoldung (§ 78 PfDG), der Beurlaubung ohne Dienstbezüge (§ 85 a Abs. 1

Nr. 2 LBG) und für die Dauer der Elternzeit ist eine Beihilfe auch dann zu gewähren, wenn der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner im Kalenderjahr vor der Antragstellung und/oder im laufenden Kalenderjahr ausschließlich Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit (§ 19 Einkommensteuergesetz) erzielt und diese mehr als 18.000 Euro betragen haben bzw. betragen. Dies gilt bei Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnern, die vor dem Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 einen Beihilfeanspruch gegen einen anderen Dienstherrn hatten, nur dann, wenn der andere Dienstherr bei den Mitarbeitern der Evangelischen Kirche im Rheinland, die aufgrund der Regelung des § 85 a Abs. 4 Satz 2 oder des § 86 Abs. 2 Satz 3 LBG berücksichtigungsfähige Personen werden, entsprechend verfährt.

5.4 Nach dem Bundesbesoldungsgesetz, der Pfarrbesoldungs- und -versorgungsordnung, werden im Familienzuschlag die Kinder berücksichtigt, für die dem Mitarbeiter Kindergeld nach dem Einkommensteuergesetz oder nach dem Bundeskindergeldgesetz (BKGG) zusteht oder ohne Berücksichtigung der §§ 64 und 65 EStG oder der §§ 3 oder 4 BKGG zustehen würde. Bei in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kindern ist es bis zu einer Änderung der besoldungs- und versorgungsrechtlichen Vorschriften für die Gewährung von Beihilfen ausreichend, wenn einem der eingetragenen Lebenspartner für das Kind Kindergeld zusteht oder zustehen würde. Nummer 5.7 gilt entsprechend.

5.5 § 2 Abs. 2 BVO gilt auch für nicht selbst beihilfeberechtigte Kinder von Beihilfeberechtigten, die keinen Anspruch auf Familienzuschlag haben (Lohnempfänger), sofern bei Anwendung des Besoldungsgesetzes die Kinder im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig wären; Nummer 5.4 gilt entsprechend.

5.6 Ein nicht selbst beihilfeberechtigtes Kind gilt auch dann als im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig, wenn es wegen der Konkurrenzregelung des § 40 Abs. 5 BBesG nicht im Familienzuschlag erfasst ist.

5.7 § 2 Abs. 2 Satz 1 zweiter Halbsatz gilt in den Fällen des § 32 Abs. 5 EStG entsprechend.

5.8 Weiterhin berücksichtigungsfähig sind studierende Kinder i.S.d. § 2 Abs. 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 grds. mit Vollendung des 25. Lebensjahres), soweit sie bereits bis zum Wintersemester 2006/2007 ein Studium an einer Hoch- oder Fachhochschule aufgenommen haben.

5.9a Nicht selbst beihilfeberechtigt im Sinne des § 2 BVO sind nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts auch die Angehörigen eines Beihilfeberechtigten, die gesetzlich versichert sind, aufgrund ihrer Beschäftigung einen Beihilfenanspruch haben und damit beihilfenrechtlich auf die Sach- oder Dienstleistungen der gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung verwiesen werden. Der Beihilfe-

berechtigte kann in diesem Fall bei seiner Festsetzungsstelle die Aufwendungen geltend machen, die über die Sach- oder Dienstleistungen bzw. den Wert der Sach- oder Dienstleistungen hinausgehen. Hat der pflichtversicherte Angehörige Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt oder nach § 13 Abs. 4 SGB V erhalten, können die nicht gedeckten Aufwendungen nicht geltend gemacht werden. Dies gilt entsprechend für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Gebühren.

5.9b Für die nach Artikel 2 in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 2 bis 4 der Notverordnung Beihilfe Beihilfeberechtigten und ihre Angehörigen gilt abweichend von Nummer 5.8 a:

Eine Sachleistung liegt nicht vor, wenn den in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten die Behandlung ohne Krankenversicherungsausweis zugestanden wurde und aus den Gesamtbehandlungskosten Teile voll erstattet werden. Das Gleiche gilt, wenn die Krankenkasse zu den Kosten für Medikamente eine Barerstattung erbringt. Werden die Gesamtkosten von der Krankenkasse übernommen, liegt eine Sachleistung vor.

5.10 Soweit Angehörige einen eigenen Beihilfenanspruch nach § 1 Abs. 6 BVOAng haben, ist nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts dem Beihilfeberechtigten zu den Aufwendungen der berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter Anrechnung deren eigenen Beihilfeanspruchs eine Beihilfe zu gewähren.

5.11 Beantragt der Beihilfeberechtigte erstmals Beihilfen für Aufwendungen seines eingetragenen Lebenspartners, ist dem Beihilfeantrag eine beglaubigte Kopie der Lebenspartnerschaftsurkunde beizufügen. Diese Kopie ist zu den Akten zu nehmen. Aufwendungen können für Zeiträume ab dem 1. August 2005 geltend gemacht werden.

5.11a Erklärt der Antragsteller, dass weder er noch sein Ehegatte oder sein eingetragener Lebenspartner bei einer anderen Stelle eine Beihilfe zu den Aufwendungen für das Kind beantragt hat bzw. beantragen wird, kann ausnahmsweise auf die Vorlage der Originalbelege verzichtet werden.

6 **Zu § 3 Abs. 1 und 2**

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3 Aufwendungen für Schutzimpfungen Schutzimpfungen sind beihilfefähig, soweit sie nach den jeweils gültigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) öffentlich empfohlen werden (vgl. hierzu auch RdErl. des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit vom 7. Dezember 2000 – SMBl. NRW. 21260).

6.4 Den Amtsärzten werden die beamteten Ärzte gleichgestellt. Als Vertrauens(zahn-)arzt kann auch ein als Angestellter im öffentlichen Dienst stehender Arzt (Zahnarzt) oder ein frei praktizierender Arzt (Zahnarzt) herangezogen werden. Gutachten sind nur mit Einverständnis des Betroffenen einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden; wird das Einverständnis verweigert, ist die Beihilfe unter Berücksichtigung der Zweifel der Festsetzungsstelle festzusetzen.

6.5 Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ, § 5 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 4 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann

als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Sätze 1 und 2 GOZ) dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände, die in der Person des Patienten liegen (patientenbezogene Bemessungskriterien) dies rechtfertigen. Derartige Umstände können i. d. R. nur dann gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

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

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

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

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

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

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

6.7 Abweichend von der Bestimmung 7.2 in dem Runderlass vom 19. August 1998 (Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht – KABl. 1998 S. 312) können Kompositfüllungen künftig grundsätzlich auch bei einer analogen Bewertung nach den Positionen 215 – 217 GOZ als beihilfefähig anerkannt werden. Dabei wird ein

Steigerungssatz von höchstens 2,3 als angemessen angesehen. Ein Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes ist auch bei entsprechender Begründung des behandelnden Zahnarztes beihilferechtlich nicht zu berücksichtigen.

6.8 Mehraufwendungen für Verblendungen (einschließlich Vollkeramikkronen 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, Vollkeramikkronen etc. und soweit eine Brückenversorgung nach Satz 1 über Zahn 5 hinausreicht, 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.

6.9 Abrechnungen von Nebenkosten auf der Basis des DKG-NT (Tarif der deutschen Krankenhausgesellschaft) sind in voller Höhe beihilfefähig.

6.10 Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind beihilfefähig.

6.11 Soweit hinsichtlich der Notwendigkeit und Angemessenheit der berechneten Leistungen erhebliche Zweifel an Heilpraktikerrechnungen bestehen, können Anfragen anonymisiert zur Prüfung (kostenfrei) an folgende Adressen gerichtet werden:

Bund Deutscher Heilpraktiker e.V.

Gebühren- u. Gutachtenkommission

Herrn Siegfried Kämper

Am Stadtgarten 2

45883 Gelsenkirchen

Deutsche Heilpraktikerverbände –DDH-

Gebühren- und Gutachterkommission

Maarweg 10

53123 Bonn

Freie Heilpraktiker e.V.

Gutachter- und GebüH-Kommission

Herrn R. Schmidt

Benrather Schlossallee 49–53

40597 Düsseldorf

Eine Durchschrift der Stellungnahme mit der vorgelegten Rechnung bitten wir dem Landeskirchenamt zu übersenden.

7 **Zu § 3 Abs. 3**

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

7.2 Für die nach Artikel 2 in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 2 bis 4 der Notverordnung Beihilfe Beihilfeberechtigten und ihre Angehörigen gilt:

Eine Sachleistung liegt nicht vor, wenn den in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten die Behandlung ohne Krankenversicherungsausweis zugestanden wurde und aus den Gesamtbehandlungskosten Teile voll erstattet werden. Das Gleiche gilt, wenn die Krankenkasse zu den Kosten für Medikamente eine Barerstattung erbringt. Werden die Gesamtkosten von der Krankenkasse übernommen, liegt eine Sachleistung vor.

8. **Zu § 3 Abs. 4**

8.1 *gestrichen*

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

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

8.3 Bei Personen, die als Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und bei denen die Voraussetzungen nach der Notverordnung Beihilfe Art. 2 Abs. 3 in Verbindung mit Art. 6 Abs. 3 und 4 vorliegen, findet § 3 Abs. 3 Satz 1 bis 3 und Abs. 4 Satz 1 keine Anwendung.

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

8.5 § 3 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 und Satz 3 gelten entsprechend für Personen, die einen Zuschuss nach § 44a Abs. 1 SGB XI erhalten.

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

Beispiel:

Einer außerhalb des öffentlichen Dienstes tätigen Ehefrau eines Beamten sind beihilfefähige Gesamtaufwendungen von 1000 Euro entstanden. Die private Krankenversicherung hat hierzu 750,50 Euro erstattet. Der Krankenversicherungsbeitrag beträgt 100,50 Euro monatlich, zu dem der Arbeitgeber einen Zuschuss von 40,70 Euro leistet. Von den Leistungen der Krankenversicherung sind auf die beihilfefähigen Gesamtaufwendungen anzurechnen

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

Beihilfefähig sind 400 Euro.

9. **Zu § 3 Abs. 5**

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

10 **Zu § 4 Abs. 1 Nr. 1**

10.1 Nummer 6.4 gilt entsprechend.

10.2 Zu Aufwendungen für Akupunkturbehandlungen werden Beihilfen gewährt, wenn wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethoden ohne Erfolg angewendet worden sind. Ob diese Voraussetzung gegeben ist, entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann bei Zweifel das Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes einholen. Die Aufwendungen für eine Akupunktur zur Behandlung von Schmerzen (Nummer 269 und 269 a des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen, Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) sind ohne die Einschränkungen der Sätze 1 und 2 beihilfefähig.

10.3 Die beihilfefähigen Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode bestimmen sich nach den Anlagen 1 und 2. Bestehen im Einzelfall bei Heilbehandlungen, die nicht in den Anlagen 1 und 2 aufgeführt sind, Bedenken, ob diese zu den wissenschaftlich nicht bzw. wissenschaftlich noch nicht anerkannten Methoden gehören, ist das Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes einzuholen.

10.4 Nach der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) vom 08. Juni 2000 (BGBl. I S. 818) richten sich die Vergütungen für die beruflichen Leistungen dieser Berufsgruppe

nach der GOÄ. Berechenbar sind ausschließlich Leistungen, die in den Abschnitten B und G aufgeführt sind (§ 1 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.

Die Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht (KABl. 1998 S. 128) gelten entsprechend; dabei ist jedoch davon auszugehen, dass die Gebühren den 2,3fachen Satz (1,7fachen Satz/Standardtarif – § 5b GOÄ) grundsätzlich nicht überschreiten dürfen.

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

Sofern Psychotherapeuten eine Analogbewertung vornehmen und/oder den o. g. Gebührenansatz überschreiten, ist die Rechnung dem Gutachter/Obergutachter zur Begutachtung vorzulegen. Diese Begutachtung kann zum üblichen Satz (Nr. 10.5) vergütet werden.

Den Psychotherapeuten ist es verwehrt, verschreibungspflichtige Arzneimittel zu verordnen.

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

a) Der Beihilfeberechtigte legt der Beihilfestelle das Formblatt Anlage 5.1 („Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie“) ausgefüllt vor. Außerdem hat er (oder die berücksichtigungsfähige Person) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, auf Formblatt Anlage 5.2 einen Bericht für den Gutachter zu erstellen. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollen zusätzlich mit Formblatt Anlage 5.3 den erforderlichen Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung

einer somatischen (organischen) Krankheit (vgl. § 1 Absatz 3 Satz 2 Psychotherapeutengesetz – PsychThG v. 16. 6. 1998, BGBl. I S. 1311) einholen.

b) Das ausgefüllte Formblatt Anlage 5.2 und ggf. das Formblatt Anlage 5.3 ist in einem verschlossenen, deutlich erkennbar als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag der Beihilfestelle zur Weiterleitung an den Gutachter zu übersenden.

c) Die Beihilfestelle beauftragt mit Formblatt Anlage 5.4 einen vom Landeskirchenamt benannten Gutachter mit der Erstellung des Gutachtens nach Formblatt Anlage 5.5; sie leitet ihm dazu gleichzeitig

- den ungeöffneten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten,
- das ausgefüllte Formblatt Anlage 5.1,
- das Formblatt Anlage 5.5 (in dreifacher Ausfertigung) und
- einen an die Festsetzungsstelle adressierten, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag zu.

d) Der Gutachter teilt seine Stellungnahme nach Formblatt Anlage 5.5 („Psychotherapie-Gutachten“) – in zweifacher Ausfertigung – in dem Freiumschlag der Beihilfestelle mit. Diese leitet dem behandelnden Therapeuten eine Ausfertigung zu; die zweite Ausfertigung ist in einem verschlossenen Umschlag aufzubewahren. Auf Grundlage der gutachterlichen Stellungnahme ist dem Beihilfeberechtigten ein Anerkennungsbescheid nach Formblatt Anlage 5.6 zu erteilen.

e) Legt der Beihilfeberechtigte gegen den Bescheid der Beihilfestelle Widerspruch ein, kann die Beihilfestelle im Rahmen des Widerspruchsverfahrens ein Obergutachten einholen. Zu diesem Zweck hat der Beihilfeberechtigte (die berücksichtigungsfähige Person) den behandelnden Therapeuten zu ersuchen, seinen „Erstbericht“ an den Gutachter auf Formblatt Anlage 5.2 zu ergänzen, wobei insbesondere die Notwendigkeit der Behandlung erneut begründet und auf die Ablehnungsgründe der Beihilfestelle/des Gutachters eingegangen werden soll.

f) Der ergänzte Bericht ist der Beihilfestelle in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag zur Weiterleitung an den Obergutachter zu übermitteln.

g) Die Beihilfestelle beauftragt einen vom Landeskirchenamt benannten Obergutachter mit der Erstellung eines Obergutachtens; sie leitet ihm zugleich folgende Unterlagen zu:

- den ungeöffneten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Umschlag des Therapeuten,
- Kopie des Psychotherapie-Gutachtens und
- einen an die Beihilfestelle adressierten, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag.

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

h) Auf Grundlage der vom Obergutachter übermittelten Stellungnahme erteilt die Beihilfestelle dem Beihilfeberechtigten einen Widerspruchsbescheid.

i) Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (Nummern 2.3 und 3.3 der Anlage 1 [zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5 BVO]) ist der von dem behandelnden Therapeuten begründete Verlängerungsbericht (Bericht zum Fortführungsantrag nach Formblatt Anlage 5.2) mit einem Freiumschlag (s. o.) dem mit dem Erstgutachten beauftragten Gutachter zur Stellungnahme zuzuleiten. Im Übrigen gelten die Ausführungen zu „d bis h“ entsprechend.

j) Die Beihilfestelle kann von dem Voranerkennungsverfahren (s. o.) absehen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten (der berücksichtigungsfähigen Person) bereits eine Leistungszusage aufgrund eines durchgeführten Gutachterverfahrens erteilt hat, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Therapeuten ergeben. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Anlage 1 (zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5 BVO).

10.5 Die Kosten für das Gutachten betragen 41 Euro plus Mehrwertsteuer, für das in Zweifelsfällen ggf. notwendige Obergutachten 82 Euro plus Mehrwertsteuer.

10.6 In Ausbildung befindliche Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nicht selbstständig Leistungen i. S. der Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO) erbringen. Soweit sie während der zweiten Hälfte ihrer Ausbildung Behandlungen durchführen, muss dies unter Aufsicht eines nach Anlage 1 anerkannten Therapeuten (Supervisor) erfolgen, der allein diese Leistungen in Rechnung stellen darf.

10.7 Neben der Nr. 849 GOÄ sind körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.

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

- Tendinosis calcarea,
- Pseudarthrose (nicht heilender Knochenbruch),
- Fasziitis plantaris (Fersensporn).

Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT ist ausschließlich der analoge Ansatz der Ziffer 1800 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge (da keine Operationsleistung) beihilfefähig.

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

10.9 Die Verordnung von Soziotherapie dürfen nur Ärzte vornehmen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung „Psychiatrie oder Nervenheilkunde" zu führen. Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. Es können insgesamt höchstens 120 Therapieeinheiten innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren berücksichtigt werden. Die Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten.

Soziotherapie können nur die seitens der GKV anerkannten Leistungserbringer durchführen. Es sind dies Diplom-Sozialarbeiterlnnen/-Sozialpädagoglnnen und Fachkrankenschwestern/-pfleger für Psychotherapie (§ 4 Abs. 1 Nr. 9 Satz 3 BVO gilt insoweit nicht). Eine aktuelle Liste der anerkannten Leistungserbringer ist bei der jeweiligen Ortskrankenkasse am Wohnort des Beihilfeberechtigten zu erfragen.

Die Aufwendungen der Soziotherapie sind bis auf Weiteres nur in der Höhe beihilfefähig, in der sie von der Ortskrankenkasse im Rahmen ihres Vertrages mit dem Leistungserbringer vereinbart sind.

10a **zu § 4 Abs. 1 Nr. 2**

10a.1 Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 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 Krankenhausaufenthaltes (Berechnungstage) können seitens des Krankenhauses 45,00 Euro für Unterkunft und Verpflegung abgerechnet werden. Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, können bei vollstationären Behandlungen nicht abgerechnet werden. Der Betrag von 45,00 Euro ist beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Begleitperson sind nicht beihilfefähig.

10a.2 Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz (Kinderhospiz), in dem eine palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, sind für die ersten neun (Kinderhospiz: 18) Monate der Versorgung grundsätzlich nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 Buchstaben a) und b) BVO beihilfefähig. Die Abzugsbeträge nach

§ 4 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b BVO bleiben unberücksichtigt. Nach Ablauf von neun Monaten (Kinderhospiz 18 Monaten) gelten die §§ 5 bis 5 d.

10a.3 Von den nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO beihilfefähigen Aufwendungen wird der Selbstbehalt für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts abgezogen.

10a.4 Zweibettzimmerzuschläge sind nur in der Höhe angemessen, wie sie zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart wurden. Soweit Zweifel an der Höhe des berechneten Zweibettzimmerzuschlags bestehen, ist der Beihilfestelle vom Beihilfeberechtigten eine Kopie der Zweibettzimmerabrechnung seiner PKV vorzulegen; um Zeitverzögerungen bei der Abrechnung zu vermeiden, ist ggf. die Beihilfe mit dem berechneten Zweibettzimmerzuschlag unter Vorbehalt und mit der Auflage festzusetzen, den Erstattungsbescheid der PKV nachzureichen. Liegt für die berechnende Krankenanstalt keine Vereinbarung mit dem PKV-Verband vor, ist im Rahmen einer Vergleichsberechnung der Zweibettzimmerzuschlag der zum Behandlungsort nächstgelegenen Krankenanstalt heranzuziehen, mit der eine Vereinbarung getroffen wurde.

10a.5 Die Selbstbeteiligungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 2b BVO sind innerhalb eines Kalenderjahres für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zu einem Betrag von jeweils insgesamt 750 Euro in Abzug zu bringen.

10a.6 Die beihilfenrechtliche Vergleichsberechnung nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 Satz 3 BVO gilt auch für so genannte „Anschlussheilbehandlungen“, soweit eine Abrechnung nicht nach § 6 BVO sondern nach § 4 BVO erfolgt. 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. 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 (incl. Zuschlägen und Zusatzentgelten etc.) der vergleichbaren Klinik der Maximalversorgung maßgebend. Ggf. anfallende Kosten der Begutachtung trägt die Beihilfestelle.

10a.7 Bei Behandlungen in Kliniken, deren medizinischen Leistungen mit den Leistungen der unter § 1 Abs. 1 Bundespflegesatzverordnung fallenden Krankenhäuser vergleichbar sind, gilt Nummer 10a.6 entsprechend. Soweit die dem Behandlungsort oder der Beihilfestelle nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung keine vergleichbaren Leistungen anbietet, ist die Vergleichsberechnung an Hand der

vergleichbaren Pflegesätze der dem Behandlungsort nächstgelegenen Klinik nach § 108 Nr. 3 SGB V durchzuführen.

10a.8 Die nach §§ 6 und 9 KHEntgG neben einer Fallpauschale zusätzlich berechneten Zusatzentgelte sind beihilfefähig. Dies gilt auch für den DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5, für den Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen und für sonstige Zuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 sowie für Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Aufwendungen für eine gemäß § 22 BPflV oder § 17 KHEntgG in Rechnung gestellte Wahlleistung „gesondert berechenbare Unterkunft/Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Entlassungs- oder Verlegungstag sind nicht beihilfefähig.

10b **Zu § 4 Abs. 1 Nr. 5**

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

11 **Zu § 4 Abs. 1 Nr. 7 und Nr. 9**

11.1a Nach § 4 Abs. 1 Nr. 7 und der Anlage 2 sind grundsätzlich nur Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, 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. (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. (Das Landeskirchenamt kann in begründeten Einzelfällen Ausnahmen zulassen - § 4 Abs. 1 Nr. 7 Satz 4 1. Halbsatz BVO -).

Demnach sind beihilfefähig:

1. **Abführmittel**

   nur zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, 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.

2. **Acetylsalicylsäure** (bis 300 mg/Dosiseinheit)

   nur als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen.

3. **Acetylsalicylsäure und Paracetamol**

   nur zur Behandlung schwerer und schwerster Schmerzen in Co-Medikation mit Opioiden.

4. **Acidosetherapeutika**

   nur zur Behandlung von dialysepflichtiger Nephropathie und chronischer Niereninsuffizienz sowie bei Neoblase.

5. **Antihistaminika**

   - nur in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien,
   - nur zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien,
   - nur bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruitus,
   - nur zur Behandlung bei schwerwiegender allergischer Rhinitis, bei der eine topische nasale Behandlung mit Glukokortikoiden nicht ausreichend ist.

6. **Antimykotika**

   nur zur Behandlung von Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum.

7. **Antiseptika und Gleitmittel**

   nur für Patienten mit Katheterisierung.

8. **Arzneimittel zur sofortigen Anwendung**

   - Antidote bei akuten Vergiftungen,
   - Lokalanästhetika zur Injektion.

9. **Arzneistofffreie Injektions-/Infusions-, Träger und Elektrolytlösungen sowie parenterale Osmodiuretika bei Hirnödem (Mannitol, Sorbitol).**

10. **Butylscopolamin** (parenteral)

    nur zur Behandlung in der Palliativmedizin.

11. **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.

12. **Calciumverbindungen** (als Monopräparate) nur
    - bei Pseudohypo- und Hypoparathyreodismus,
    - bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.
13. **Citrate**

    nur zur Behandlung von Harnkonkrementen.
14. **E. coli Stamm Nissle 1917**

    nur zur Behandlung der Colitis ulcerosa in der Remissionsphase bei Unverträglichkeit von Mesalazin.
15. **Eisen-(II)-Verbindungen**

    nur zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie.
16. **Flohsamen und Flohsamenschalen**

    nur zur unterstützenden Quellmittel-Behandlung bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom und HIV assoziierter Diarrhoen.
17. **Folsäure und Folinate**

    nur bei Therapie mit Folsäureantagonisten sowie zur Behandlung des kolorektalen Karzinoms.
18. **Ginkgo biloba Blätter-Extrakte**

    nur in Zusammenhang mit der Behandlung der Demenz (mindestens Pflegestufe 1).
19. **Harnstoffhaltige Dermatika** (mit einem Harnstoffgehalt von mindestens 5 %)

    nur bei gesicherter Diagnose bei Ichthyosen, wenn keine therapeutischen Alternativen für den jeweiligen Patienten indiziert sind.
20. **Hypericum perforatum-Extrakte**

    (hydroalkoholischer Extrakt, min. 300 mg pro Applikationsform)

    nur zur Behandlung mittelschwerer depressiver Episoden.
21. **Iodide**

    nur zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen.
22. **Iod-Verbindungen**

    nur zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren.
23. **Kaliumverbindungen** (als Monopräparate)

nur zur Behandlung der Hypokaliämie.

24. **L-Methionin**

    nur zur Vermeidung der Steinneubildung bei Phosphatsteinen bei neurogener Blasenlähmung, wenn Ernährungsempfehlungen und Blasenentleerungstraining erfolglos geblieben sind.

25. **Lactulose und Lactitol**

    nur zur Senkung der enteralen Ammoniakresorption bei Leberversagen im Zusammenhang mit der hepatischen Enzephalopathie.

26. **Levocarnitin**

    nur zur Behandlung bei endogenem Carnitinmangel.

27. **Lösungen und Emulsionen zur parenteralen Ernährung**

    einschließlich der notwendigen Vitamine und Spurenelemente.

28. **Magnesiumverbindungen**

    a) **(oral)**

    nur bei angeborenen Magnesiumverlusterkrankungen.

    b) **(parenteral)**
    nur zur Behandlung bei nachgewiesenem Magnesiummangel und zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko.

29. **Metixenhydrochlorid**

    nur zur Behandlung des Parkinson-Syndroms.

30. **Mistel-Präparate** (parenteral, auf Mistellektin normiert)

    nur in der palliativen Therapie von malignen Tumoren zur Verbesserung der Lebensqualität.

31. **Niclosamid**

    nur zur Behandlung von Bandwurmbefall.

32. **Nystatin**

    nur zur Behandlung von Mykosen bei immunsupprimierten Patienten.

33. **Ornithinaspartat**

    nur zur Behandlung des hepatischen (Prae)-Coma und der episodischen, hepatischen Enzephalopathie.

34. **Pankreasenzyme**

    nur zur Behandlung chronischer, exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mukoviszidose.

35. **Phosphatbinder**

nur zur Behandlung der Hyperphosphatämie bei chronischer Niereninsuffizienz und Dialyse.

36. **Phosphatverbindungen**

    bei Hypophosphatämie, die durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.

37. **Salicylsäurehaltige Zubereitungen** (mind. 2% Salicylsäure)

    in der Dermatotherapie als Teil der Behandlung der Psoriasis und hyperkeratotischer Ekzeme.

38. **Synthetische Tränenflüssigkeit**

    bei Sjögren-Syndrom mit deutlichen Funktionsstörungen (trockenes Auge Grad 2), Epidermolysis bullosa, occulärem Pemphigoid, Fehlen oder Schädigung der Tränendrüse, Fazialisparese oder bei Lagophthalmus.

39. **Synthetischer Speiche**l

    nur zur Behandlung krankheitsbedingter Mundtrockenheit bei onkologischen oder Autoimmun-Erkrankungen.

40. **Topische Anästhetika und/oder Antiseptika**

    nur zur Behandlung schwerwiegender generalisierter blasenbildender Hauterkrankungen (z.B. Epidermolysis bullosa, hereditaria; Pemphigus)

41. **Vitamin K** (als Monopräparate)

    nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann.

42. **Wasserlösliche Vitamine** (auch in Kombination)

    nur bei Dialyse.

43. **Wasserlösliche Vitamine, Benfotiamin und Folsäure**

    nur bei nachgewiesenem, schwerwiegendem Vitaminmangel, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann (Folsäure: 5 mg/Dosiseinheit).

44. **Zinkverbindungen** (als Monopräparat)

    nur zur Behandlung der enteropathischen Akrodermatitis und durch Hämodialysebehandlung bedingten nachgewiesenen Zinkmangel sowie zur Hemmung der Kupferaufnahme bei Morbus Wilson.

Bei den o.g. Indikationsgebieten sind auch Aufwendungen für Arzneimittel der Anthroposophie und Homöopathie beihilfefähig, sofern die Anwendung dieser Arzneimittel für diese Indikationsgebiete als wissenschaftlich allgemein anerkannt gilt und der Arzt/Heilpraktiker dies mit der Verordnung bestätigt. Bei diesen Arz-

neimitteln 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.

Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel mit o.g. Wirkstoffen sind auch außerhalb der o.g. 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.

11.1b Unabhängig von der Verschreibungsart sind nicht beihilfefähig bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

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

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

c) Abführmittel außer zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, 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.

d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit (unberührt bleibt die Anwendung gegen Erbrechen bei Tumortherapie und anderen schwerwiegenden Erkrankungen, z.B. Menierescher Symptomkomplex).

11.1c Aufwendungen für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukt nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 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 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes Arzneimittel gewesen wären, sind beihilfefähig (vgl. § 31 Abs. 1 SGB V).

11.2 Aufwendungen für die folgenden Mittel (Anlage 2 Nr. 4 a 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) enthaltende Mittel (ausgenommen Tinkturen im Sinne des

Deutschen Arzneibuches und tropfenweise einzunehmende ethlyalkoholhaltige 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 arzneilichen Therapie (Intervall-Therapie bei Neurodermitis/endogenem 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.

11.2a Aufwendungen für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung 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,
- Colotis ulcerosa,
- Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
- Kurzdarmsyndrom,
- Morbus Crohn,
- Mukoviszidose,
- multiplen Nahrungsmittelallergien,
- Niereninsuffizienz,
- Phenylketonurie,
- Sondenernährung über eine operativ gelegte Magensonde (sog. PEG-Sonde),
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z.B. Mundboden- und Zungenkarzinom),

- Tumortherapien (auch nach der Behandlung),
- postoperativer Nachsorge.

11.2b Aufwendungen für Elementardiäten sind für Säuglinge (bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr) mit Kuhmilcheiweißallergie beihilfefähig; dies gilt ferner für einen Zeitraum von sechs Monaten bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis, sofern Elementardiäten zu diagnostischen Zwecken eingesetzt werden.

11.3 Beihilfefähig sind ferner Aufwendungen für folgende nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel:

1. gasbindende Mittel vor diagnostischen Maßnahmen (Carminativa, Amara, Acida),
2. Mineralstoffpräparate zur oralen Anwendung
   - bei Hämodialysebehandlung,
   - Elektrolytsubstitution bei schwerer Diarrhoe, bei Nierenerkrankungen,
   - Zink-Verbindungen als Monopräparate bei nachgewiesenem Zinkmangel,
   - Magnesium- und Magnesium-Kalium-Verbindungen zur kardialen Therapie,
   - zum Ausgleich des Säure-Basen-Haushaltes,
3. Mittel zur Auflösung von Cholesteringallensteinen, zur Behandlung bei Präcoma/Coma hepatikum und bei hepatischer Encephalopathie,
4. Mittel zum Schutz der Gelenkfunktionen bei Abbauerscheinungen des Knorpels zur lokalen und systematischen Anwendung (sog. Chondroprotektiva und Antiarthrotika),
5. Venentherapeutika zur topischen und systematischen Anwendung bei varicösem Syndrom und chronisch venöser Insuffizienz, Verödungsmittel,
6. Vitamin D zur Prävention der Rachitis des Kindes, Vitamin K zur Prophylaxe bei Neugeborenen, die Gabe von Vitaminen bei irreversiblem Malassimilationssyndrom jeglicher Ursache sowie bei parenteraler Ernährung und Sondenernährung und bei länger dauernder Infusionstherapie.

11.4 Die Ermächtigung nach § 4 Abs. 1 Nr. 7 Satz 6 BVO findet derzeit noch keine Anwendung; Abschnitt F Nummer 19 der Arzneimittelrichtlinien gilt insoweit nicht. Die Anlagen 8, 9 und 12 der Arzneimittelrichtlinien sind zu berücksichtigen; die Anlagen 1 bis 6, 10, 11 und 13 der Arzneimittelrichtlinien finden dagegen derzeit keine Anwendung.

11.5 Die Versorgung mit Arzneimitteln, Verbandmitteln und dergleichen setzt eine ärzt-/zahnärztliche oder Heilpraktiker-Verordnung voraus. Änderungen und Er-

gänzungen 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.

11.6 Aufwendungen für eine Behandlung der Legasthenie oder Akalkulie sind grundsätzlich nicht beihilfefähig, da es sich hierbei im Regelfall nicht um eine Krankheit handelt. Sofern der Behandlung im Ausnahmefall Krankheitswert zugrunde liegt, ist sie im Rahmen der Anlage 1 (zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO) beihilfefähig.

11.7 Die in § 4 Abs. 1 Nr. 9 Satz 3 BVO genannten Behandler sind grundsätzlich Angehörige von Gesundheits- oder Medizinalfachberufen, für die eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht; bei einer Sprachtherapie können die Aufwendungen für die Behandlung übergangsweise durch „Heilpraktiker/Heilpraktikerinnen (Sprachtherapie)“, denen auf Grundlage des RdErl. d. Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit v. 11. September 1998 (n. v.) – III B 2 0417.7 – eine eingeschränkte Heilpraktikererlaubnis erteilt wurde, als beihilfefähig anerkannt werden. Beihilfefähig sind nur Aufwendungen für Leistungen, die diese Behandler in ihrem Beruf erbringen. Nicht beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für Leistungen, die von Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten auf dem Gebiet der Arbeitstherapie, von Diplom-Pädagogen, Eurhythmielehrern, Eutoniepädagogen und -therapeuten, Gymnastiklehrern, Heilpädagogen, Kunsttherapeuten, Maltherapeuten, Montessoritherapeuten, Musiktherapeuten, Sonderschullehrern und Sportlehrern erbracht werden.

11.8 Aufwendungen für eine medizinische Trainingstherapie mit Sequenztrainingsgeräten (MedX-Therapie, medizinische Kräftigungstherapie – GMKT - , David-Wirbelsäulenkonzept sowie das Trainingskonzept des Forschungs- und Präventionszentrums – FPZ, Köln –) sind nur unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

1. Es besteht eine Schmerzsymptomatik von durchgängig mindestens sechs Monaten bzw. rezidivierend seit zwei Jahren.
2. Vor Behandlungsbeginn (Zeitraum von drei Monaten) sind mindestens 20 Behandlungen klassische Krankengymnastik, Bewegungsübungen und/oder gerätegestützte Krankengymnastik erfolgt.
3. Der Amtsarzt hat vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit einer fortführenden bzw. ergänzenden Behandlung durch eine medizinische Trainingstherapie bestätigt. (Die Kosten der Begutachtung sind beihilfefähig).

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

Folgende Analogbewertungen sind beihilfefähig:

1. Eingangsuntersuchung zur medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nr. 842 GOÄ. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nr. 842 GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie berücksichtigungsfähig.
2. Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen analog Nr. 846 GOÄ, zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nr. 558 GOÄ, zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nr. 506 GOÄ.

   Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 GOÄ sind pro Sitzung jeweils einmal berücksichtigungsfähig.

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

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

12 **Zu § 4 Abs. 1 Nr. 10**

12.1 Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung weicher Kontaktlinsen sind bei gleich bleibender Sehschärfe zwei Jahre, von Brillengläsern vier Jahre nach der Erstbeschaffung bis zu einem Betrag von 100 € (je Kontaktlinse) bzw. 150 € (je Brillenglas) beihilfefähig.

Bei der Reparatur von Brillengläsern sind die Kosten bis zu einem Betrag von bis zu 150 € beihilfefähig.

12.2 Eine Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien liegt auch vor, wenn z. B. die Werte für ein Auge um 0,25 Dioptrien zugenommen und für das andere Auge um 0,25 Dioptrien abgenommen haben, nicht jedoch, wenn sowohl die Werte

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

12.3 Einschleifkosten von Brillengläsern sind bis zu einem Betrag von 11 Euro je Glas beihilfefähig. Mehraufwendungen für die Entspiegelung (ausgenommen sind höherbrechende Gläser) und Härtung von Brillengläsern sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für höherbrechende Gläser sind ab 6 Dioptrien beihilfefähig. Mehraufwendungen für fototrope Gläser (z. B. Colormaticgläser, Umbramaticgläser) sind nur bei Albinismus, Pupillotonie und totaler Aniridie (Fehlen der Regenbogenhaut) beihilfefähig. Aufwendungen für Sportbrillen sind nur beihilfefähig, wenn sie von Schülern während des Schulsports getragen werden müssen. Aufwendungen für Bildschirmbrillen sind nicht beihilfefähig.

12.4 Bei orthopädischen Maßschuhen sind die Aufwendungen um den Betrag für eine normale Fußbekleidung zu kürzen. Als Kürzungsbetrag sind bei Erwachsenen 70 Euro (für Hausschuhe 30 Euro) und bei Kindern bis zu 16 Jahren 42 Euro (für Hausschuhe 18 Euro) anzusetzen.

12.5 Betragen die beihilfefähigen Aufwendungen für ein in § 4 Abs. 1 Nr. 10 BVO nicht aufgeführtes Hilfsmittel mehr als 1000 Euro und hat der Beihilfeberechtigte die erforderliche vorherige Anerkennung nicht eingeholt, so sind die Aufwendungen bis 1000 Euro beihilfefähig. § 13 Abs. 8 Satz 1 BVO bleibt unberührt.

12.6 Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln zählen Treppenlift und Auffahrrampen. Die Kosten sind im Rahmen des § 5 Abs. 4 Satz 3 BVO beihilfefähig.

12.7 Die Unterhaltskosten (Futter, Tierarzt, Versicherungen etc.) für einen Blindenführhund können ohne Nachweis bis zu 100 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.

12.8 Betragen die Aufwendungen für die Anschaffung eines Pflegehilfsmittels mehr als 600 Euro, ist vor dem Kauf mit der Krankenkasse und der Festsetzungsstelle zu klären, ob das Mittel leihweise zur Verfügung gestellt werden kann oder ob die Möglichkeit besteht, das Mittel günstiger zu erwerben.

12.9 Aufwendungen für Batterien für Cochlea-Implantate sind auch bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, beihilfefähig. § 4 Abs. 1 Nr. 10 Satz 2 BVO gilt entsprechend.

12a **Zu § 4 Abs. 1 Nr. 11**

12a.1 Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für Fahrten eines Elternteils zum Besuch eines im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung eines Amts- oder Vertrauensarztes der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist; § 4 Abs. 1 Nr. 11 Buchstabe c BVO gilt entsprechend.

12a.2 Als niedrigste Beförderungsklasse unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen gilt der Bundesbahntarif Sparpreis 25 mit einem Rabatt von 25 % auf den Normaltarif einschließlich der Kosten der Platzreservierung.

12b **Zu § 4 Abs. 1 Nr. 12**

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

12c **Zu § 4 Abs. 2**

12c.1 Der Heil- und Kostenplan für eine kieferorthopädische Behandlung sollte der Festsetzungsstelle vor dem Beginn der Behandlung vorgelegt werden.

12c.2 Wird eine Implantatversorgung gewählt, obwohl die Indikationen nach § 4 Abs. 2 Buchstabe b BVO nicht vorliegen, oder umfasst bei Vorliegen der dort genannten Indikationen die Versorgung mehr Implantate als nach dem amtsärztlichen Gutachten notwendig wären, sind die Aufwendungen grundsätzlich nicht beihilfefähig. Es bestehen im Hinblick auf die Aufwendungen für eine grundsätzlich beihilfefähige herkömmliche Zahnersatzversorgung allerdings keine Bedenken, neben den Aufwendungen für die Suprakonstruktion für insgesamt acht Implantate (je zwei für jede Kieferhälfte) je Implantat 450 Euro als beihilfefähige Aufwendungen anzuerkennen (bereits vorher durch Implantate ersetzte Zähne, für die eine Beihilfe gewährt wurde, sind auf die Gesamtzahl anzurechnen); bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion einheitlich 250 Euro je Implantat beihilfefähig. Mit den Pauschalbeträgen sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen einschließlich notwendiger Anästhesie und der 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.

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

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

Wird ein notwendiges Gutachten eingeholt, sind dessen Kosten beihilfefähig.

12c.3 § 4 Abs. 2c gilt entsprechend für Vikare.

13 **Zu § 5**

13.1 **Zu Absatz 1**

Derzeit nicht besetzt.

13.2 **Zu Absatz 2**

13.2.1 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.

13.2.2 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.

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

13.2.4 Aufwendungen für medizinische Behandlungen sind nach § 4 BVO beihilfefähig.

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

13.2.6 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.

13.3 **Zu Absatz 3**
Derzeit nicht besetzt.

13.4 **Zu Absatz 4**

13.4.1 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 Abs. 1 Nr. 10 Satz 2 2. Halbsatz BVO entsprechend.

13.4.2 Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind beihilfefähig.

13.4.3 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.

13.4.4 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.

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

13.5 **Zu Absatz 5**

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

13.5.2 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 Beihilfengewährung dieser Antrag maßgebend.

13.5.3 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.

Um eine nahtlose Beihilfengewährung 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.

13.5.4 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.

13.6 **Zu Absatz 6**

Aufwendungen für Beratungsbesuche sind grundsätzlich nur im Zusammenhang mit häuslicher Pflege nach § 5a Abs. 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 Abs. 3 BVO vorliegen, sind die Aufwendungen für Beratungsbesuche innerhalb der in Satz 2 genannten Zeiträume zweimal beihilfefähig.

Pflegebedürftige, bei denen die Voraussetzungen des § 5 Abs. 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.

13a **Zu § 5a**

13a.1 **Zu Absatz 1**

13a.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 Abs. 2 SGB XI),
- die bei einer ambulanten Pflegeeinrichtung nach den §§ 71 Abs. 1, 72 SGB XI angestellt sind,
- mit denen die Pflegeversicherung einen Vertrag nach § 77 Abs. 1 SGB XI abgeschlossen hat.

13a.1.2 Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. Nummer 12.2 und § 14 Abs. 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 Abs. 2 BVO) angesehen werden, die auf Grund des § 89 SGB XI zwischen den Trägern der Pflegedienste und den Leistungsträgern vereinbart wurden; dabei ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig. In Zweifelsfällen ist daher von dem Pflegedienst eine entsprechende Vergütungsvereinbarung einzuholen und zu den Akten des Beihilfeberechtigten zu nehmen.

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 Abs. 4 Satz 1 SGB XI durch die zuständige Pflegekasse/ Pflegeversicherung.

13a.1.3 Wird die Pflege nicht für einen vollen Monat erbracht, wird der beihilfefähige Pauschalbetrag nach § 5a Abs. 1 BVO nicht anteilig gekürzt. Auf die Notwendigkeit und Angemessenheit der geltend gemachten Kosten ist in diesem Fall verstärkt zu achten.

13a.1.4 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.

13a.1.5 Entstehen in Pflegefällen ohne formale Anerkennung als Härtefall nach § 36 Abs. 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 3.388 Euro (1.470 Euro plus 1.918 Euro) beihilfefähig; dieser Betrag gilt auch, wenn neben der häuslichen Pflege zusätzlich teilstationäre Pflege in Anspruch genommen wird (Kombinationen nach § 5b Abs. 3 oder 5 BVO).

In diesen Fällen ist zunächst der Berechnung der Pflegeversicherung zu folgen. Die den Höchstbetrag für häusliche Pflege nach § 5a Abs. 1 Satz 1 BVO überschreitenden Aufwendungen können zusätzlich als beihilfefähig anerkannt werden, soweit unter Einbeziehung der beihilfefähigen Aufwendungen nach den §§ 5a Abs. 1 und 5b Abs. 2 BVO der Gesamtbetrag von 3.388 Euro nicht überschritten wird. (s. unten die Beispiele zu § 5b Absatz 3 oder 5 BVO).

13a.2 **Zu Absatz 2**

13a.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.

13a.2.2 Die häusliche Pflege wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Pflegebedürftige in einem Altenwohnheim oder einer Altenwohnung lebt. Eine Beihilfengewährung nach § 5a Abs. 2 BVO ist grundsätzlich aber ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der sich der Pflegebedürftige aufhält, um ein Pflegeheim nach § 71 Abs. 2 i. V. m. § 72 SGB XI handelt. Hält sich der Pflegebedürftige in einer nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung (nicht Einrichtungen i. S. des § 71 Abs. 4 SGB XI) auf, besteht aufgrund der insoweit selbst sichergestellten Pflege ein Beihilfenanspruch nach § 5a Abs. 2 BVO.

13a.2.3 Ist ein pflegebedürftiger Schüler wochentags in einer Einrichtung (nicht Einrichtungen i.S. des § 71 Abs. 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 § 5a Abs. 2 BVO. Es wird unterstellt, dass der Schwerpunkt der häuslichen Pflege erhalten bleibt.

Demgegenüber ist von einer dauerhaften Internatsunterbringung auszugehen, wenn der Pflegebedürftige nicht regelmäßig jedes Wochenende in den Haushalt der Familie zurückkehrt, da in diesen Fällen der Lebensmittelpunkt innerhalb des z.B. Internats anzunehmen ist. Dennoch kann eine anteilige Beihilfe nach § 5a

Abs. 2 BVO für die Zeiträume gewährt werden, in denen der Pflegebedürftige im häuslichen Bereich gepflegt wird. Auf Nummer 13c.5 wird hingewiesen.

13a. 2.4 Bei Durchführung einer vollstationären Krankenhausbehandlung/stationären Rehabilitationsmaßnahme erfolgt für die ersten vier Wochen keine Kürzung der Pauschale. Die 4-Wochen-Frist beginnt mit dem Aufnahmetag. Bei einer Kürzung setzt die Gewährung der Pauschale mit dem Entlassungstag wieder ein.

13a.3 **Zu Absatz 3**

13a. 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 gehinderte Pflegepersonen i.S. § 5a Abs. 3 BVO.

13a. 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.

13a. 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 § 5a Abs. 2 Satz 1 BVO beihilfefähig. Soweit dieser Ersatzpflegeperson durch die übernommene Pflege nachweislich Kosten entstehen (z.B. Fahrtkosten, Verdienstausfall etc.) sind diese Kosten zusätzlich bis zu einem **Jahresbetrag** von 1.470 Euro beihilfefähig.

13a. 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 Kosten. Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten, 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 13c.5.5 wird hingewiesen.

13a. 3.5 Der Anspruch auf Ersatzpflege entsteht mit jedem Kalenderjahr neu. Wird der Betrag von 1.470 Euro in einem Jahr nicht ausgeschöpft, erfolgt keine Übertragung des Restbetrages in das nächste Jahr.

13a.4 **Zu Absatz 4**

13a. 4.1 Wird ein Pflegebedürftiger innerhalb eines Monats sowohl durch eine geeignete Pflegekraft als auch durch eine selbst beschaffte Pflegehilfe gepflegt, ist hinsichtlich der Aufwendungen für die Pflegekraft die anteilige Berechnung zunächst nach dem zustehenden Höchstbetrag nach § 5a Abs. 1 Satz 1 BVO (Verhältnis zwischen dem jeweiligen Höchstbetrag und dem Rechnungsbetrag) vorzunehmen. Entsprechend diesem Verhältnis ist die anteilige Pauschale nach § 5a Abs. 2 Satz 1 BVO (Pflegegeld) beihilfefähig.

Beispiel:

Einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe II entstehen für eine geeignete Pflegekraft im August 2008 Aufwendungen in Höhe von 400 Euro. Daneben wird er durch seine Ehefrau gepflegt.

Die Pflegeversicherung erbringt eine Kombinationsleistung, bei der die zustehende Pflegesachleistung (entspricht § 5a Abs. 1 Satz 1 BVO) in Höhe von 40,82 v.H. und das zustehende Pflegegeld (entspricht § 5a Abs. 2 Satz 1 BVO) in Höhe von 59,18 v.H. gewährt werden.

Die Aufwendungen für die Pflegekraft sind in Höhe von 400 Euro (40,82 v.H. des Höchstbetrages von 980 Euro - § 5a Abs. 1 Satz 1 BVO) beihilfefähig. Die Pauschale nach § 5a Abs. 2 BVO ist daneben in Höhe von 248,56 Euro (59,18 v.H. von 420 Euro - Pauschale Pflegestufe II) beihilfefähig.

13b **Zu § 5b**

13b.1 **Zu Absatz 1**

13b. 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.

13b. 1.2 Beförderungskosten sind regelmäßig Bestandteil der teilstationären Pflegesätze und nur im Rahmen der Höchstbeträge nach § 5b Abs. 2 BVO beihilfefähig.

13b.2 **Zu Absatz 2**

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

13b.3 **Zu Absatz 3**

Werden die Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege ausschließlich mit Aufwendungen nach § 5a Abs. 1 BVO geltend gemacht, sind die Aufwendungen ins-

gesamt 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 § 5a Abs. 1 BVO in Anspruch genommen, ist der Höchstbetrag um den über 50 liegenden Vomhundertsatz zu mindern. Eine Aufstockung der Höchstbeträge nach § 5 Abs. 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.

Beispiel 1:

Einer pflegebedürftigen Person der Pflegestufe III sind im August 2008 pflegebedingte Aufwendungen nach § 5a Abs. 1 BVO in Höhe von 1.470 Euro (Höchstbetrag) entstanden. Daneben wird eine Beihilfe für Aufwendungen der Tages- und Nachtpflege in Höhe von 735 Euro beantragt.

Die Aufwendungen für die Tages- und Nachtpflege in Höhe von 735 Euro betragen bis zu 50 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Abs. 1 BVO und sind daher neben dem Betrag in Höhe von 1.470 Euro im vollen Umfang beihilfefähig.

Beispiel 2:

Einer pflegebedürftigen Person der Pflegestufe III sind im August 2008 neben den pflegebedingten Aufwendungen nach § 5a Abs. 1 BVO in Höhe von 1.470 Euro Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege in Höhe von 1.176 Euro entstanden.

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier 80 v. H. des Höchstbetrages von 1.470 Euro) geltend gemacht werden, ist der Höchstbetrag nach § 5a Abs. 1 BVO (1.470 Euro) um den über 50 liegenden Vomhundertsatz (80 ./. 50 = 30) zu mindern.

Beihilfefähig sind somit bis zu 1.029 Euro (70 v.H. von 1.470 Euro) und 1.176 Euro (Tages- und Nachtpflege).

Beispiel 3:

Einer pflegebedürftigen Person der Pflegestufe III sind auf Grund besonderen Pflegebedarfs im August 2008 pflegebedingte Aufwendungen für einen Pflegedienst in Höhe von 1.800 Euro entstanden. Daneben wird eine Beihilfe für Tages- und Nachtpflege in Höhe von 1.176 Euro geltend gemacht.

Da Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v.H. (hier 80 v.H. des Höchstbetrages von 1.470 Euro geltend gemacht werden, ist der Höchstbetrag nach § 5a Abs. 1 Satz 1 BVO (1.470 Euro) um den über 50 liegenden Vomhundertsatz (80 abzüglich 50 = 30) zu mindern.

Beihilfefähig sind somit zunächst 1.029 Euro (70 v.H. von 1.470 Euro) und 1.176 Euro (Tages- und Nachtpflege). Dies entspricht auch der Berechnung der Pflegeversicherung.

Auf Grund besonderen Pflegebedarfs sind zusätzliche Aufwendungen für häusliche Pflege nach § 5a Abs. 1 BVO in Höhe von 330 Euro (1.800 Euro abzüglich 1.470 Euro) entstanden.

Der Betrag von 330 Euro ist neben den Beträgen von 1.029 Euro und 1.176 Euro beihilfefähig, da der beihilfefähige Gesamtbetrag von 2.535 Euro den Höchstbetrag von 3.388 Euro nicht überschreitet.

13b.4 **Zu Absatz 4**

Werden die monatlichen Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege ausschließlich mit Aufwendungen nach § 5a Abs. 2 BVO geltend gemacht, ist die Pauschale nach § 5a Abs. 2 BVO in voller Höhe beihilfefähig, soweit die Aufwendungen für die Tages- und Nachtpflege nicht mehr als 50 v. H. des jeweiligen Höchstbetrages nach § 5a Abs. 1 BVO betragen. Betragen die Aufwendungen für die Tages- und Nachtpflege mehr als 50 v. H. ist die Pauschale nach § 5a Abs. 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 § 5a Abs. 1 BVO nicht möglich.

Beispiel 1:

Die Aufwendungen eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe III für Tages- und Nachtpflege betragen im Monat August 2008 735 Euro. Daneben wird die Pauschale nach § 5a Abs. 2 BVO in Höhe von 675 Euro geltend gemacht.

Die Pauschale nach § 5a Abs. 2 BVO wird nicht gekürzt, da Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege in einem Umfang von bis zu 50 v. H. (735 Euro entsprechen 50 v.H. des Höchstbetrages nach § 5a Abs. 1 BVO in Höhe von 1.470 Euro) geltend gemacht werden.

Beispiel 2:

Die Aufwendungen eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe III für Tages und Nachtpflege betragen im August 2008 1.176 Euro. Daneben wird die Pauschale nach § 5a Abs. 2 BVO geltend gemacht.

Da Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege im Umfang von mehr als 50 v. H. (hier: 80 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Abs. 1 BVO) geltend gemacht werden, ist die Pauschale nach § 5a Abs. 2 BVO um den über 50 liegenden Vomhundertsatz (80 J. 50 = 30) zu mindern. Beihilfefähig ist daher ein Pauschalbetrag in Höhe von 472,50 Euro (70 v. H. von 675 Euro).

13b.5 **Zu Absatz 5**

Sofern in einem Monat Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege neben Aufwendungen für eine häusliche Pflege nach § 5a Abs. 1 und Abs. 2 BVO geltend

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

Beispiel 1:

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe II macht für August 2008 Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege in Höhe von 294 Euro geltend. Daneben sind Aufwendungen nach § 5a Abs. 1 BVO in Höhe von 588 Euro entstanden. Zusätzlich wird der Pflegebedürftige durch seine Ehefrau gepflegt.

Die Tages- und Nachtpflege übersteigt mit 30 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Abs. 1 BVO nicht die maßgebliche Grenze von 50 v. H. des genannten Höchstbetrages. Von daher ergeben sich für die Berechnung der Kombinationsleistung für Aufwendungen nach § 5a Abs. 1 und Abs. 2 BVO keine Auswirkungen. Da die geltend gemachten Aufwendungen nach § 5a Abs. 1 BVO sich auf 60 v. H. des Höchstbetrages von 980 Euro belaufen, beträgt die anteilige Pflegepauschale somit 168 Euro (40 v. H. der Höchstpauschale nach § 5a Abs. 2 BVO).

Der Gesamtbeihilfeanspruch nach § 5a Abs. 1 und 2 BVO bleibt damit insgesamt auf den Betrag begrenzt, der sich ohne Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege ergeben würde.

Beispiel 2:

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III macht für August 2008 Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege in Höhe von 882 Euro geltend. Daneben sind Aufwendungen nach § 5a Abs. 1 BVO in Höhe von 735 Euro entstanden. Zusätzlich wird der Pflegebedürftige durch seine Tochter gepflegt.

Die Aufwendungen für die Tages- und Nachtpflege übersteigen mit 60 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Abs. 1 BVO den Wert von 50 v. H. des genannten Höchstbetrages. Dies reduziert den Anspruch im Rahmen der Kombinationsleistung. Für die Tages- und Nachtpflege und für Leistungen nach § 5a Abs. 1 BVO wurden insgesamt 110 v. H. des beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 5a Abs. 1 BVO geltend gemacht. Im Hinblick auf den Gesamtbeihilfeanspruch in Höhe von 150 v. H. kann als Pflegepauschale ein Betrag von 270 Euro (40 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Abs. 2 BVO in Höhe von 675 Euro) anerkannt werden.

Beispiel 3:

Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe III macht für August 2008 Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege in Höhe von 1.150,80 Euro geltend. Der Pflegebedürftige ist seitens seiner Pflegeversicherung als Härtefall nach § 36 Abs. 4 SGB XI anerkannt. Daneben sind Aufwendungen nach § 5a Abs. 1 BVO in Höhe von 959 Euro entstanden. Zusätzlich wird der Pflegebedürftige durch eine Nachbarin gepflegt.

Die Aufwendungen für die Tages- und Nachtpflege übersteigen den Wert von 50 v. H. des Höchstbetrages nach § 5a Abs. 1 BVO (60 v. H. von 1.918 Euro). Dies schmälert den Anspruch im Rahmen der Kombinationsleistung. Die Aufwendungen für die Tages- und Nachtpflege sowie einen Pflegedienst (1.150 Euro + 959 Euro = 2.109 Euro) betragen insgesamt 73,33 v. H. des Gesamtbeihilfeanspruchs von 2.877 Euro (150 v. H. von 1.918 Euro), so dass nur eine anteilige Pflegepauschale in Höhe von 180 Euro (26,67 v. H. von 675 Euro) als beihilfefähig anerkannt werden kann.

13b.6 **Zu Absatz 6**

13b.6.1 Erhält der Pflegebedürftige eine Pauschale nach § 5a Abs. 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.

13b.6.2 Soweit die Kurzzeitpflegeeinrichtung mit der Pflegekasse/ Pflegeversicherung eine sog. „Abwesenheitsvergütung" (§§ 75 Abs. 2 Nr. 5, 87a Abs. 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.

13b.7 **Zu Absatz 7**

Die besonderen Regelungen der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege für pflegebedürftige Personen bis zur Vollendung des 18. 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. Beihilfenrechtlich ist die Entscheidung der Pflegeversicherung abzuwarten.

13c **Zu § 5c**

13c.1 **Zu Absatz 1**

13c.1.1 Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen seitens der Pflegekasse/ Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Abs. 3 SGB XI).

13c.1.2 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Abs. 1 SGB XI sind grundsätzlich nicht beihilfefähig.

13c.2 **Zu Absatz 2**

13c.2.1 Dienstbezüge sind die in § 1 Abs. 2 BBesG genannten Bruttobezüge; Versorgungsbezüge sind die laufenden Bezüge nach Anwendung von Ruhens- und Anrechnungsvorschriften. Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG 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 Vl.

13c.2.2 Als Erwerbseinkommen i.S.d. 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.

13c.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.

13c.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.

13c.2.5 Soweit die Pflegekasse/Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen der Pflegeeinrichtung nach § 87a Abs. 4 SGB XI ein Zusatzentgelt von 1.536 Euro bewilligt, hat sich die Beihilfestelle mit dem jeweiligen Bemessungssatz des Pflegebedürftigen zu beteiligen.

13c.3 **Zu Absatz 3**

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 Krankenhausaufenthalten 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 vom Hundert der Pflegevergütung und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung vorzunehmen.

13c.4 **Zu Absatz 4**

Derzeit nicht besetzt.

13c.5 **Zu Absatz 5**

13c.5.1 Anspruchsvoraussetzung für eine Beihilfengewährung ist, dass mindestens die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind. Die Entscheidung der jeweiligen Pflegekasse/Pflegeversicherung und deren Leistungsbewilligung ist abzuwarten; sie ist für die Beihilfestelle bindend.

13c.5.2 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. Fahrtkosten).

13c.5.3 Berechnet die Einrichtung bei vorübergehender Abwesenheit des Pflegebedürftigen eine Platzgebühr, ist grundsätzlich für einen Zeitraum bis zu 28 Tagen die „Pauschale" weiterzugewähren. Wird dieser Zeitraum aufgrund einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (§ 6 BVO) oder einer stationären Müttergenesungskur bzw. Mutter/Vater-Kind Kur (§ 6a BVO) überschritten, gilt Satz 1 entsprechend, wenn die Pflegekasse/Pflegeversicherung für diesen Zeitraum die „Pauschale" (§ 43a SGB XI) gewährt.

13c.5.4 Neben dem Beihilfenanspruch nach § 5c Abs. 5 BVO kann für die Zeit einer Pflege im häuslichen Bereich (z.B. an Wochenenden oder in Ferienzeiten) eine Beihilfe nach § 5a Abs. 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 § 5c Abs. 5 BVO den für die jeweilige Pflegestufe festgelegten Höchstbetrag nach § 5a Abs. 1 oder 2 BVO nicht übersteigen.

13c.5.5 Kann z.B. an den Wochenenden oder in Ferienzeiten die häusliche Pflege nicht sichergestellt werden, besteht in diesem Fall die Möglichkeit, Beihilfen nach § 5a Abs. 3 BVO zu gewähren. Eine Anrechnung auf den beihilfefähigen Betrag nach § 5c Abs. 5 BVO ist nicht vorzunehmen. Sofern für die pflegebedürftige Person in dieser 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 § 5a

Abs. 3 BVO berücksichtigt werden. Diese Kosten sind mit der Anerkennung nach § 5c Abs. 5 BVO abgegolten.

13d **Zu § 5d**

13d.1 **Zu Absatz 1**

13d.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.

13d.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,
- niedrigschwelligen Betreuungsangeboten

entstehen.

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

13d.2 **Zu Absatz 2**

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 tageweise Berechnung.

13d.3 **Zu Absatz 3**

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; Gleiches gilt in den Fällen des § 5 d Abs. 3 Satz 3 BVO mit Ablauf des Jahres 2009.

14 **Zu § &**

14.1 Nummer 6.4 Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Dass die beantragte stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht durch eine Maßnahme nach § 7 BVO mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar ist, ist im Rahmen der Verordnung des behandelnden Arztes überprüfbar zu begründen und durch den Amtsarzt zu bestätigen (Ausnahme Anschlussheilbehandlungen).

14.2 Bei der Anschlussheilbehandlung handelt es sich um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, in deren Rahmen die während einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO) begonnenen Leistungen fortgesetzt werden, um einen langfristigen Erfolg zu erreichen. In diesen Fällen kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme – ggf. auch nachträglich – anerkannt werden, wenn der Krankenhausarzt deren Notwendigkeit bescheinigt und die stationäre Rehabilitationsmaßnahme spätestens einen Monat nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Bei einer zuvor ambulant durchgeführten Chemo- oder Strahlentherapie gilt eine anschließend notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme ebenfalls als Anschlussheilbehandlung.

14.3 Der Zuschuss nach § 6 Abs. 1 Satz 7 BVO in Höhe von 100 Euro kann gewährt werden, wenn bei Beihilfeberechtigten 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 des Wohnsitzbundeslandes 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 der EKiR werden pauschal 100 Euro, höchstens aber die tatsächlichen Kosten erstattet.

14.4 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/Mitfahrerin zu jeweils 50 % gewährt. Ist die Hin- und Rückfahrt nur im Krankenwagen möglich, gilt § 4 Abs. 1 Nr. 11 Satz 3 entsprechend.

14.5 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, die für die vergleichbare Indikation abgeschlossen wurde. Aufwendungen für Arzneimittel, die die Einrichtung verordnet bzw. verabreicht, sind neben der Pauschale beihilfefähig.

14.6 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.

14a **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.

15 **Zu § 7**

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

15.2 Das Heilkurorteverzeichnis „Inland“ und „EU-Ausland“ ist den Verwaltungsvorschriften als Anlage 4 beigefügt. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen können auch in einem Ort außerhalb des Kurorteverzeichnisses durchgeführt werden.

15.3 Als Wartezeit nach § 7 Abs. 2 Buchstabe a BVO gilt die Zeit ab erstmaligen Eintritt in den kirchlichen 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.

15.4 Ist die An- und/oder Abreise zum Kurort nur im Krankenwagen möglich, gilt Nummer 14.4 Satz 2 entsprechend.

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

15.6 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 mindes-

tens Kosten in Höhe von 20 € täglich angefallen sind; ein Einzelnachweis ist daher nur in begründeten Ausnahmefällen notwendig.

15.7 Die bisher durch das Finanzministerium mit einzelnen ambulanten Rehabilitationseinrichtungen getroffenen Preisabsprachen werden hiermit zum 1. Januar 2007 aufgehoben.

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

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

15.10 Nach § 7 Abs. 1 BVO sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen die Aufwendungen für 20 Behandlungstage beihilfefähig. Ist aus dringenden medizinischen Gründen im Zusammenhang mit neuropsychologischen Behandlungen (z.B. Schlaganfallpatient) eine Verlängerung der Behandlung geboten, kann die Beihilfestelle einer Verlängerung bis zu weiteren 15 Behandlungstagen zustimmen.

16 *(gestrichen)*

17 **Zu § 8**

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

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

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

17.3 (entfallen)

17.4 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.

17.5 Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die heterologe Insemination und die heterologe In-vitro-Fertilisation. Außerdem sind Aufwendungen für die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen nicht beihilfefähig. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach vorhergehender Sterilisation, die medizinisch nicht notwendig war, sind nicht beihilfefähig.

17.6 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 zuzuordnen.
2. Die Kosten der IVF einschließlich aller extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Ei- und Samenzellen sowie der Hormonbehandlung sind der Frau zuzuordnen.

18 **Zu § 9 Abs. 1**

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

18.2 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.

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

19 **Zu § 10**

19.1 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.

19.2 Nummer 6.4 gilt entsprechend.

19.3 Für Pflichtversicherte sowie für 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 für eine Behandlung im Ausland nur gewährt, wenn im Ausland keine Sachleistung oder Kostenerstattung erlangt werden konnte und das Ausland nicht zum Zwecke der Behandlung aufgesucht wurde. § 3 Abs. 4 BVO bleibt unberührt.

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

19.5 Aufwendungen, die im Kleinen Walsertal (Österreich) und in der Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang (Schweiz) entstehen, sind grundsätzlich wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Bezüglich der Hochgebirgsklinik Davos Wolfgang gilt Satz 1 ausschließlich für Behandlungen von Krankheiten, die nicht in Deutschland oder einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum durchgeführt werden können (Behandlung unter Einfluss von Hochgebirgsklima ist zwingend medizinisch indiziert); die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich grundsätzlich nach § 6 BVO, sofern nicht im Einzelfall eine Krankenhausbehandlung nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO medizinisch indiziert ist. Da über die 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 Abs. 1 Satz 1 BVO durchzuführen.

19.6 Als ausländische Kurorte (§ 10 Abs. 2 Satz 3 BVO) anerkannt sind die in der Anlage 4 Teil 1b aufgeführten Orte. 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 Landeskirchenamt von Stellungnahmen des EHV zu entsprechenden Anfragen jeweils eine Mehrausfertigung zu übersenden.

19.7 Der Kostenvergleich nach § 10 Abs. 1 Satz 2 BVO kann entfallen, wenn eine Bescheinigung der ausländischen Krankenanstalt oder des ausländischen Arztes vorgelegt wird, nach der die berechneten Gebührensätze denen für Inländer entsprechen. Als Nachweis nach § 10 Abs. 2 Satz 3 BVO reicht eine Bescheinigung des Kurortes aus, dass dieser nach jeweiligem Landesrecht als Kurort anerkannt ist. Eventuelle Übersetzungskosten trägt der Beihilfeberechtigte.

19.8 In den Fällen des § 10 Abs. 3 Nr. 3 BVO sind alle anlässlich des Krankheitsfalles entstandenen Aufwendungen (z. B. Arztkosten, Arzneimittel) zusammenzurechnen.

20 *(gestrichen)*

21 **Zu § 12 Abs. 1**

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

21.2 In den Fällen des § 12 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz BVO ist durch gemeinsame schriftliche Erklärung derjenige zu bestimmen, der den erhöhten Bemessungssatz erhalten soll; in der Erklärung ist anzugeben, welche Festsetzungsstelle für den weiteren Berechtigten zuständig ist. Die Festsetzungsstelle, bei der der erhöhte Bemessungssatz beantragt wird, übersendet eine Kopie der Erklärung der anderen Festsetzungsstelle.

21.3 § 12 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz BVO ist auch anzuwenden, wenn ein Beihilfeberechtigter Anspruch auf Beihilfen nach personenbezogenen Bemessungssätzen aufgrund von Vorschriften eines anderen Dienstherrn hat.

21.4 Bei Pfarrern und Kirchenbeamten im Wartestand findet § 12 Abs. 1 Buchstabe b BVO keine Anwendung.

21.5 Nummer 5.8 gilt entsprechend.

22 **Zu § 12 Abs. 4**

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

22a *entfallen*

22b **Zu § 12 Abs. 7**

22b.1 Die sich nach Anwendung des Bemessungssatzes ergebende Beihilfe wird insoweit vermindert, als sie zusammen mit den anrechenbaren Leistungen von dritter

Seite zu einer über die tatsächlichen Aufwendungen hinausgehenden Erstattung führen würde. Als tatsächliche Aufwendungen gelten neben den beihilfefähigen Aufwendungen auch die Kosten, zu denen lediglich wegen Überschreitung von Höchstgrenzen keine Beihilfen gewährt werden können, die aber im Übrigen dem Grunde nach beihilfefähig sind (z. B. bei einem Krankenhausaufenthalt die Aufwendungen für ein Einbettzimmer, bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen und Müttergenesungskuren sowie ambulanten Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen die gesamten Kosten für Unterkunft und Verpflegung und bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen sowie Inlays die gesamten Kosten für zahntechnische Leistungen).

Die von der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommene Abrechnung ist ohne die Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung zugrunde zu legen.

22b.2 Der Nachweis über die Leistungen der Krankenversicherung usw. ist durch entsprechende Bescheinigungen zu erbringen. Bei sog. Quotenversicherungen können die Leistungen durch Vorlage der Versicherungsverträge oder anderer geeigneter Versicherungsunterlagen nachgewiesen werden. Das Formular Anlage 7 ist dabei zu verwenden.

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

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

22c **Zu § 12 a**

22c.1 Bei der Zuteilung zu den Stufen nach § 12 a Abs. 1 Satz 1 BVO ist bei Pfarrern die Besoldungsgruppe auf der Grundlage des § 5 und des § 6 Absatz 2 bis 4 Pfarrbesoldungsordnung, des § 1 Kirchengesetzes betreffend die Rechtsverhältnisse der hauptamtlichen Mitglieder der Kirchenleitung sowie § 3 des Kirchengesetzes betreffend die Rechtsverhältnisse der theologischen Mitglieder des Landeskirchenamtes zu ermitteln.

22c.2 Bei der ersten Antragstellung im Kalenderjahr ist bei Angehörigen der Besoldungsgruppen W 1 bis W 3 mit Zulage oder Leistungsbezug das Monatsbrutto (Grundgehalt plus Leistungsbezug bzw. Zulage) des Antragsmonats der Vergleichsberechnung zugrunde zu legen. Einmalzahlungen nach § 12 LBesG bleiben außer Ansatz.

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

22c.3 Bei Witwen, Witwern, hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartnern und in den Fällen der Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und sonstige Personen in Todesfällen (§ 14 BVO) entfällt im Jahr des Todes des Beihilfeberechtigten – und, soweit es sich noch um Aufwendungen des Verstorbenen handelt, auch in dem Folgejahr – die Kostendämpfungspauschale.

22c.4 Bei Personen mit Ansprüchen auf Leistungen der Krankheitsfürsorge nach sowie § 86 Abs. 2 Satz 3 LBG entfällt die Kostendämpfungspauschale. Für Pfarrerinnen und Pfarrer gilt die Regelung entsprechend für die Zeit der Freistellung unter Verlust der Besoldung nach § 78 PfDG und die Elternzeit. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht bei einer Teilzeitbeschäftigung sowie bei einer Beschäftigung im eingeschränkten Dienst.

22c.5 Bei privat krankenversicherten Arbeitnehmern ist die jeweilige Vergütungsgruppe des Arbeitnehmers der entsprechenden Besoldungsgruppe eines Beamten nach dem Bundesbesoldungsgesetz zuzuordnen. Die Vergleichbarkeit richtet sich nach § 11 Satz 2 BAT-KF.

22c.6 Die Kostendämpfungspauschale ist auf volle 5 Euro abzurunden.

22c.7 *(gestrichen)*

23 **Zu § 13 Abs. 1**

Soweit die Festsetzung der Beihilfen durch die Gemeinsame Versorgungskasse der Pfarrer und Kirchenbeamten erfolgt, ist diese Festsetzungsstelle im Sinne der Bestimmungen der BVO.

24 **§ 13 Abs. 2**

Die Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag gewährt. Hierfür sind die Formblätter (Anlagen 3.1 und 3.4) zu verwenden. Eine Bevollmächtigung ist nur in krankheitsbedingten Ausnahmefällen zulässig. Für die Mitteilung über die Gewährung der Beihilfen ist das Formblatt (Anlage 3.5) zu verwenden.

Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner, die von Beihilfeberechtigten getrennt leben, können einen eigenen Beihilfeantrag stellen, wenn der Beihilfeberechtigte gegenüber seinem Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner zum Unterhalt verpflichtet ist und diesem Verfahren zustimmt. Die Formblätter (Anlagen 3.2 und 3.3) sind zu verwenden.

Sofern Beihilfen mittels eines automatisierten Verfahrens festgesetzt werden, können dem Verfahren angepasste Formulare verwendet werden.

Bei Unfällen (einschl. häuslichen Unfällen, Sport-, Spiel- und Schulunfällen) ist ein Unfallbericht nach Anlage 6 vorzulegen.

Für Beihilfeanträge aus Anlass dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 5 BVO) sind die Formblätter (Anlagen 3.6 und 3.7) zu verwenden.

Auf die Vorlage der Originalbelege kann verzichtet werden, wenn

- von der Krankenversicherung bestätigte Kopien vorgelegt werden oder
- die Festsetzungsstelle mittels eines automatisierten Verfahrens arbeitet. Dies gilt nicht für Auslandsrechnungen.

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

24a **Zu § 13 Abs. 3**

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

24b **Zu § 13 Abs. 4**

Die Antragsgrenze von 200 Euro gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstgeber gewechselt hat.

25 **Zu § 13 Abs. 6**

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

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

26 **Zu § 14**

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

26.2 Der Beihilfeantrag kann durch einen Testamentsvollstrecker gestellt werden.