



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBI. NRW. 2018 Nr. 22](#)
Veröffentlichungsdatum: 29.08.2018
Seite: 485

I

Änderung des Runderlasses „Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen“ Runderlass des Ministeriums der Finanzen

203204

Änderung des Runderlasses „Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen“

Runderlass des Ministeriums der Finanzen

Vom 29. August 2018

I.

Der Runderlass des Finanzministeriums „Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen“ vom 15. September 2016 ([MBI. NRW. S. 524](#)) wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1.1 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 1.1.1 werden nach den Wörtern „(GV. NRW. S. 310, ber. S. 642)“ die Wörter „in der jeweils geltenden Fassung“ eingefügt.

b) Nummer 1.1.3 erhält folgende Fassung:

„Während der Elternzeit besteht gegebenenfalls ein Anspruch auf eine besoldungsabhängige Erstattung von Beiträgen zur Kranken- und Pflegeversicherung nach der Freistellungs- und Urlaubsverordnung NRW vom 19. Januar 2012 (GV. NRW. S. 2, ber. S. 92), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. Dezember 2017 ([GV. NRW. S. 1004](#)) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.“

c) Der Nummer 1.3.1 wird folgende Nummer 1.3.1.5 angefügt:

„1.3.1.5

Während einer Teilzeitbeschäftigung im Blockmodell nach § 65 des Landesbeamtengesetzes besteht ein Beihilfeanspruch. Während einer unterhältigen Altersteilzeit besteht Anspruch auf Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen für Beamtinnen und Beamte (§ 66 Absatz 4 des Landesbeamtengesetzes).“

2. Nummer 2 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 2.1.1.2 wird wie folgt gefasst:

„2.1.1.2 (bleibt frei)“.

b) In Nummer 2.1.1.3 Satz 5 wird das Wort „nachweißt“ durch das Wort „nachweist“ ersetzt.

c) Der Nummer 2.1.1.3 wird folgende Nummer 2.1.1.3.1 angefügt:

„2.1.1.3.1

Die für die beihilferechtliche Prüfung nicht benötigten Angaben auf dem Steuerbescheid können von den Beihilfeberechtigten unkenntlich gemacht werden.“

d) In Nummer 2.1.1.7 Satz 2 wird das Wort „Festsetzungsstelle“ durch das Wort „Beihilfestelle“ ersetzt.

e) Nach Nummer 2.1.1.7 wird folgende Nummer 2.1.1.8 eingefügt:

„2.1.1.8

Nach § 64 Absatz 5 in Verbindung mit § 74 Absatz 2 des Landesbeamtengesetzes besteht während der Zeit einer familienpolitischen Beurlaubung oder bei Elternzeit ein Anspruch auf Leistungen der Krankenfürsorge in entsprechender Anwendung der Beihilferegelungen für Beamtinnen und Beamte mit Besoldung. Dies gilt nicht, wenn die Beamtin oder der Beamte berücksichtigungsfähige Person einer oder eines Beihilfeberechtigten wird oder Anspruch auf Familienversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 17. August 2017 (BGBl. I S. 3214) geändert worden ist, besteht. Die Beihilfestelle hat daher abzuklären, ob die oder der Beurlaubte berücksichtigungsfähige Person gegebenenfalls auch nach anderen Beihilfevorschriften werden kann. Nach § 5 Absatz 1 Nummer 2 der Bundesbeihilfeverordnung vom 13. Februar 2009 (BGBl. I S. 326), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 24. Juli 2018 (BGBl. I S. 1232) geändert worden ist, ist dies zum Beispiel ausgeschlossen, sodass der eigene Beihilfeanspruch nach der Beihilfenverordnung NRW bestehen bleibt. Da in vergleichbaren Fällen Beihilfeberechtigte des Bundes ihren Beihilfeanspruch behal-

ten, werden sie nicht berücksichtigungsfähige Person ihrer Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner mit Anspruch nach der Beihilfenverordnung NRW.“

f) Die bisherigen Nummern 2.1.1.8 und 2.1.1.9 werden die Nummern 2.1.1.9 und 2.1.1.10.

g) In Nummer 2.2.1 wird die Angabe „2.1.1.9“ durch die Angabe „2.1.1.10“ ersetzt.

h) In Nummer 2.2.4 Satz 3 wird die Angabe „BVO“ durch die Wörter „der Beihilfenverordnung NRW“ ersetzt.

i) Nummer 2.2.5 wird aufgehoben.

3. Nummer 3 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 3.1.2.1 wird wie folgt gefasst:

„3.1.2.1

Für die Früherkennung von Krankheiten gelten die folgenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) in der jeweils aktuellen Fassung:

a) Kinder-Richtlinie in der Fassung vom 18. Juni 2015 (BAnz AT 18.08.2016 B 1).

b) Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie in der Fassung vom 26. Juni 1998 (BAnz Nr. 159 vom 27. August 1998).

c) Krebsfrüherkennungs-Richtlinie in der Fassung vom 18. Juni 2009 (BAnz Nr. 148a).

d) Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie in der Fassung vom 24. August 1989 (Bundesarbeitsblatt Nr. 10).“

b) Nummer 3.1.3 wird wie folgt gefasst:

„3.1.3

Auf Teil B Nummer 5, 6 und 7 der Anlage 7 der Beihilfenverordnung NRW wird hingewiesen.“

c) In Nummer 3.2.2 Satz 4 wird das Wort „Finanzministerium“ durch die Wörter „Ministerium der Finanzen“ ersetzt.

d) In Nummer 3.2.6 Satz 9 wird die Angabe „(Nummer 4b.4.13)“ durch die Angabe „(Nummer 4b.4.3)“ ersetzt.

e) In Nummer 3.2.8 werden die Wörter „meinen Runderlass „Beihilferechtliche Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht“ vom 16. November 2012 ([MBI. NRW. S. 699](#))“ durch die Wörter „Anlage 7 der Beihilfenverordnung NRW“ ersetzt.

f) Nach Nummer 3.2.9 werden die folgenden Nummern 3.2.10 und 3.2.11 eingefügt:

„3.2.10

Ist die Beihilfeberechtigte beziehungsweise der Beihilfeberechtigte oder eine berücksichtigungsfähige Person zivilgerichtlich rechtskräftig zur Begleichung der Honorarforderung einer Behand-

lerin oder eines Behandlers verurteilt, ist die Vergütung regelmäßig als angemessen im Sinne des § 3 Absatz 1 Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW anzuerkennen (BVerwG, Urteil vom 25. November 2004 – 2 C 30.03).

3.2.11

Rechnungen, die auf Grund von Vereinbarungen, Verträgen zwischen Leistungserbringern und Krankenhäusern nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch oder Unternehmen der privaten Krankenversicherungen erstellt worden sind, bedürfen – soweit die Leistung dem Grundsatz nach beihilfefähig ist – grundsätzlich keiner weiteren Prüfung der Angemessenheit der Aufwendungen durch die Beihilfestelle. Dies gilt auch für Pauschalrechnungen. Sofern die Unternehmen der privaten Krankenversicherung unterschiedliche Tarifvereinbarungen mit Krankenhäusern abgeschlossen haben, gilt Satz 1 nur für den Bereich des Grundtarifs, der im Regelfall bereits die Unterbringung im Zweibettzimmer umfasst. Ausgewiesene Komforttarife, die ein besonderes Wahlleistungsangebot umfassen, beinhalten insoweit Leistungen, die nicht notwendig sind. Sie sind daher nur in Höhe der Grundtarife beihilfefähig.“

g) Die bisherige Nummer 3.2.10 wird Nummer 3.2.12 und in Satz 6 wird das Wort „Finanzministerium“ durch die Wörter „Ministerium der Finanzen“ ersetzt.

h) Die bisherige Nummer 3.2.11 wird Nummer 3.2.13.

i) Die bisherige Nummer 3.2.12 wird Nummer 3.2.14 und die Wörter „ohne Eigenanteil“ werden gestrichen.

j) Die bisherige Nummer 3.2.13 wird Nummer 3.2.15 und folgender Satz wird angefügt:

„Aufwendungen für von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern ausgestellte Dienstunfähigkeitsbescheinigungen sind nicht beihilfefähig.“

k) Nummer 3.3 wird wie folgt gefasst:

„3.3

Absatz 3

3.3.1

§ 3 Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW gilt nicht für von § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, erfasste Personen, die die Leistung der Pflegeversicherung nur zur Hälfte erhalten (§ 3 Absatz 4 Satz 2 Nummer 4 der Beihilfenverordnung NRW); die Aufwendungen für ein Hilfsmittel sind unter den allgemeinen Voraussetzungen beihilfefähig.“

l) In Nummer 3.4.0.1 wird die Angabe „SGB XII“ durch die Wörter „des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Juli 2018 (BGBl. I S. 1117) geändert worden ist,“ ersetzt.

m) In Nummer 3.4.0.2 wird das Wort „Festsetzungsstelle“ durch das Wort „Beihilfestelle“ und die Angabe „SGB XII“ durch die Wörter „des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.

n) Nummer 3.4.6 wird wie folgt gefasst:

„3.4.6

Nummer 6

3.4.6.1

Beihilferechtlich unschädlich ist der ausschließliche Bezug einer sogenannten Mütterrente nach § 56 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert worden ist. § 3 Absatz 4 Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW gilt insoweit nicht. § 3 Absatz 4 Satz 2 Nummer 6 der Beihilfenverordnung NRW gilt sinngemäß.“

4. Nummer 4 wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4.1.1 werden nach der Angabe „1“ die Wörter „(bleibt frei)“ angefügt.

b) Nummer 4.1.1.1 wird aufgehoben.

c) In Nummer 4.1.2.3 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Gesondert berechnete und gegebenenfalls mit der Privaten Krankenversicherung vereinbarte Komfortzuschläge sind nicht beihilfefähig.“

d) Nummer 4.1.2.9 wird wie folgt gefasst:

„4.1.2.9

Zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) berechnete sonstige Entgelte nach § 6 in Verbindung mit § 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, sind beihilfefähig. Dies gilt nach dem Gemeinsamen Bundesausschuss unter anderem für den Systemzuschlag nach § 91 Absatz 2 in Verbindung mit § 139c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den DRG-Systemzuschlag nach § 17b Absatz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das zuletzt durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist, den Ausbildungszuschlag nach § 17a Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, den Qualitätssicherungszuschlag nach § 17b Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in Verbindung mit § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den Hygienezuschlag nach § 4 Absatz 11 des Krankenhausentgeltgesetzes, den Pflegezuschlag nach § 8 Absatz 10 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die für einen Verlegungstag gegebenenfalls berechnete Wahlleistung „gesondert berechnete Unterkunft oder Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer“ für den Verlegungstag ist nicht beihilfefähig.“

e) Der Nummer 4.1.2 wird folgende Nummer 4.1.2.10 angefügt:

„4.1.2.10

Bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung handelt es sich um eine stationäre

Krankenhausleistung (Abrechnung über PEPP-Entgelte), die aber im häuslichen Umfeld der erkrankten Person erbracht wird.“

f) In Nummer 4.1.4.1 wird das Wort „Medikamente“ durch das Wort „Arzneimittel“ ersetzt.

g) In Nummer 4.1.5.1 werden die Wörter „§ 5 Absätze 1 bis 3“ durch die Angabe „§ 5 Absatz 1“ und die Angabe „§ 5c“ durch die Angabe „§ 5b Absatz 3“ ersetzt.

h) Der Nummer 4.1.5 wird folgende Nummer 4.1.5.4 angefügt:

„4.1.5.4

Maßnahmen der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege sind:

1. Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
2. Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen und
3. Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.

Aufwendungen für Maßnahmen der psychiatrischen Krankenpflege sind neben Aufwendungen inhaltlich gleicher Leistungen der Soziotherapie für denselben Zeitraum nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht, wenn die Maßnahmen ihre jeweils spezifische Zielsetzung ergänzen.“

i) In Nummer 4.1.7.5 Buchstabe q werden die Wörter „Gesetz vom 4. April 2016 (BGBl. I S. 569)“ durch die Wörter „Artikel 1 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757)“ ersetzt.

j) Nummer 4.1.7.9 wird wie folgt gefasst:

„4.1.7.9

Verschreibungspflichtige Arzneimittel, die auch zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (gutartiger nicht kanzeröser Tumor), wie zum Beispiel Cialis 5 mg oder TadaHexal 5 mg, zugelassen sind, sind in der Dosierung 1 x täglich 5 mg beihilfefähig.“

k) Der Nummer 4.1.7.9 wird folgende Nummer 4.1.7.9.1 angefügt:

„4.1.7.9.1

„Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol, Nabilon oder getrockneten Cannabisblüten und Cannabisextrakten sind ab dem 5. August 2017 beihilfefähig, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung

a) nicht zur Verfügung steht oder

b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der zuständigen Amtsärztin oder des Arztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Erkrankten nicht zur Anwendung kommen kann und

2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Die Beihilfestelle hat über den Erstantrag der oder des Beihilfeberechtigten (erste Verordnung) innerhalb eines Monats nach Antragseingang unter Beteiligung der zuständigen Amtsärztin oder des zuständigen Amtsarztes zu entscheiden (eine Beteiligung des Ministeriums der Finanzen ist grundsätzlich nicht erforderlich). Sofern innerhalb dieser Frist keine Stellungnahme des amtsärztlichen Dienstes erfolgt, entscheidet die Beihilfestelle zunächst für einen Behandlungszeitraum von drei Monaten unter Beachtung der oben genannten Kriterien nach Aktenlage. Die oder der Beihilfeberechtigte ist über die zeitlich befristete Entscheidung zu unterrichten. Folgeverordnungen bedürfen keines weiteren Voranerkennungsverfahrens, soweit die Zustimmung des amtsärztlichen Dienstes vorliegt.“

l) In Nummer 4.1.9.4 Satz 3 wird die Angabe „bis 5e“ durch die Angabe „, 5a, 5b und 5d“ ersetzt.

m) Die Nummern 4.1.10.5 bis 4.1.10.10 werden wie folgt gefasst:

„4.1.10.5

Aufwendungen zur kontinuierlichen interstitiellen Gewebezuckermessung mit Real-Time Messgeräten (zum Beispiel FreeStyle Libre) einschließlich der erforderlichen Sensoren sind bei insulinpflichtiger Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedarf, beihilfefähig, wenn das Gerät von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie oder Diabetologie, von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologin oder Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder mit vergleichbarer Qualifikation oder einer Fachärztin oder einem Facharzt „Kinder- und Jugendmedizin mit entsprechender Zusatzqualifikation“ verordnet wird. Beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für die notwendige Schulung in der sicheren Handhabung des Gerätes. Die Versorgung mit einem Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung schließt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ein übliches Blutzuckermessgerät einschließlich der erforderlichen Bluttteststreifen nicht aus.

4.1.10.6

Nummer 6 (bleibt frei)

4.1.10.7

Nummer 7 (bleibt frei)

4.1.10.8

Nummer 8 (bleibt frei)

4.1.10.9

Nummer 9 (bleibt frei)

4.1.10.10

Nummer 10 (bleibt frei)“.

n) In Nummer 4.1.10.13 Satz 2 werden die Wörter „§ 5 Absatz 4 Satz 3“ durch die Wörter „§ 5e Satz 1 der“ ersetzt.

o) Nummer 4.1.10.15 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Knochenleitungsgeräte mit teilimplantierten Schallaufnehmern (zum Beispiel Cochlea-Implantate) sind keine Hilfsmittel, sondern Körperersatzstücke.“

p) Nach Nummer 4.1.10.16.3 werden die folgenden Nummern 4.1.10a bis 4.1.10c.1 eingefügt:

„4.1.10a

Nummer 10a

4.1.10a.1

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für eine Brille oder für Kontaktlinsen. Maßgebend ist bei der Erstbeschaffung die ärztliche Verordnung. Bei einer Ersatzbeschaffung besteht ein Wahlrecht für die Verwendung einer Brille oder von Kontaktlinsen.

4.1.10a.2

Aufwendungen für Entspiegelung und Härtung sind in angemessenem Umfang beihilfefähig. Aufwendungen für eine Superentspiegelung sind nur bei höherbrechenden Gläsern ab 6 Dioptrien beihilfefähig. Für Kunststoffgläser bestehen grundsätzlich keine weiteren beihilferechtlichen Einschränkungen; die Angemessenheit der Aufwendungen ist zu prüfen.

4.1.10a.3

Sind Kontaktlinsen verordnet oder gewählt worden, sind daneben die Aufwendungen für eine Brille grundsätzlich nicht beihilfefähig; dies gilt nicht, wenn nach einer ärztlichen Verordnung aus schwerwiegenden medizinischen Gründen (zum Beispiel ab 8 Dioptrien, irregulärem Astigmatismus, Anisometropie ab 2 Dioptrien) das Tragen von Kontaktlinsen gelegentlich unterbrochen werden muss. Der Wechsel von einer Brille zu Kontaktlinsen oder von Kontaktlinsen zu einer Brille ist aus schwerwiegenden medizinischen Gründen (ärztliche Begründung erforderlich) beihilferechtlich jederzeit zulässig.

4.1.10a.4

Als angemessene Kosten einer Erst- oder Ersatzbeschaffung von Kontaktlinsen (Jahres-, Monats-, Tages- oder Einmallinsen) gelten die Aufwendungen für Dauerlinsen in einem Zeitraum von 24 Monaten (170 Euro je Auge). Dies gilt nicht, wenn Wegwerf- oder Einmallinsen nach ausführlicher ärztlicher Begründung als Verbandlinse oder Medikamententräger benötigt werden, auf Grund von Brechungsfehlern, die progressiv verlaufen, die Linsen mehrfach im Jahr durch stärkere Linsen ersetzt werden müssen oder aus sonstigen medizinischen Gründen zwingend indiziert sind.

4.1.10a.5

Eine Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien liegt auch vor, wenn zum Beispiel 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 Auge als auch das rechte Auge um jeweils 0,25 Dioptrien zu oder abgenommen haben. Bei Kurzsichtigkeit oder Achsenverschiebung sind die Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung auch dann beihilfefähig, wenn sich mit der neuen Sehhilfe die Sehschärfe (Visus) um mindestens 20 Prozentpunkte verbessert.

4.1.10a.6

Aufwendungen für Sonnenbrillen sind nur bei zwingender medizinischer Indikation beihilfefähig.

Mehraufwendungen für phototrope Gläser (zum Beispiel Colormaticgläser, Umbramaticgläser) sind nur bei Albinismus, Pupillotonie und totaler Aniridie (Fehlen der Regenbogenhaut) beihilfefähig.

4.1.10a.7

Aufwendungen für Brillenversicherungen sind nicht beihilfefähig. Kommt es zu einem Versicherungsfall, sind die Versicherungsleistungen nicht auf die beihilfefähigen Leistungen anzurechnen. § 12 Absatz 6 der Beihilfenverordnung NRW bleibt unberührt. Aufwendungen für Brillenetuis sind nicht beihilfefähig.

4.1.10a.8

Aufwendungen für Sportbrillen sind nur beihilfefähig, wenn sie von Schülern (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) während des Schulsports getragen werden müssen. Aufwendungen für Bildschirmbrillen sind nicht beihilfefähig.

4.1.10b

Nummer 10b

4.1.10b.1

Reparaturen eines Brillengestells sind bis zu 70 Euro beihilfefähig. Dies gilt entsprechend bei einem Totalverlust der Brille.

4.1.10b.2

Die Beträge nach § 4 Absatz 1 Nummer 10b Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW sind kumulativ zu berücksichtigen.

4.1.10c

Nummer 10c

4.1.10c.1

Zur Abgrenzung zwischen Reparaturkosten und Ersatzbeschaffungskosten wird auf die Grundsätze des Urteils des Oberverwaltungsgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen vom 14. September 1981 – 12 (6) A 387/81 hingewiesen.“

q) Nummer 4.1.11.1 wird wie folgt gefasst:

„4.1.11.1

Die Beförderungsaufwendungen sind grundsätzlich für die Hin- und Rückfahrt unter Berücksichtigung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Gehfähigkeit der erkrankten Person getrennt zu prüfen. Bei Fahrten zu einer ambulanten Operation, ambulanten onkologischen Chemo- oder Strahlentherapie, ambulanten Dialyse und bei Fahrten von Personen, die einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid in den Pflegegrad 3, 4 oder 5 der Pflegeversicherung vorlegen können (bei der Einstufung in den Pflegegrad 3 bedarf es zusätzlich einer ärztlichen Verordnung wegen dauerhafter Beeinträchtigung der Mobilität), ist die Notwendigkeit für Hin- und Rückfahrt gegeben. Aufwendungen für Fahrten, für die ein zwingender medizinischer Grund nicht vorliegt, zum Beispiel Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen, sind nicht beihilfefähig. § 4 Absatz 1 Nummer 11 Buchstabe c der Beihilfenverordnung NRW ist zu beachten.“

r) Nummer 4.1.13 wird wie folgt gefasst:

„4.1.13

Nummer 13

4.1.13.1

Neben den Aufwendungen der Registrierung sind auch die Aufwendungen für die Suche nach einem geeigneten Spender im Zentralen Knochenmarkspender-Register beihilfefähig.“

s) Der Nummer 4.1 werden die folgenden Nummern 4.1.14, 4.1.14.1 und 4.1.14.2 angefügt:

„4.1.14

Nummer 14

4.1.14.1

Die Aufwendungen für die Hinzuziehung eines Gebärdendolmetschers sind bis zu 75 Euro je Stunde Einsatzzeit zuzüglich der erforderlichen Reisezeit sowie der Fahrkosten in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges oder in Höhe der niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels beihilfefähig.

4.1.14.2

Zum Nachweis der Notwendigkeit einer Kommunikationshilfe reicht die Bescheinigung des behandelnden Arztes grundsätzlich aus.“

t) In Nummer 4.2.a wird nach den Wörtern „vorhanden ist“ das Komma durch das Wort „und“ ersetzt und die Wörter „und eine sekundäre Anomalie vorliegt, die erst im Erwachsenenalter erworben wurde“ gestrichen.

u) Der Nummer 4.2 wird folgende Nummer 4.2.d angefügt:

„4.2.d (bleibt frei)“.

5. Nummer 4b.5 wird wie folgt geändert:

a) Nach der Angabe „**Absatz 5**“ werden die Wörter „(bleibt frei)“ eingefügt.

b) Nummer 4b.5.1 wird aufgehoben.

6. Der Nummer 4d werden die folgenden Nummern 4d.3 und 4d.4 angefügt:

„4d.3

Absatz 3 (bleibt frei)

4d.4

Absatz 4 (bleibt frei)“.

7. Nummer 4g wird wie folgt geändert:

a) Nummer 4g.1.1 wird wie folgt gefasst:

„4g.1.1

Komplextherapien sind fachgebietsübergreifende Behandlungen eines einheitlichen Krankheitsbildes, die gemeinsam durch ärztliches und gegebenenfalls nichtärztliches Personal durchgeführt werden. Die Beteiligung einer Ärztin oder eines Arztes muss dabei sichergestellt sein. Zu den Komplextherapien gehören insbesondere Asthmaschulungen, COPD-Schulungen, ambulante Entwöhnungstherapien, ambulante Tinnitustherapien, ambulante kardiologische Therapien, Behandlung chronischer Wunden in Wundzentren, Diabetikerschulungen, Adipositas-schulungen, Neurodermitisschulungen, sozialmedizinische Nachsorgeleistungen sowie medizinische Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder durch interdisziplinäre Frühförderstellen nach § 30 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das zuletzt durch Artikel 23 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541) geändert worden ist. Keine Komplextherapien sind psychiatrische Krankenpflege (§ 4 Absatz 1 Nummer 5 der Beihilfenverordnung NRW) und Soziotherapien (§ 4h der Beihilfenverordnung NRW).“

b) Der Nummer 4g.1 wird folgende Nummer 4g.1.3 angefügt:

„4g.1.3

Sofern Komplextherapien im Rahmen von Rehabilitationsverfahren (zum Beispiel Anschlussheilbehandlungen, Entwöhnungstherapien) durchgeführt werden, richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach den §§ 6 bis 7 der Beihilfenverordnung NRW.“

c) Der Nummer 4g.3 wird folgende Nummer 4g.3.2 angefügt:

„4g.3.2

Beihilfefähig sind Aufwendungen, die auf Grund der Vereinbarung zwischen der TAG TeleArzt GmbH sowie den dieser Vereinbarung beigetretenen Hausärztinnen und Hausärzte sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. geltend gemacht werden. Die Abrechnung der privaten Krankenversicherung ist von den Beihilfeberechtigten mit dem Beihilfeantrag vorzulegen.“

8. Nummer 4i wird wie folgt geändert:

a) In Nummer 4i.4.1 Satz 2 wird das Wort „Finanzministeriums“ durch die Wörter „Ministeriums der Finanzen“ ersetzt.

b) Der Nummer 4i.4 wird folgende Nummer 4i.4.6 angefügt:

„4i.4.6

Aufwendungen für eine chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung sind nur beihilfefähig, wenn vor der Behandlung die Zustimmung der Beihilfestelle, bei Landesbediensteten zusätzlich des Ministeriums der Finanzen, eingeholt wurde (Anlage 6, Abschnitt II Nummer 3 der Beihilfenverordnung NRW). Für die Prüfung der Notwendigkeit der Maßnahme reicht neben einem amtsärztlichen Gutachten auch die Stellungnahme einer Klinik, die die Behandlung nicht durchführt, grundsätzlich aus. Dabei sollten die Gutachterkosten den Betrag von 500 Euro nicht übersteigen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Sehfehler durch Brillen oder Kontaktlinsen ausgeglichen werden können.“

9. Die Nummern 5 bis 5e werden durch die folgenden Nummern 5 bis 5g ersetzt:

„5

Zu § 5 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

5.1

Absatz 1

5.1.1.

Der beihilferechtliche Begriff der Pflegebedürftigkeit richtet sich ab 1. Januar 2017 nach § 14 in Verbindung mit § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch die Einführung eines neuen Begutachtungsinstruments verbunden. Zentraler Maßstab ist nunmehr der Grad der Selbständigkeit und das Angewiesensein auf personelle Unterstützung durch andere.

5.2

Absatz 2

5.2.1

Unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs umfasst Pflege alle pflegerischen Maßnahmen in den in § 14 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten sechs Bereichen (Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte) sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Pflege umfasst zukünftig somit auch regelmäßig (pflegerische) Betreuungsmaßnahmen.

5.2.2

Das Ergebnis der Beurteilung der einzelnen Kriterien ist der Grad der Beeinträchtigung in dem jeweiligen Lebensbereich. Aus der Zusammenführung aller Teilergebnisse der sechs Module ergibt sich dann der Pflegegrad der pflegebedürftigen Personen. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Ergebnisse der einzelnen Module unterschiedlich gewichtet sind. So fließen zum Beispiel die Ergebnisse aus dem Modul Selbstversorgung mit 40 Prozent und aus dem Modul Mobilität mit 10 Prozent in die Gesamtbewertung ein.

5.2.3

Wer bereits Leistungen der Pflegeversicherung bezogen hat, wird nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch automatisch in das neue System der Pflegegrade übergeleitet. Die Überleitung verfolgt dabei zwei wesentliche Ziele: Zum einen sollen bisherige Leistungsbezieher durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter gestellt werden als bisher. Daher erfolgt die Überleitung grundsätzlich in einen Pflegegrad, mit dem entweder gleich hohe oder höhere Leistungen als bisher verbunden sind. Ist dies ausnahmsweise nicht der Fall, besteht Besitzstandsschutz. Zum anderen sollen umfangreiche Begutachtungen vermieden werden. Der Pflegegrad wird von der Pflegeversicherung der Pflegebedürftigen mitgeteilt und ist von der Beihilfestelle zu übernehmen.

5.2.4

Für Personen, die keine Überleitung nachweisen können, ist von der zuständigen Beihilfestelle die Überleitung entsprechend § 140 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen.

(von) Pflegestufe	(nach) Pflegegrad
ohne Pflegestufe, aber erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	2
I	2
I und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	3
II	3
II und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	4
III	4
III und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5
III Härtefall	5
III Härtefall und erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz	5

5.2.5

In Neufällen ist der von der jeweils zuständigen Pflegeversicherung festgestellte Pflegegrad durch geeignete Unterlagen (zum Beispiel Leistungsmitteilung, Mitteilung nach § 44 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bei Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen) nachzuweisen. Bei nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit Versicherten bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens.

5.2.6

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

5.2.6.1

Die Zuordnung zu einem Pflegegrad sowie die Bewilligung von Leistungen können durch die zu-

ständige 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 Pflegeversicherung ist für die Beihilfestelle bindend. Die entsprechenden Bescheinigungen sind durch die Beihilfeberechtigten beizubringen.

5.2.6.2

Um eine nahtlose Beihilfegewährung sicherzustellen, soll die Beihilfestelle die Beihilfeberechtigten darauf hinweisen, dass er rechtzeitig vor Ablauf der Befristung die Beihilfestelle über die weitere Entscheidung der Pflegeversicherung hinsichtlich einer Befristungsverlängerung (gegebenenfalls mit geändertem Pflegegrad) unterrichtet.

5.2.7

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

5.2.8

Besteht keine Pflegeversicherung, hat die Beihilfestelle ein Gutachten einzuholen, aus dem die Pflegebedürftigkeit nach § 15 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch hervorgeht.

5.3

Absatz 3

5.3.1

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

5.3.2

Aufwendungen für medizinische Behandlungen sind nach § 4 der Beihilfenverordnung NRW beihilfefähig.

5.3.3

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

5.4

Absatz 4

5.4.1

Wird durch eine Gutachterin oder einen Gutachter der Pflegekasse den Pflegebedürftigen eine Rehabilitationsmaßnahme verordnet, bedarf es keines weiteren Gutachterverfahrens.

5.5

Absatz 5

5.5.1

Derzeit besteht zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen und der COMPASS Private Pflegeberatung keine Vereinbarung, die COMPASS berechtigen würde, die von ihr erbrachte Pflegeberatung in Rechnung zu stellen. Entsprechende Anträge auf Kostenübernahme bzw. Kostenbeteiligung sind daher seitens der Beihilfestelle abzulehnen. Dies gilt nicht für Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch; hier ist Nummer 5a.5.1 zu beachten.

5a

Zu § 5a Häusliche Pflege

5a.1

Absatz 1

5a.1.1

Beihilfefähig sind bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie für Hilfe bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe). Hierzu gehören pflegerische Maßnahmen in den in § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte sowie die pflegerische Anleitung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen.

5a.1.2

Geeignete Pflegekräfte sind Personen, die mittelbar oder unmittelbar in einem Vertragsverhältnis zur Pflegeversicherung oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegeversicherung einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat.

5a.1.3

Entsprechend § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig:

Pflegegrad	beihilfefähige Aufwendungen
2	689 Euro/Monat
3	1 298 Euro/Monat
4	1 612 Euro/Monat
5	1 995 Euro/Monat

5a.1.4

Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 mit besonderem Pflegebedarf sind notwendige und angemessene Aufwendungen von bis zu 1 000 Euro und des Pflegegrades 5 bis zu 1 995 Euro zusätzlich zu den Beträgen nach Nummer 5a.1.3 beihilfefähig. Es bedarf keiner zusätzlichen ärztlichen Verordnung. Eine Beteiligung der zuständigen Pflegeversicherung hierzu erfolgt nicht.

5a.1.5

Aufwendungen für häusliche Pflege sind auch beihilfefähig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt gepflegt werden. Die Pflege darf in diesen Fällen aber nicht in einer vollstationären Einrichtung nach § 71 Absatz 2 in Verbindung mit § 72 oder in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen.

5a.1.6

Wird die Pflege nicht für einen vollen Monat erbracht, wird der beihilfefähige Pauschalbetrag nach § 5a Absatz 1 der Beihilfenverordnung NRW in Verbindung mit § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht anteilig gekürzt. Auf die Notwendigkeit und Angemessenheit der geltend gemachten Kosten ist in diesem Fall verstärkt zu achten.

5a.1.7

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

5a.2

Absatz 2

5a.2.1

Angebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger und vergleichbar nahestehender Pflegepersonen wie zum Beispiel Nachbarn, Freunde und Bekannte sind:

1. Betreuungsangebote (zum Beispiel Tagesbetreuung, Einzelbetreuung),
2. Angebote zur Entlastung von Pflegenden (zum Beispiel durch Pflegebegleiter),
3. Angebote zur Entlastung im Alltag (zum Beispiel in Form praktischer Hilfen).

Die Angebote bedürfen einer Anerkennung durch die zuständige Behörde nach Maßgabe des § 45a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die Entscheidung der zuständigen Pflegekassse ist abzuwarten.

5a.2.2

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 können bis zu 40 Prozent ihrer Ansprüche für Aufwendungen für häusliche Pflege in Aufwendungen zur Unterstützung im Alltag nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch umwandeln. Unabhängig davon kann die pflegebedürftige Person einen Entlastungsbetrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch nehmen. Ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis zwischen der 40-Prozent-Regelung und dem Entlastungsbetrag

ist nicht gegeben. Die pflegebedürftige Person entscheidet selbst, wie sie die Aufwendungen zur Unterstützung im Alltag finanzieren will.

5a.2.3

Nach § 45 des Elften Buches Sozialgesetzbuch kann der Entlastungsbetrag unter anderem im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Tages-, Nacht- oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden. Dies gilt sowohl für Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung als auch für Investitionskosten.

5a.2.4

Nach § 144 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch können Leistungsbeträge nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die Pflegebedürftige in der Zeit vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 nicht genutzt hatten, bis zum 31. Dezember 2018 zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung eingesetzt werden. Die Bewilligung durch die zuständige Pflegeversicherung ist von den Beihilfeberechtigten vorzulegen.

5a.2.5

Die in einem Kalenderjahr von pflegebedürftigen Personen nicht in Anspruch genommenen Beträge sind auf das nächste Kalenderhalbjahr zu übertragen (ein Antrag ist hierzu nicht erforderlich; § 45b Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).

5a.3

Absatz 3

5a.3.1

Der Anspruch auf Pflegegeld setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung durch andere Personen als die in § 5a Absatz 1 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW genannten Pflegekräfte selbst sicherstellt.

5a.3.2

Pflegegeld ist in folgender Höhe beihilfefähig:

Pflegegrad	beihilfefähige Aufwendungen
2	316 Euro/Monat
3	545 Euro/Monat
4	728 Euro/Monat
5	901 Euro/Monat

Daneben ist bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 ein Pflegezuschlag von 150 Euro und bei Pflegegrad 5 von 240 Euro monatlich beihilfefähig. Eine Beteiligung der zuständigen Pflegeversicherung erfolgt hierzu nicht.

5a.3.3

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

5a.3.4

Die häusliche Pflege wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass die pflegebedürftige Person in einem Altenwohnheim oder in einer Altenwohnung lebt. Nummer 5a.1.5 gilt entsprechend.

5a.4

Absatz 4

5a.4.1

Zeiträume, für die Aufwendungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Absatz 1 Nummer 2 der Beihilfenverordnung NRW), einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (§ 6 der Beihilfenverordnung NRW) oder einer stationären Pflege (§ 5d der Beihilfenverordnung NRW) geltend gemacht werden, unterbrechen die häusliche Pflege. Für diese Zeiten wird das Pflegegeld nach § 5a Absatz 3 Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW und der Pflegezuschlag nach § 5a Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW nur anteilig (tageweise; der Monat wird mit 30 Tagen berücksichtigt) gezahlt; dies gilt hinsichtlich des Pflegegeldes (ohne Pflegezuschlag nach § 5a Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW) nicht für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung, einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder des Monats, in dem die pflegebedürftige Person gestorben ist.

5a.4.2

Bei einem Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt beginnt die Vier-Wochen-Frist mit dem Aufnahmetag. Bei einer Kürzung setzt die Zahlung des Pflegegeldes mit dem Entlassungstag und des Pflegezuschlags mit dem nachfolgenden Tag wieder ein.

5a.4.3

Während einer Verhinderungspflege (§ 5a Absatz 8 der Beihilfenverordnung NRW) ist das Pflegegeld (nicht der Pflegezuschlag) für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und während einer Kurzzeitpflege (§ 5b Absatz 3 der Beihilfenverordnung NRW) für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte des vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege gezahlten Pflegegeldes zusätzlich beihilfefähig.

5a.4.4

Bei einer stundenweisen Verhinderung der Pflegeperson von weniger als acht Stunden am Tag besteht ein Anspruch auf das volle Pflegegeld (ohne Pflegezuschlag). Die Entscheidung der Pflegeversicherung ist abzuwarten.

5a.5

Absatz 5

5a.5.1

Bei pflegebedürftigen Personen mit Pflegegrad 2 oder 3 sind Beratungsbesuche (§ 37 Absatz 3 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) halbjährlich und mit Pflegegrad 4 oder 5 vierteljährlich durchzuführen. Pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1, die zu Hause gepflegt werden, und pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5, die häusliche Pflege nach § 5a Absatz 1 der Beihilfenverordnung NRW oder Kombinationsleistungen nach § 5a Absatz 6 der Beihilfenverordnung NRW in Anspruch nehmen, können den Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 Satz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch halbjährlich freiwillig in Anspruch nehmen.

5a.5.2

Für einen Beratungsbesuch sind in den Pflegegraden 1 bis 3 bis zu 23 Euro und in den Pflegegraden 4 und 5 bis zu 33 Euro beihilfefähig.

5a.5.3

Rufen Pflegebedürftige die Beratung nicht ab, hat die zuständige Pflegeversicherung das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen. Die Beihilfestelle folgt der Entscheidung der Pflegeversicherung.

5a.6

Absatz 6

5a.6.1

Bei einer Kombination der Leistungen nach § 5a Absatz 1 und 3 der Beihilfenverordnung NRW (§ 36 Absatz 1 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) ist das in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgebend. Dem Beihilfeantrag ist daher der Bescheid der jeweiligen Pflegeversicherung beizufügen.

Beispiele:

1.

Eine in der privaten Pflegeversicherung versicherte Person mit Anspruch auf Versorgungsbezüge (Pflegegrad 3) nimmt zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (649 Euro von 1 298 Euro) und das Pflegegeld (272,50 Euro von 545 Euro) in Anspruch.

Die Beihilfe errechnet sich auf Grund der Aufteilung durch die Pflegeversicherung wie folgt:

a) 70 Prozent von 649,00 Euro (50 Prozent von 1 298,00 Euro) = 454,30 Euro

b) 70 Prozent von 272,50 Euro (50 Prozent von 545,00 Euro) = 190,75 Euro.

Beihilfe insgesamt: 645,05 Euro.

2.

Eine in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Person (Pflegegrad 3) mit Anspruch auf Versorgungsbezüge (§ 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) nimmt zu jeweils 50 Prozent die Pflege durch Berufspflegekräfte (649 Euro von 1 298 Euro) und das Pflegegeld (272,50 Euro von 545 Euro) in Anspruch.

Die Beihilfe berechnet sich aufgrund der Aufteilung durch die Pflegeversicherung wie folgt:

a) 70 Prozent von 649,00 Euro (50 Prozent von 1 298,00 Euro) = 454,30 Euro

b) 70 Prozent von 272,50 Euro (50 Prozent von 545,00 Euro) = 190,75 Euro.

Beihilfe unter Berücksichtigung des § 12 Absatz 6 der Beihilfenverordnung NRW (Leistungen der Pflegeversicherung 460,75 Euro) insgesamt: 460,75 Euro.

5a.7

Absatz 7

5a.7.1

Pflegebedürftige Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen und die sich während der Woche, an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich aufhalten, erhalten neben den Leistungen nach § 5f Absatz 2 der Beihilfenverordnung NRW anteilig ein ungekürztes Pflegegeld für die Tage, an denen die häusliche Pflege sichergestellt ist (§ 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Tage der An- und Abreise gelten als volle Tage der häuslichen Pflege. Der für den Pflegegrad maßgebende Pauschalbetrag wird durch 30 dividiert und mit der Zahl der zu Hause verbrachten Tage multipliziert. Der Entscheidung der Pflegeversicherung ist zu folgen. Der Pflegezuschlag nach § 5a Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW wird nicht gezahlt.

5a.7.2

Kann zum Beispiel an den Wochenenden oder in Ferienzeiten eine häusliche Pflege nicht erfolgen und ist die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen weiterhin sichergestellt, sind die Aufwendungen mit der Zahlung der Beihilfe nach § 5f Absatz 2 der Beihilfenverordnung NRW abgegolten. § 5b der Beihilfenverordnung NRW gilt nicht.

5a.8

Absatz 8

5a.8.1

Aufwendungen für Verhinderungspflege sind nur für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 beihilfefähig.

5a.8.2

Der beihilfefähige Betrag der Verhinderungspflege beträgt 1 612 Euro für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr. Der Betrag kann um bis zu 806 Euro auf insgesamt 2 418 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 5b Absatz 3 der Beihilfenverordnung NRW erhöht werden.

5b

Zu § 5b Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

5b.1

Absatz 1

5b.1.1

Die Aufwendungen für teilstationäre Pflege sind entsprechend § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bis zu folgender Höhe beihilfefähig:

Pflegegrad	beihilfefähige Aufwendungen
2	689 Euro/Monat
3	1 298 Euro/Monat
4	1 612 Euro/Monat
5	1 995 Euro/Monat

5b.1.2

Die Aufwendungen für teilstationäre Pflege umfassen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

5b.1.3

Bei vorübergehender Abwesenheit der pflegebedürftigen Person von der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für teilstationäre Pflege beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegen. Das heißt, dass im Fall vorübergehender Abwesenheit von der teilstationären Pflegeeinrichtung die Freihaltegebühren für einen Abwesenheitszeitraum von 42 Tagen im Kalenderjahr beihilfefähig sind. Bei Krankenhausaufenthalten und bei Aufhalten in stationären Rehabilitationseinrichtungen verlängert sich der Abwesenheitszeitraum für die Dauer dieser Aufenthalte. In den nach § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch abzuschließenden Rahmenverträgen sind die vorgenannten Abwesenheitszeiten, soweit drei Kalendertage überschritten wer-

den, Abschläge von mindestens 25 Prozent der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorzusehen.

5b.2

Absatz 2

5b.2.1

Aufwendungen der häuslichen Pflege nach § 5a Absatz 1 der Beihilfenverordnung NRW (geeignete Pflegekräfte), Absatz 3 Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW (Pflegegeld) oder nach § 5a Absatz 6 der Beihilfenverordnung NRW (Kombinationsleistungen) sind neben den Aufwendungen für teilstationäre Pflege beihilfefähig. Ein Anspruch auf den Pflegezuschlag nach § 5a Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW besteht nicht.

5b.2.2

Die notwendigen Beförderungskosten für die Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- und Nachtpflege und zurück sind beihilfefähig.

5b.3

Absatz 3

5b.3.1

Ist die vorübergehende Unterbringung einer pflegebedürftigen Person mit Pflegegrad 2 bis 5 in einem Kurzzeitpflegeheim wegen Verhinderung oder Abwesenheit der Pflegeperson erforderlich, sind die pflegebedingten Aufwendungen bis 1 612 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig. Unterbringungs-, Verpflegungs- und Investitionskosten sind nicht beihilfefähig.

5b.3.2

Die Kurzzeitpflege kann unter Anrechnung auf den für Verhinderungspflege zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 1 612 Euro auf insgesamt 3 224 Euro erhöht werden, soweit eine Verhinderungspflege noch nicht in Anspruch genommen wurde. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen je Kalenderjahr beschränkt. Bei Aufstockung aus der Verhinderungspflege verlängert sich der Anspruch entsprechend auf bis zu 14 Wochen.

5b.3.3

Während einer Kurzzeitpflege wird die Pauschalbeihilfe bis zu acht Wochen im Kalenderjahr zur Hälfte weitergezahlt, wenn vor der Kurzzeitpflege ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand (§ 5a Absatz 4 der Beihilfenverordnung NRW). Bei Kurzzeitpflege erfolgt keine Kürzung des Pflegegeldes für den ersten und letzten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeitpflege. Für die Höhe der Pauschalbeihilfe ist die geleistete Höhe der Pauschalbeihilfe vor Beginn der Kurzzeitpflege maßgebend.

5c

Zu § 5c Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen

5c.1

Absatz 1

5c.1.1

Die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt, auf Antrag gewährt. Änderungen der Verhältnisse, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, sind der für die pflegebedürftige Person zuständigen Beihilfestelle zeitnah mitzuteilen.

5c.2

Absatz 2

5c.2.1

Entsprechend den Grundsätzen der §§ 173 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und 349 Absatz 4a des Dritten Buches Sozialgesetzbuch - Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 12. Juli 2018 (BGBl. I S. 1147) geändert worden ist, hat die Beihilfestelle den von ihr zu tragenden Anteil an den zuständigen Träger der Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit zu zahlen.

5c.2.2

Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die im Beitragsjahr (Kalenderjahr) versicherungspflichtigen Pflegepersonen erfolgt in Form eines Gesamtbeitrages der Beihilfestelle für das Kalenderjahr, in dem die Pflege geleistet wurde (§ 349 Absatz 5 Satz 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). Der Gesamtbetrag wird spätestens im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt. Die Rentenversicherungsbeiträge sind im Gegensatz dazu monatlich zu zahlen.

5c.2.3

Die Rentenversicherungsbeiträge sind nach dem einheitlichen Verteilungsschlüssel, der jährlich von der Deutschen Rentenversicherung festgelegt wird, an die Deutsche Rentenversicherung Bund und an den zuständigen Regionalträger, in dessen Bereich die Beihilfestelle ihren Sitz hat, zu zahlen. Die Beiträge sind unter Angabe der von der Bundesagentur für Arbeit vergebenen Betriebsnummer von der zuständigen Beihilfestelle zu überweisen. Soweit die Beihilfestelle keine Betriebsnummer besitzt, ist eine solche beim Betriebsnummernservice der Bundesagentur für Arbeit zu beantragen.

5c.2.4

Der Beleg zur Überweisung der Rentenversicherungsbeiträge muss im Feld „Verwendungszweck“ folgende Angaben enthalten:

1. Zeile:

- Betriebsnummer der zahlenden Stelle (achtstellig),
- Monat (zweistellig) und Jahr (zweistellig), für den die Beiträge gezahlt werden,
- Kennzeichen „West“ oder „Ost“ und

2. Zeile:

- „RV-BEITRAG-PFLEGE“.

5c.2.5

Nach § 10 Absatz 4b Satz 4 bis 6 des Einkommensteuergesetzes sind Behörden und andere öffentliche Stellen verpflichtet, geleistete Beiträge an steuerpflichtige Personen zur Alterssicherung, Krankenversicherung oder Pflegeversicherung elektronisch an die Zentrale Zulagenstelle bei der Deutschen Rentenversicherung Bund nach § 81 des Einkommensteuergesetzes zu übermitteln, um die steuerlich zutreffende Ermittlung von steuerfreien Zuschüssen zu ermöglichen.

Beihilfestellen sind in den Fällen des § 44 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in denen Rentenversicherungsbeiträge zur sozialen Sicherung von nicht erwerbstätigen Personen gezahlt werden sowie in den Fällen des § 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch für zu zahlende Leistungen zur sozialen Sicherung bei Beziehen von Pflegeunterstützungsgeld grundsätzlich meldepflichtig.

Die elektronische Meldung an die zentrale Stelle hat erstmals für den Veranlagungszeitraum 2016 zu erfolgen; die Daten von 2016 sind umgehend der zentralen Stelle mitzuteilen. Sofern eine Meldung aus technischen Gründen zeitnah nicht möglich ist, sollen die meldepflichtigen Stellen die Daten vorhalten und nach erfolgter technischer Anbindung die Meldung nachholen. Auf das Schreiben des Bundesministeriums des Innern (BMI) vom 1. Februar 2016 D 6 – 11031/2#1 über das Amtshilferichtlinie-Umsetzungsgesetz vom 26. Juni 2013 (BGBl. I S. 1809) wird insoweit hingewiesen.

Nach Abklärung des Umfangs der Meldepflichten der jeweiligen Beihilfestellen mit dem Bundesministerium der Finanzen hat der BMI ergänzend mit Rundschreiben vom 13. Februar 2017 – D 6 – 11031/2#1 unter anderem folgendes mitgeteilt:

Folgende Fallgruppen sind zu unterscheiden:

1. Soziale Sicherung der Pflegepersonen.

Die Beihilfestellen führen für Pflegepersonen (auch wenn es sich um Beamtinnen oder Beamte handelt) Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung ab. Die Beiträge werden unmittelbar an den zuständigen Träger der Rentenversicherung gezahlt. Es fließen keine weiteren Beträge an die Pflegepersonen oder die beihilfeberechtigte Person.

In diesen Fällen besteht keine Meldepflicht.

Nach § 44a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Beschäftigte, die nach § 3 Absatz 1 Satz 1 des Pflegezeitgesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874, 896), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424) geändert worden ist, von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurden oder deren Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), das zuletzt durch Artikel 7a des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist, wird, auf Antrag Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung von der jeweiligen Beihilfestelle, wenn sie nahe Angehörige pflegen, die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen sind.

Auf Beamtinnen und Beamte als Pflegepersonen ist das Pflegezeitgesetz nicht anzuwenden. Für sie gilt § 67 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 16 der Freistellungs- und Urlaubsverordnung NRW sowie § 5c der Beihilfenverordnung NRW.

Soweit Pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen sind, werden die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und der Zuschuss zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag von der Pflegeversicherung bzw. den Pflegekassen und den Beihilfestellen anteilig gezahlt.

Erfolgt die Zahlung unmittelbar von der Beihilfestelle an die Pflegeperson, löst dies die Meldepflicht aus. Eine Ausnahme ist dann gegeben, wenn die beihilfeberechtigte Person, die gepflegt wird, die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung der pflegenden Person gezahlt hat und sich diese Zuschüsse über die Beihilfe erstatten lässt.

2. Leistungen bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz.

Das Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung enthält grundsätzlich keine Zuschüsse i.S.d. § 10 Absatz 4b Satz 4 des Einkommensteuergesetzes. Dies gilt jedoch nicht für die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung und die Zuschüsse zum Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag.

Erfolgt die Zahlung unmittelbar von der Beihilfestelle an die Pflegeperson, löst dies die Meldepflicht aus. Eine Ausnahme besteht dann, wenn die beihilfeberechtigte Person, die gepflegt wird, die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung der pflegenden Person gezahlt hat und sich diese Zuschüsse über die Beihilfe erstatten lässt.

3. Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld.

Für die Zahlung von Beiträgen in die gesetzliche Krankenversicherung für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld müssen die Beihilfestellen eine Betriebsnummer mit der Anfangsnummer 997 verwenden. Diese ist – soweit nicht bereits vorhanden – bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zu beantragen. Auf das Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. vom 31. August 2015 („Versicherungs-, beitrags- und melderechtliche Auswirkungen des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Abs. 3 SGB XI“) wird hingewiesen.

5c.2.6

Die in Nummer 5c.2.5 zitierten Rundschreiben sind bei der Zentralen Koordinierungsstelle Beihilfe (www.beihilfe.nrw.de) abrufbar. Einzelheiten der Zahlungsabwicklung einschließlich Zahlungsfristen ergeben sich auch aus dem „Gemeinsamen Rundschreiben GKV Spitzenverband, Deutsche Rentenversicherung Bund, Bundesagentur für Arbeit, Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. zur Renten- und Arbeitslosenversicherung der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen vom 13. Dezember 2016“, das auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung (www.deutsche-rentenversicherung.de) veröffentlicht ist.

5d

Zu § 5d Vollstationäre Pflege

5d.1

Absatz 1

5d.1.1

Werden zu den Kosten einer stationären Pflege Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).

5d.1.2

Beihilfefähig sind die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und grundsätzlich medizinische Behandlungspflege. Die Begrenzung nach § 43 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist unbeachtlich.

5d.1.3

Entsprechend § 141 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind Pflegezuschläge nach § 84 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil) sowie besonders pauschalisierte Pflegesätze nach § 8 Absatz 3 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als pflegebedingte Aufwendungen nach § 5d Absatz 1 der Beihilfenverordnung NRW beihilfefähig.

5d.2

Absatz 2

5d.2.1

Dienstbezüge sind die in § 1 Absatz 4 des Landesbesoldungsgesetzes genannten Bruttobezüge; Versorgungsbezüge sind die laufenden Bezüge nach Anwendung von Ruhens- und Anrechnungsvorschriften. Der Unfallausgleich nach § 41 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310; ber. S. 642), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 7. April 2017 ([GV. NRW. S. 452](#)) geändert worden ist, bleibt unberücksichtigt. Zu den Renten zählen nicht die Beitragsanteile oder Beitragszuschüsse des Rentenversicherungsträgers zur Krankenversicherung. Krankenkassen- und Pflegeversicherungsbeiträge bleiben unberücksichtigt, auch wenn die Beiträge von den Versorgungsbezügen oder der Rente einbehalten werden. Zur Rente gehören nicht Leistungen der Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.

5d.2.2

Als Erwerbseinkommen im Sinne des § 5d Absatz 2 Sätze 2 und 4 der Beihilfenverordnung NRW sind Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit, aus selbständiger Arbeit, aus Gewerbebetrieb, aus Land- und Forstwirtschaft sowie Lohnersatzleistungen zugrunde zu legen. Einkommen aus geringfügigen Tätigkeiten nach § 8 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch bleiben außer Ansatz. Dabei ist bei einem monatlich schwankenden Einkommen ein Durchschnitt der letzten zwölf Mo-

nate für die Ermittlung des Eigenanteils heranzuziehen. Einkommen der Kinder bleiben unberücksichtigt.

5d.2.3

Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (und gegebenenfalls der Investitionskosten) von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht gesondert ausgewiesen, ist grundsätzlich die von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten für die Berechnung der Beihilfe maßgebend.

5d.2.4

Die Zahlungspflicht der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger endet mit dem Tag, an dem die Heimbewohner aus der Pflegeeinrichtung entlassen werden oder versterben. Ziehen Pflegebedürftige in eine andere Pflegeeinrichtung um, darf nur die aufnehmende Pflegeeinrichtung ein Gesamtentgelt für den Verlegungstag berechnen.

5d.3

Absatz 3

5d.3.1

Bei vorübergehender Abwesenheit Pflegebedürftiger von der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen (Betten- und Platzfreihaltegebühren) für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen im Kalenderjahr beihilfefähig (§ 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Bei Aufhalten in Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen sind die Freihaltegebühren für die gesamte Dauer dieser Aufenthalte beihilfefähig. In den zu schließenden Rahmenverträgen nach § 75 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind für die vorgenannten Abwesenheitszeiten, soweit drei Kalendertage überschritten werden, ab dem vierten Tag Abschläge von mindestens 25 Prozent der Pflegevergütung, der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und der Zuschläge nach § 92b des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorzusehen.

5e

Zu § 5e Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

5e.1

Aus Vereinfachungsgründen ist keine ärztliche Verordnung zum Nachweis der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln erforderlich, wenn im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zu Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die den Zielen des § 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, getroffen werden.

5e.2

Die Pflegekassen überlassen technische Pflegehilfsmittel vorrangig leihweise. In Rechnung gestellte Leih- und Leasinggebühren (auch Pauschalbeträge) sowie Aufwendungen für notwendige Änderungen (Anpassungen), Instandsetzungen und Ersatzbeschaffungen sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel sind beihilfefähig. Bei selbst beschafften Hilfsmitteln ist zu beachten, dass diese Hilfsmittel in dem vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen/Pflegekassen erstellten Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführt sind. Mehrkosten für eine über das Maß des Notwendigen hinausgehende Ausstattung des Pflegehilfsmittels sowie dadurch bedingte Folgekos-

ten sind nicht beihilfefähig. Hinsichtlich der Betriebskosten der Hilfsmittel gilt § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 2 2. Halbsatz der Beihilfenverordnung NRW entsprechend.

5e.3

Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind im notwendigen und angemessenen Umfang beihilfefähig. § 40 Absatz 3 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist unbeachtlich.

5e.4

Für die Verbesserung des Wohnumfeldes ist ein Betrag von bis zu 4 000 Euro je Maßnahme beihilfefähig. Leben mehrere pflegebedürftige Personen in einer gemeinsamen Wohnung, sind je pflegebedürftige Person bis zu 4 000 Euro beihilfefähig. Der beihilfefähige Gesamtbetrag nach Satz 2 ist auf 16 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten (mit oder ohne Beihilfeanspruch) anteilig auf die Leistungsträger der Anspruchsberechtigten verteilt.

5e.5

Alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der „Zuschussgewährung“ (und damit auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs) zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, sind als eine Verbesserungsmaßnahme zu werten. Das gilt auch dann, wenn die Verbesserungsmaßnahmen in Einzelschritten verwirklicht werden. Ändert sich die Pflegesituation und werden weitere Maßnahmen erforderlich, kann der Betrag von 4 000 Euro erneut geltend gemacht werden.

5e.6

Eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen liegt auch vor, wenn den Besonderheiten des Einzelfalles durch einen Umzug in eine den Anforderungen der Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung (zum Beispiel Umzug aus dem Obergeschoss in das Erdgeschoss) Rechnung getragen werden kann. In diesem Fall können die Umzugskosten bis zu einem Betrag von 4 000 Euro als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die Pflegekasse oder Pflegeversicherung einen Zuschuss geleistet hat.

5f

Zu § 5f Ambulant betreute Wohngruppen und Einrichtungen der Behindertenhilfe

5f.1

Absatz 1

5f.1.1

Der beihilfefähige Wohngruppenzuschlag beträgt 214 Euro pro Monat. Von maximal zwölf Personen, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe betreut werden, müssen mindestens drei pflegebedürftig sein.

5f.1.2

Leistungen der teilstationären Pflege (§ 5b Absatz 1 und 2 der Beihilfenverordnung NRW) können nur zusätzlich in Anspruch genommen werden, wenn durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder der Medicproof GmbH für die Versicherten der privaten Pflegepflichtversicherung festgestellt wird, dass die Pflege in der ambulanten Wohngruppe ohne teilstationäre

Pflege nicht in einem ausreichenden Umfang sichergestellt werden kann. Für die Beihilfestelle ist die Entscheidung der zuständigen Pflegeversicherung bindend.

5f.1.3

Soweit die Pflegeversicherungen als Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen einmalig einen Betrag in Höhe von bis zu 2 500 Euro nach § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch zahlen, ist dieser Betrag zusätzlich beihilfefähig. Die Förderung einer Wohngemeinschaft ist auf maximal 10 000 Euro begrenzt, so dass bei mehr als vier anspruchsberechtigten Personen eine anteilige Finanzierung durch die beteiligten Pflegeversicherungen zu erfolgen hat. Dabei wird der Höchstförderbetrag je Wohngruppe von 10 000 Euro durch die Anzahl der förderberechtigten Personen geteilt.

5f.2

Absatz 2

5f.2.1a

Beihilfefähig sind 10 Prozent des nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Heimentgeltes, höchstens jedoch 266 Euro monatlich. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen behinderten Menschen zu Hause gepflegt und betreut werden, anteilige Pauschalbeihilfe gezahlt, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege. Der für den Pflegegrad maßgebende Pauschalbetrag wird durch 30 dividiert und mit der Zahl der zu Hause verbrachten Tage multipliziert. Der Entscheidung der Pflegeversicherung ist zu folgen. Der Pflegezuschlag nach § 5a Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW wird nicht gezahlt.

5f.2.1b

Inhalt der Vereinbarung nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch ist gemäß § 76 Absatz 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch die Vergütung für die Pauschalen für Unterkunft und Verpflegung (Grundpauschale) und für die Maßnahmen (Maßnahmenpauschale), so dass auch die Kosten der teilstationären Unterbringung (zum Beispiel für die Betreuung in einer Werkstatt für behinderte Menschen) in die Berechnung der 10-Prozent-Regelung einzubeziehen sind.

5f.2.2

Bei zu Hause gepflegten pflegebedürftigen Personen, die ausnahmsweise eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen erhalten, bestimmt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließlich nach § 5b Absatz 3 der Beihilfenverordnung NRW.

5f.2.3

Ist eine pflegebedürftige Person, die noch die Schule besucht, von Montag bis Freitag in einer Einrichtung internatsmäßig untergebracht, besteht für diese Zeit ein Anspruch auf Beihilfe nach § 5a Absatz 3 Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW. Es darf sich allerdings nicht um eine Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch handeln (zum Beispiel Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Werkstatt und Wohnheim für behinderte Menschen, Kindergarten). Für diese Zeit kann unterstellt werden, dass der Schwerpunkt der häuslichen Pflege

ge erhalten bleibt. Bei vorübergehender Pflege zu Hause (zum Beispiel am Wochenende) wird kein Pflegezuschlag nach § 5a Absatz 3 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW gezahlt.

5f.2.4

Von einer dauerhaften Internatsunterbringung ist demgegenüber auszugehen, wenn die pflegebedürftige Person nicht regelmäßig jedes Wochenende in den Haushalt der Familie zurückkehrt; in diesen Fällen ist der Lebensmittelpunkt innerhalb des Internats anzunehmen.

5g

Zu § 5g Aufwendungen der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1

5g.1

Absatz 1

5g.1.1

Für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 sind nur die enumerativ in § 5g Absatz 1 der Beihilfenverordnung NRW aufgeführten Leistungen beihilfefähig. Diese entsprechen weitestgehend den Leistungen nach § 28a des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

5g.2

Absatz 2

5g.2.1 (bleibt frei)“.

10. Der Nummer 6.1 wird folgende Nummer 6.1.5 angefügt:

„6.1.5

Zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit oder zur Vermeidung einer drohenden Dienstunfähigkeit kann der Dienstherr die Beamtin oder den Beamten nach § 35 des Landesbeamtengesetzes auf seine Pflicht hinweisen, an geeigneten und zumutbaren gesundheitlichen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen teilzunehmen. Nach § 35 Absatz 1 Satz 4 des Landesbeamtengesetzes hat der Dienstherr (nicht die Beihilfestelle) die Kosten für die erforderlichen Maßnahmen zu tragen, soweit keine anderen Ansprüche bestehen. § 6 Absatz 1 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW gilt in diesen Fällen grundsätzlich nicht. Eine solche seitens des Dienstherrn veranlasste Maßnahme kann auch in Einrichtungen erfolgen, die nicht die Voraussetzungen des § 6 Absatz 2 der Beihilfenverordnung NRW erfüllen, aber zum Beispiel mit einem Rentenversicherungsträger eine Vereinbarung getroffen haben. Es besteht in diesen Fällen kein Beihilfeanspruch.

Bei Rückfragen von Beihilfeberechtigten sollten diese zunächst an ihre Personalstelle verwiesen werden, da eine Abwicklung außerhalb der Beihilfevorschriften für die Beamtin oder den Beamten regelmäßig finanziell günstiger sein dürfte.“

11. In Nummer 6a.2.1 werden die Wörter „§ 7 Absatz 3 Satz 2“ durch die Angabe „§ 6 Absatz 4“ ersetzt.

12. Nummer 7 wird wie folgt geändert:

a) Der Nummer 7.1 wird folgende Nummer 7.1.2 angefügt:

„7.1.2

Sollte die behandelnde Ärztin oder Kurärztin oder der behandelnde Arzt oder Kurarzt eine Verlängerung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme beziehungsweise Kurmaßnahme verordnen, bedarf es keiner weiteren Anerkennung durch den amtsärztlichen Dienst oder die Beihilfestelle. Die Verlängerungsverordnung ist von der beihilfeberechtigten Person der personalaktenführenden Stelle umgehend zuzuleiten. Eine Kopie der Verordnung ist dem späteren Beihilfeantrag beizulegen.“

b) Der Nummer 7.2 wird folgende Nummer 7.2.3 angefügt:

„7.2.3

Die verkürzte Wartezeit für eine Wiederholungskur bei Beihilfeberechtigten, die das 63. Lebensjahr vollendet haben, gilt nicht für Versorgungsempfängerinnen oder Versorgungsempfänger sowie berücksichtigungsfähige Personen.“

c) Nach Nummer 7.3 wird folgende Nummer 7.3.1 eingefügt:

„7.3.1

Sind Kuren für mehrere Familienmitglieder gleichzeitig verordnet, ist auf eine umfassende Verordnung und amtsärztliche Genehmigung für alle Familienmitglieder zu achten. Der gewählte Kurort muss für sämtliche Indikationen der Familienmitglieder geeignet sein. Der ärztliche Schlussbericht hat zu den einzelnen Familienmitgliedern Stellung zu nehmen.“

d) Die bisherige Nummer 7.3.1 wird Nummer 7.3.2.

e) Der Nummer 7.3 wird folgende Nummer 7.3.3 angefügt:

„7.3.3

Übernachtet die Begleitperson mit der kurenden Person in einem Zimmer oder in einer Wohnung gilt § 7 Absatz 3 Satz 3 und 4 der Beihilfenverordnung NRW.“

f) In Nummer 7.4.6 werden die Wörter „§ 7 Absatz 3 Satz 4“ durch die Wörter „§ 7 Absatz 4 Satz 4“ ersetzt.

g) Nummer 7.4.7 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Nach § 7 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW sind bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen die Aufwendungen für maximal 30 Behandlungstage (20 Tage plus 10 Tage bei entsprechender Verordnung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes) beihilfefähig.“

13. Nummer 11.1.2 wird wie folgt gefasst:

„11.1.2

Beihilfefähig sind aus Anlass der Todesfeststellung die Nummern 100 bis 107 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte einschließlich des in diesem Zusammenhang berechneten Wegegeldes.“

14. Nummer 12 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 12.1.2 Satz 1 und 2 wird jeweils das Wort „Festsetzungsstelle“ durch das Wort „Beihilfestelle“ ersetzt.
- b) Nummer 12.4 wird Nummer 12.3 und die Angabe „**Absatz 4**“ wird durch die Angabe **Absatz 3** ersetzt.
- c) Nummer 12.4.1 wird Nummer 12.3.1.
- d) Nummer 12.5 wird Nummer 12.4 und die Angabe „**Absatz 5**“ wird durch die Angabe „**Absatz 4**“ ersetzt.
- e) Nummer 12.5.1 wird Nummer 12.4.1 und die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.
- f) Nummer 12.5.2 wird Nummer 12.4.2 und die Angabe „Absatz 5“ jeweils durch die Angabe „Absatz 4“ sowie die Angabe „3“ durch die Angabe „Absatz 2“ ersetzt.
- g) Nummer 12.5.3 wird Nummer 12.4.3 und die Angabe „Absatz 5“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt sowie die Wörter „; auf Nummer 5d.1.3 wird hingewiesen“ gestrichen.
- h) Nummer 12.6 wird Nummer 12.5 und die Angabe „**Absatz 6**“ wird durch die Angabe „**Absatz 5**“ ersetzt.
- i) Nummer 12.6.1 wird Nummer 12.5.1 und in Satz 1 wird die Angabe „5 Satz 2“ durch die Wörter „4 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW“ ersetzt.
- j) Nummer 12.7 wird Nummer 12.6 und die Angabe „**Absatz 7**“ wird durch die Angabe „**Absatz 6**“ ersetzt.
- k) Nummer 12.7.1 wird Nummer 12.6.1 und wie folgt gefasst:

„12.6.1

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 gezahlt werden können, die aber im Übrigen dem Grunde nach beihilfefähig sind.

Dem Grunde nach beihilfefähig sind Aufwendungen, die über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (zum Beispiel Arzthonorare, die den Schwellenwert nach der Gebührenordnung überschreiten, bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen die gesamten Kosten für zahntechnische Leistungen und bei stationärer Pflege die berechneten Investitionskosten), nicht jedoch Aufwendungen, deren Beihilfefähigkeit ausgeschlossen ist (zum Beispiel die Aufwendungen für ein Einbettzimmer im Pflegeheim, Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung, für Lifestyle-Arzneimittel oder nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel).“

- l) Die Nummern 12.7.2 bis 12.7.4 werden die Nummern 12.6.2 bis 12.6.4.

15. Nummer 13 wird wie folgt geändert:

a) Der Nummer 13.1 wird folgende Nummer 13.1.2 angefügt:

„13.1.2

Neben dem schriftlichen Beihilfeantrag ist eine Antragstellung mittels Beihilfe-App und grundsätzlich durch eine De-Mail (für den Landesbereich: zsdt-beihilfe@brdt-nrw.de-mail.de) zulässig. Bei einer Antragstellung durch De-Mail ist die Verwendung eines Antragsformulars zwingend erforderlich. Für Beihilfeanträge und das Einlegen von Widersprüchen gegen Beihilfebescheide ist die schriftform-wahrende De-Mail notwendig (Versandoption nach § 5 Absatz 5 des De-Mail-Gesetzes vom 28. April 2011, BGBl. I S. 666, das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 18. Juli 2017, BGBl. I S. 2745, geändert worden ist). Die Übersendung von allgemeinen Schreiben (ohne Rechnungsbelege) ist im Rahmen einer De-Mail ohne Absenderbestätigung zulässig.“

b) Der Nummer 13.4.1 wird folgender Satz angefügt:

„Dies gilt sinngemäß für die Antragstellung mittels einer Beihilfe-App.“

c) In Nummer 13.7.3 Satz 1 wird die Angabe „2“ durch die Angabe „3“ ersetzt.

16. Der Nummer 17a werden die folgenden Nummern 17a.8 bis 17.a.10 angefügt:

„17a.8

Absatz 8 (bleibt frei)

17a.9

Absatz 9

17a.9.1

Bei Änderung der Leistungsart (zum Beispiel: Wechsel von häuslicher Pflege - § 5a der Beihilfenverordnung NRW - zur stationären Pflege - § 5d der Beihilfenverordnung NRW -) besteht kein Anspruch nach § 17a Absatz 9 der Beihilfenverordnung NRW.

17a.10

Absatz 10 (bleibt frei)“.

II.

Der Runderlass des Finanzministeriums „Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen; Soziale Sicherung von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen; hier: Anteilige Zahlung von Beiträgen zur sozialen Sicherung durch die Beihilfefestsetzungsstellen“ vom 12. Dezember 2005 ([MBI. NRW. 2006 S. 3](#)), der zuletzt durch Runderlass vom 6. Dezember 2006 ([MBI. NRW. S. 822](#)) geändert worden ist, wird aufgehoben.

III.

Dieser Runderlass tritt am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft und gilt für alle noch nicht abschließend bearbeiteten Beihilfeanträge.

