



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBI. NRW. 2004 Nr. 3](#)
Veröffentlichungsdatum: 17.12.2003
Seite: 71

I

Verwaltungsverordnung zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen RdErl. d. Finanzministeriums v. 17.12.2003 B 3100 – 0.7 – IV A 4

203204

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

RdErl. d. Finanzministeriums v. 17.12.2003
B 3100 – 0.7 – IV A 4

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

1

In Nummer 1.a.4 wird nach dem Wort „eine“ das Wort „unterhältliche“ eingefügt.

2

In Nummer 4.2 werden folgende Sätze 3 bis 5 eingefügt; die bisherigen Sätze 3 und 4 werden Sätze 6 und 7:

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 Erwerbsminderung, die nach dem 31.12.2003 in Altersrente umgewandelt wird). Soweit die berücksichtigungsfähige Person Renten aus den gesetzlichen Rentenversicherungen, den landwirtschaftlichen Alterskassen oder den berufsständischen Versorgungseinrichtungen bezieht, ist maßgeblich für die Berücksichtigungsfähigkeit der Bruttorentenbezug; dazu ist dem Gesamtbetrag der Einkünfte die Differenz zu den Bruttorentenbezügen hinzuzurechnen. Der Differenzbetrag ist dem Steuerbescheid zu entnehmen.

3

Nummer 4.3 a Satz 1 erhält folgende Fassung:

In den Fällen des § 85 a Abs. 4 Satz 2 und des § 86 Abs. 2 Satz 3 LBG ist eine Beihilfe auch dann zu gewähren, wenn der Ehegatte 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.

4

Nummer 4.8 erhält folgende Fassung:

4.8

Nicht selbst beihilfeberechtigt im Sinne des § 2 BVO sind nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts auch die Angehörigen eines Beihilfeberechtigten, die gesetzlich versichert sind, auf Grund ihrer Beschäftigung einen Beihilfenanspruch haben und damit beihilfenrechtlich auf die Sach- oder Dienstleistungen der gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung verwiesen werden. Der Beihilfeberechtigte kann in diesem Fall bei seiner Festsetzungsstelle die Aufwendungen geltend machen, die über die Sach- oder Dienstleistungen bzw. den Wert der Sach- oder Dienstleistungen hinausgehen. Hat der pflichtversicherte Angehörige Kostenerstattung nach § 13 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

Nummer 5.5 erhält folgende Fassung:

5.5

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 herkömmliche Zahnversorgung allerdings keine Bedenken, für jeden durch die Implantatversorgung ersetzten Zahn pauschal 250 Euro als beihilfefähige Aufwendungen anzuerkennen. Mit diesem Betrag sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen einschließlich notwendiger Anästhesie und der Kosten u. a. für Implantate, Implantatteile, Supra- und Brückenkonstruktionen, 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) Dienort zuständig.

Liegen die Indikationen des § 4 Abs. 2 Buchstabe b BVO zweifelsfrei nicht vor, kann die Festsetzungsstelle auf die Einholung des amtszahnärztlichen Gutachtens verzichten.

Wird ein Gutachten eingeholt, sind die Kosten hierfür beihilfefähig.

6

Nummer 6 erhält folgende Fassung:

6

Zu § 3 Abs. 3

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

Nummer 7.4 entfällt.

8

In Nummer 9.4 wird im Verzeichnis der Gutachter und Obergutachter für Psychotherapie unter A) Gutachter für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie von Erwachsenen (Nummer 2 der Anlage 1 [zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5 BVO]) der Eintrag „5. Dr. med. Rudolf Bloemeyer, Fritschestr. 65, 10585 Berlin“ gestrichen. Die bisherigen Nummern 6 bis 28 werden Nummern 5 bis 27.

9

In Nummer 9a.1 Satz 3 wird der Betrag „26 Euro“ durch den Betrag „20 Euro“ ersetzt.

10

Nach Nummer 9a.3 wird folgende neue Nummer 9a.4 eingefügt; die bisherigen Nummern 9a.4 bis 9a.6 werden Nummern 9a.5 bis 9a.7:

9a.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.

11

Folgende Nummer 9c wird eingefügt:

9c

Zu § 4 Abs. 1 Nr. 6

Als stationäre Unterbringung i.S. des § 4 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 gilt auch die Unterbringung in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder in vergleichbaren Einrichtungen, die Mutter/Vater – Kind – Kuren durchführen.

12

Nummer 10.2 erhält folgende Fassung:

10.2

Aufwendungen für eine Zellbehandlung (Frischzellen, Trockenzellen), für Thymusextrakte und für Geriatrika – das sind Mittel, die dazu dienen sollen, den physiologischen Alterungsprozess aufzuhalten oder zu beeinflussen – sind nach § 4 Abs. 1 Nr. 7 Satz 2 Buchstabe a BVO nicht beihilfefähig.

13

Nummer 10.6 erhält folgende Fassung:

10.6

Nicht beihilfefähig sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend der Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, der Raucherentwöhnung,

der Abmagerung oder der Zügelung des Appetits, der Regulierung des Körpergewichts oder der Verbesserung des Haarwuchses dienen.

14

Nummer 10.9 wird wie folgt geändert:

a)

Satz 1 erhält folgende Fassung:

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 6 Monaten bzw. rezidivierend seit 2 Jahren und

2. es liegt eine der folgenden Indikationen vor:

a) Erkrankungen der Wirbelsäule bedingt durch Bandscheibenvorfall, der mit einem bildgebenden Verfahren bestätigt worden ist; der Bandscheibenvorfall muss zu einer neurogenen Schädigung (z.B. Kompression einer Nervenwurzel) geführt haben,

b) Osteoporose, wobei in einem bildgebenden Verfahren typische Veränderungen am Skelett nachgewiesen sind (z.B. Spontanfrakturen, Fischwirbel, Keilwirbel),

c) Instabilitäten der Wirbelsäule, bedingt durch eine konstitutionelle (anlagebedingte) Spondylolisthese, Spondylolyse (Wirbelgleiten), Nachbehandlungen nach Bandscheibenoperationen der Hals- und Lendenwirbelsäule oder nach einer Spondylodese (Versteifung eines Wirbelsäulenabschnittes), posttraumatische Veränderungen auf Grund von Beschleunigungsverletzungen der Halswirbelsäule, die durch ein bildgebendes Verfahren nachgewiesen sind.

b)

In Satz 10 werden die Wörter „bei Vorliegen o.g. Indikationen“ gestrichen.

15

In Nummer 11.7 wird der Betrag „80 Euro“ durch den Betrag „100 Euro“ ersetzt.

16

In Nummer 11a.1 Satz 2 werden in Halbsatz 2 die Wörter „dies gilt nicht für Fahrten am Wohnort einschließlich der Nachbargemeinden“ durch die Wörter „§ 4 Abs. 1 Nr. 11 Buchstabe c BVO gilt entsprechend“ ersetzt.

17

In Nummer 11a.2 werden die Wörter „seit 15. 12. 2002 der Bundesbahntarif Plan&Spar 10 mit einem Rabatt von 10 %“ durch die Wörter „der Bundesbahntarif Sparpreis 25 mit einem Rabatt von 25 %“ ersetzt.

18

In Nummer 12a.3 Satz 2 werden nach dem Wort „Personen“ die Wörter „in Pflegestufe I bis 20 %“ gestrichen.

19

In Nummer 12a.5 Satz 2 werden die Wörter „ vom 1.8.2000 bis 31.12.2001 6.598 DM,“ gestrichen.

20

Nummer 12b.4 wird durch folgende Nummern 12b.4 und 12b.5 ersetzt:

12b.4

Wird eine stationäre Pflege notwendig, weil die Pflegeperson wegen Urlaubs oder aus anderen Gründen gehindert ist, die Pflege durchzuführen, sind die Aufwendungen in derselben Höhe wie bei einer Kurzzeitpflege (§ 5 Abs. 3 Satz 2 BVO) beihilfefähig. Ist die stationäre Pflege notwendig, weil die Pflegeperson auf Grund einer stationären Krankenbehandlung an der Pflege gehindert ist, sind die Aufwendungen abweichend von § 5 Abs. 3 Satz 2 BVO im Kalenderjahr bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft (Nummer 12a.5) beihilfefähig. Bereits gewährte Beihilfen nach Satz 1 sind anzurechnen.

12b.5

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen, die der mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandten oder verschwägerten oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ersatzpflegeperson in Zusammenhang mit der Pflege entstehen, sind auf 1.432 Euro im Kalenderjahr begrenzt.

21

In Nummer 12c werden in den Sätzen 1 und 2 sowie in den Sätzen 2, 3 und 5 des Beispiels die Wörter „Satz 2“ jeweils durch die Wörter „Satz 1“ ersetzt.

22

Nummer 13.5 Satz 2 wird durch folgende Sätze 2 bis 5 ersetzt; die bisherigen Sätze 3 und 4 werden Sätze 6 und 7:

Wird die Sanatoriumsbehandlung in NRW durchgeführt, werden bei einer Entfernung (einfache Strecke) bis zu 50 km zwischen Wohn- und Behandlungsort 50 Euro, bei Entfernungen von mehr als 50 km 100 Euro, als Beförderungskosten pauschal für Hin- und Rückfahrt als beihilfefähig anerkannt. Treten mehrere Personen (einschließlich Begleitpersonen) die Sanatoriumsmaßnahme gleichzeitig mit einem privaten Personenkraftwagen an, wird die Pauschale grundsätzlich nur einmal als beihilfefähig anerkannt. Erfolgt in diesen Fällen die Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln, sind die tatsächlichen Kosten unter Berücksichtigung des § 4 Abs. 1 Nr. 11 Satz 1 BVO je Person beihilfefähig. Wird die Sanatoriumsbehandlung in einem Ort außerhalb von NRW durchgeführt, obwohl sie laut amtsärztlichen Gutachten in NRW durchgeführt werden könnte, werden pauschal 100 Euro als Beförderungskosten für Hin- und Rückfahrt als beihilfefähig anerkannt.

23

In Nummer 14 werden die Wörter „Abs. 1“ gestrichen.

24

Nummer 14.3 wird durch folgenden Nummern 14.3 bis 14.6 ersetzt:

14.3

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

14.4

Die Bewilligung einer Mutter/Vater-Kind-Kur setzt voraus, dass der Amtsarzt die Kurbedürftigkeit der Mutter/des Vaters bestätigt hat. Kinder können mitkuren, wenn der Amtsarzt bestätigt, dass auch sie behandlungsbedürftig sind. Der Zuschuss nach § 7 Abs. 3 Satz 2 BVO kann auch für Kinder bis zum vollendeten 4. Lebensjahr sowie für Kinder von Alleinerziehenden bis zum vollendeten 12. Lebensjahr gewährt werden, wenn sie nicht behandlungsbedürftig sind.

14.5

Müttergenesungskuren können auch in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder in gleichartigen Einrichtungen durchgeführt werden. Die Maßnahme kann auch in Form einer Mutter-Kind-Kur erbracht werden. Dies gilt entsprechend für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen. Nummer 14.4 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

14.6

Ist die An- und/oder Abreise zum Kurort nur im Krankenwagen möglich, sind die Kosten abweichend von § 4 Abs. 1 Nr. 11 Satz 3 Buchstabe a BVO beihilfefähig.

25

Nummern 18.2 und 18.3 werden durch folgende Nummern 18.2 bis 18.4 ersetzt:

18.2

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

18.3

Soweit bei Personen, die das 45. Lebensjahr vollendet haben, durch ärztliches Attest bescheinigt und durch den Amtsarzt bestätigt ist, dass das verordnete Kontrazeptionsmittel die einzige Möglichkeit zur Behandlung einer Erkrankung ist, kann von der Einhaltung der Altersbegrenzung nach § 8 Abs. 3 BVO abgesehen werden. Die Kosten des Gutachtens sind beihilfefähig.

18.4

Entsprechend § 27 a SGB V sind medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nur beihilfefähig, wenn

1. diese Maßnahme nach ärztlicher Feststellung erforderlich ist,
2. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahme eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
3. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
4. ausschließlich Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden und
5. sich die Ehegatten vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine Einrichtung überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121 a SGB V erteilt worden ist.

Dies gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. Bei anderen Inseminationen ist Satz 1 Nummer 2 zweiter Halbsatz und Nummer 5 nicht anzuwenden.

Voraussetzung für eine Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist, dass die Ehegatten das 25. Lebensjahr, die Ehefrau noch nicht das 40. Lebensjahr und der Ehemann noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet haben.

26

In Nummer 20.3 wird nach dem Wort „Sachleistung“ die Wörter „oder Kostenerstattung“ eingefügt.

27

Nummer 20.6 wird gestrichen.

28

Nummer 20.7 erhält folgende Fassung:

20.7

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.

29

In Nummer 22c.2 Halbsatz 2 werden die Wörter „nach § 85a Abs. 3 LBG“ gestrichen.

30

In Nummer 24.2 wird die Zahl „441 20“ durch die Zahl „441 02“ und die Zahl „446 20“ durch die Zahl „446 02“ ersetzt.

- **MBI. NRW. 2004 S. 71**