

§ 3 BVO NRW

Verordnung über Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (Beihilfenverordnung NRW - BVO NRW)

Landesrecht Nordrhein-Westfalen

Titel: Verordnung über Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen
(Beihilfenverordnung NRW - BVO NRW)

Normgeber: Nordrhein-Westfalen

Amtliche Abkürzung: BVO NRW

Gliederungs-Nr.: 20320

Normtyp: Rechtsverordnung

§ 3 BVO NRW – Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfange

1. in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, zur Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden sowie bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf,
2. zur Früherkennung und Vorsorge von Krankheiten nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses [§§ 91 , 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 , BGBl. I S. 2477, 2482) in der jeweils geltenden Fassung] zu den §§ 20i , 25 , 25a und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .
3. für prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B und der Nummer 2000 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I. S. 2316), zuletzt geändert durch Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I. S. 2661) sowie Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Kindern, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
4. in Geburtsfällen für die Entbindung, das Wochenbett und die Säuglingsausstattung,
5. für Schutzimpfungen, soweit sie nach den jeweils gültigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut (STIKO) öffentlich empfohlen werden, für Impfungen, die in Zusammenhang mit einer privaten Auslandsreise stehen sowie für FSME- (Frühsommer-Meningoenzephalitis) und Gripeschutzimpfungen.
6. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs,
7. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und
8. in Fällen einer Präexpositionsprophylaxe entsprechend § 20j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch .

(2) Über die beihilferechtliche Notwendigkeit und den wirtschaftlich angemessenen Umfang von Aufwendungen entscheidet die Beihilfestelle. Sie kann bei Zweifeln über die Notwendigkeit und den wirtschaftlich angemessenen Umfang ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes - beziehungsweise Zahnarztes, einer Fachklinik oder des Medizinischen Dienstes der Gesetzlichen Krankenversicherungen einholen. Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle; dies gilt auch für Gutachten in Zusammenhang mit beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahren, soweit die nachfolgenden Vorschriften nicht etwas anderes bestimmen.

(3)

- a) Erhalten in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig oder pflichtversicherte Beihilfeberechtigte oder gesetzlich versicherte berücksichtigungsfähige Personen Sach- oder Dienstleistungen (ärztliche und zahnärztliche Versorgung, ambulante und stationäre Krankenhausbehandlung, Heilmittel und so weiter), werden hierzu keine Beihilfen gezahlt. Als Sach- oder Dienstleistungen

gelten auch Geldleistungen bei künstlicher Befruchtung, bei kieferorthopädischer Behandlung, bei Arznei- und Verbandmitteln, bei Heilmitteln, bei häuslicher Krankenpflege, bei Haushaltshilfe (§§ 27a , 29 , 31 Absatz 1 und 2 , §§ 32 , 37 Absatz 4 , § 38 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden Fassung) und bei Hilfsmitteln (§ 33 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 40 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015) in der jeweils geltenden Fassung, mit Ausnahme der Personen nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 4).

- b) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass Pflichtversicherte an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 oder 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wählen oder erhalten, sowie Aufwendungen, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übernimmt.
- c) Aufwendungen, die gesetzlich versicherten Personen bei Inanspruchnahme von freiwilligen Leistungen ihrer Krankenkasse außerhalb des Leistungskatalogs des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Rahmen der jeweiligen Satzung, eines Bonusprogramms oder eines Gesundheitskontos entstehen, sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen, die in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) entstehen, sind bei pflichtversicherten Personen nicht und bei freiwillig versicherten Personen nur insoweit beihilfefähig, als sie den Aufwendungen nach Absatz 1 und § 4 entsprechen.
- d) Zuzahlungen, die gesetzlich Versicherte nach § 23 Absatz 6 , § 24 Absatz 3 , § 31 Absatz 3 , § 32 Absatz 2 , § 33 Absatz 8 , § 37 Absatz 5 , § 37a Absatz 3 , § 38 Absatz 5 , § 39 Absatz 4 , § 40 Absatz 5 und 6 , § 41 Absatz 3 und § 60 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie § 32 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und § 40 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden Fassung erbringen müssen, sind nicht beihilfefähig.

(4) Besteht ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen, sind die auf Grund dieser Vorschriften zustehenden Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht hinsichtlich der Schadensersatzansprüche, die nach § 81 des Landesbeamtengesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW S. 310, ber. S. 642) auf den Dienstherrn oder eine Versorgungskasse übergehen, sowie nicht hinsichtlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung bzw. der gesetzlichen Rentenversicherung

- 1. für Personen, die freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und denen dem Grunde nach kein Beitragszuschuss nach § 257 SGB V zusteht, sofern nicht nach § 224 SGB V Beitragsfreiheit besteht,
- 2. für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Kinder, die von der gesetzlichen Krankenversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung einer anderen Person erfasst werden, an deren Beiträgen kein Arbeitgeber beteiligt ist, oder - bei Beteiligung eines Arbeitgebers - wenn Leistungen aus dieser Versicherung nicht in Anspruch genommen werden,
- 3. für in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherte, die im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht pflichtversichert waren und vom Arbeitgeber keinen Zuschuss zu den Prämien einer Lebensversicherung erhalten haben, wenn Leistungen aus dieser Versicherung nicht in Anspruch genommen werden,
- 4. für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten,
- 5. für Personen, die ihre Beiträge zur Pflegeversicherung (SGB XI) allein zu tragen haben,
- 6. für Personen, die am 31. Dezember 1993 als Rentner in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren.

Satz 1 und Satz 2 Nummer 2 gelten entsprechend für Personen, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen kranken- und pflegeversichert sind, sofern zu dieser Versicherung ein Zuschuss nach §§ 26 Absatz 2 SGB II , 257 SGB V oder 61 SGB XI gewährt oder der Beitrag auf Grund des § 174 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch - Arbeitsförderung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997 , BGBl. I S. 594, 595) in der jeweils geltenden Fassung übernommen wird; übersteigt die Hälfte des Beitrages für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit den Beitragszuschuss nach §§ 26

Absatz 2 SGB II , 257 SGB V oder 61 SGB XI bzw. den nach § 174 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch übernommenen Beitrag, so gelten die Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung nur im Verhältnis des Beitragszuschusses bzw. des übernommenen Beitrages zur Hälfte des Kranken- oder Pflegeversicherungsbeitrages als zustehende Leistungen im Sinne des Satzes 1. Maßgebend sind die Beiträge, der Beitragszuschuss und der übernommene Beitrag im Zeitpunkt der Antragstellung. Personen, denen Sachleistungen auf Grund des Bundes Versorgungsgesetzes, des Häftlingshilfegesetzes oder des Soldatenversorgungsgesetzes zustehen, sind nicht verpflichtet, diese in Anspruch zu nehmen; Satz 1 ist insoweit nicht anzuwenden.

(5) Voraussetzung für eine Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist, dass im Zeitpunkt ihres Entstehens eine Beihilfeberechtigung nach § 1 oder bei Angehörigen von Beihilfeberechtigten eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 2 besteht. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird. Innerhalb der Frist nach § 13 Absatz 3 kann eine Beihilfe auch dann beantragt werden, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung kein Anspruch nach Satz 1 mehr besteht.

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit von Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern, Kindern und Eltern des Behandelten; Kosten, die dem behandelnden Angehörigen im Einzelfall - z. B. für Materialien, Verbandmittel und Arzneimittel - entstehen und deren Geldwert nachgewiesen ist, sind im Rahmen der Verordnung beihilfefähig. § 5a Absatz 3 bleibt unberührt.