

§ 4 BVO NRW (Nordrhein-Westfalen) — Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

Beihilfenverordnung NRW

Landesrecht Nordrhein-Westfalen

Stand: 26.08.2026 (konsolidierte Textfassung, kein amtliches Inkrafttretensdatum)

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für:

1. medizinische Leistungen, die durch Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Hebammen und Entbindungspfleger sowie nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne des § 4j Absatz 2 erbracht werden. Beihilfefähig sind nur medizinisch notwendige und der Höhe nach angemessene Aufwendungen in wirtschaftlichem Umfang (§ 3 Absatz 1 und 2)

a) zur Gesundheitsvorsorge,

b) zur Empfängnisregelung, im Geburtsfall, bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation,

c) in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, zur Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden,

d) bei ambulanten und stationären Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen oder

e) um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richten sich für ärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210) in der jeweils geltenden Fassung, für zahnärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, für ambulante durchgeführte psychotherapeutische Leistungen, Maßnahmen der psychotherapeutischen Grundversorgung und der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach den §§ 4a bis 4f und der Anlage 1 zu dieser Verordnung, für durch Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker erbrachte Leistungen nach der Anlage 4 zu dieser Verordnung, für durch nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erbrachte Leistungen nach § 4j Absatz 2 in Verbindung mit der Anlage 5 zu dieser Verordnung und für durch Hebammen und Entbindungspfleger erbrachte Leistungen nach der Hebammengebührenordnung Nordrhein-Westfalen vom 30. Juni 2015 (GV. NRW. S. 541), in der jeweils geltenden Fassung.

2. Behandlungen in Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die entstanden sind für

a) allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) 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, sowie gemäß § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6ba des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist,

b) gesondert berechnete ärztliche und zahnärztliche Leistungen (§§ 17, 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung) abzüglich zehn Euro täglich für höchstens 20 Tage im Kalenderjahr sowie gesondert berechnete Unterkunft (niedrigster Zweibettzimmersatz der jeweiligen Fachabteilung für Wahlleistungspatienten ohne gesondert in Rechnung gestellte Komfortzusatzleistungen) abzüglich 15 Euro täglich für insgesamt höchstens 20 Tage im Kalenderjahr,

- c) vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 - d) Übergangspflege nach § 39e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (ohne gesondert berechnete Wahlleistungen nach Buchstabe b),
 - e) die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes),
- sofern nicht die §§ 5d, 6 oder 6a anzuwenden sind.

Ist bei einer stationären Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme ins Krankenhaus jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für die Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus beihilfefähig. Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern nach § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind nur insoweit als angemessen (§ 3 Absatz 1 Satz 1) anzuerkennen, als sie den Kosten (Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten) entsprechen, die die dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) für eine medizinisch gleichwertige Behandlung abzüglich eines Betrags von 25 Euro täglich für höchstens 20 Tage im Kalenderjahr berechnen würde. Die Vergleichsberechnung nach Satz 3 entfällt im Fall einer stationären Notfallbehandlung, wenn das nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Krankenhaus als nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus aufgesucht werden musste. Die Selbstbeteiligungen sind innerhalb eines Kalenderjahres für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zu einem Betrag von jeweils insgesamt 500 Euro in Abzug zu bringen. Fehlt in den Fällen des § 75 Absatz 5 Satz 4 des Landesbeamtengesetzes eine vorherige Anerkennung durch die Beihilfestelle, sind nur die Behandlungskosten nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4j Absatz 1 bis 4 beihilfefähig. Die vorherige Anerkennung gilt als erteilt, wenn die Krankenversicherung die medizinische Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung im Vorhinein bescheinigt hat und die Beihilfestelle feststellt, dass es keine Anhaltspunkte gibt, die eine abweichende Entscheidung rechtfertigen könnten.

3. Unterkunft für den Erkrankten und eine notwendige Begleitperson bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Behandlungen außerhalb einer Maßnahme nach § 7 bis höchstens 150 Prozent des Betrags nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des Landesreisekostengesetzes vom 1. Dezember 2021 (GV. NRW. S. 1367) in der jeweils geltenden Fassung.

4. Erste Hilfe.

5. Eine notwendige Berufspflegekraft, solange die oder der Erkrankte nach ärztlicher Verordnung der häuslichen Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, ambulante Palliativversorgung und ambulante psychiatrische Krankenpflege) bedarf. Die Kosten einer Ersatzpflegekraft können unter derselben Voraussetzung anerkannt werden. Bei einer Pflege durch den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner, Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern, Geschwister, Schwägernte erstes Grades sowie Schwager sind nur Beförderungskosten (Nummer 11) und Kosten für eine Unterbringung der Pflegekraft außerhalb der Wohnung beihilfefähig. Außerdem kann eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe eines ausgefallenen Arbeitseinkommens als beihilfefähig berücksichtigt werden, wenn wegen Ausübung der Pflege eine Erwerbstätigkeit aufgegeben worden ist, die mindestens den Umfang einer Halbtagsbeschäftigung hatte; für den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner und die Eltern eines Pflegebedürftigen ist eine für die Pflege gezahlte Vergütung nicht beihilfefähig. In den Fällen des Satzes 2 bis 4 sind höchstens die Kosten für eine Berufspflegekraft beihilfefähig. Aufwendungen für im Haushalt des Beihilfeberechtigten bereits tätige Personen sind nur insoweit beihilfefähig, als sie nachweislich über die bisher gezahlte Vergütung hinaus durch Mehrarbeit infolge Übernahme der Pflege entstanden sind.

5a. Eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Voraussetzung ist, dass nach Feststellung der Krankenversicherung ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht.

Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt, sind neben den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und den Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege unter Berücksichtigung der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch auch die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Wird die Pflege in einer Einrichtung durchgeführt, die die Voraussetzungen des § 71 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, sind höchstens die vergleichbaren Kosten nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch am Ort der Unterbringung oder seiner nächsten Umgebung entstanden wären, beihilfefähig. Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen nach Satz 3 und 4 für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt ist.

Das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen richtet sich für Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ab dem 1. Januar 2023 nach Maßgabe der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie vom 19. November 2021 (BANz AT 17. März 2022 B2) in der jeweils geltenden Fassung. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt für Verordnungen die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie vom 17. September 2009 (BANz Nr. 21a vom 9. Februar 2010) in der jeweils geltenden Fassung entsprechend.

Aufwendungen für häusliche Krankenpflege nach Nummer 5 sind neben einer außerklinischen Intensivpflege nicht beihilfefähig.

6. Eine Familien- und Hauspflegekraft bis zum Betrag von 13 Euro je Stunde, höchstens jedoch 104 Euro täglich, wenn der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Familienangehörige oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte wegen einer stationären Unterbringung (Nummer 2, §§ 5b, 6, 6 a und 8) oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (§ 7 Absatz 4) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, dass die haushaltsführende Person – ausgenommen sie ist allein erziehend – nicht oder nur geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV erwerbstätig ist oder, soweit mehrere teilzeitbeschäftigte Personen den Haushalt führen, die Erwerbstätigkeit dieser Personen insgesamt nicht mehr als 120 vom Hundert der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden/Woche) erreicht, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Dies gilt nach begründeter ärztlicher Bescheinigung auch für bis zu 28 Tage nach Ende der stationären Unterbringung, nach einer ambulanten Operation oder darüber hinaus, wenn dadurch ein stationärer Krankenhausaufenthalt (§ 4 Absatz 1 Nummer 2) vermieden wird (z.B. Liegeschwangerschaft) sowie bei Alleinstehenden und Alleinerziehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. Wird an Stelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspflegekraft ein Kind unter 15 Jahren oder eine in Satz 3 aufgeführte pflegebedürftige Person in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendige Beförderungskosten - auch für eine Begleitperson - bis zu den sonst berücksichtigungsfähigen Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft beihilfefähig. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung aus Anlass einer Unterbringung bei den in Nummer 5 Satz 3 genannten Personen sind nicht beihilfefähig.

7. Die von Behandlerinnen und Behandlern nach Nummer 1 bei ihren Verrichtungen verbrauchten oder nach Art und Umfang verordneten apothekenpflichtigen Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes in

der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Dezember 2005 (BGBl. I. S. 3394) in der jeweils geltenden Fassung, Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte im Sinne des Medizinprodukterechts zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009 (BAnz. Nr. 49a vom 31. März 2009) in der jeweils geltenden Fassung aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen. Der Zuschlag von Apotheken für die Abgabe beihilfefähiger Arzneimittel im Wege des Botendienstes je Lieferort und Tag ist entsprechend § 129 Absatz 5g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von der vertragsärztlichen Verordnung ausgeschlossen sind und
2. für nichtverschreibungspflichtige apothekenpflichtige und nicht apothekenpflichtige Arzneimittel.

Satz 3 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Die Beihilfestelle kann abweichend von Satz 3 in medizinisch begründeten besonderen Einzelfällen unter Beteiligung der zuständigen Amtsärztin oder des zuständigen Amtsarztes bestimmen, zu welchen verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten oder die sich in der klinischen Erprobung befinden, Beihilfen gezahlt werden können. Dies gilt nicht für Arzneimittel und Medizinprodukte der besonderen Therapierichtungen.

Das Ministerium der Finanzen kann in Anlage 2 Arzneimittel von der Beihilfefähigkeit ausschließen, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten, deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist. § 4j Absatz 4 gilt sinngemäß.

8. Eine von einer Ärztin oder von einem Arzt angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.

9. Eine spezialisierte ambulante oder stationäre Palliativ- oder Hospizversorgung. Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2 und 3 sowie § 132d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend.

Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz (Kinderhospiz), in dem eine palliativ oder teilstationäre Behandlung erbracht wird, sind für die ersten neun (Kinderhospiz 18) Monate der Versorgung nach Nummer 2 beihilfefähig. Die Abzugsbeträge nach Nummer 2 Satz 1 Buchstabe b bleiben unberücksichtigt. Nach Ablauf der Fristen nach Satz 4 gelten die §§ 5 bis 5 e entsprechend. Ist bei stationär untergebrachten Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr zu deren Betreuung die Unterbringung eines Elternteils oder auch von Geschwistern medizinisch erforderlich, wird zu deren Unterbringungskosten ein Zuschuss von bis zu insgesamt 80 Euro täglich gezahlt, soweit das Hospiz die Unterbringungskosten gesondert in Rechnung stellt. Das gilt nicht in den Fällen des Satzes 6.

10. Von einer Ärztin oder einem Arzt verordnete Hilfsmittel, Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung. Beihilfefähig sind die angemessenen Aufwendungen für Anschaffung und Reparatur. Von den Aufwendungen für den Betrieb (zum Beispiel Batterien für Hörgeräte einschließlich Ladegeräte) und Pflege der Hilfsmittel (zum Beispiel Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen) ist bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur der 100 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag beihilfefähig. Mietgebühren sowie Fall- oder Versorgungspauschalen sind beihilfefähig, soweit sie insgesamt nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten bei Kauf

des Hilfsmittels sind. Für die regelmäßig in der Miete sowie Fall- oder Versorgungspauschalen enthaltenen Aufwendungen für Betrieb und Pflege von Hilfsmitteln ist bei volljährigen Personen pauschal ein Betrag in Höhe von 100 Euro vom beihilfefähigen Betrag in Abzug zu bringen, es sei denn, die beihilfeberechtigte Person macht glaubhaft, dass innerhalb des berechneten Nutzungszeitraums nur geringere Aufwendungen entstanden sind. Aufwendungen für Apparate zur Selbstbehandlung oder Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen zwingend geboten ist. Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung genutzt werden oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen können. Eine Mehrfachversorgung ist beihilferechtlich zugelassen, wenn neben der Versorgung im häuslichen Bereich (Erstversorgung) eine Zweitversorgung zum Beispiel im Kindergarten oder schulischen Bereich erforderlich ist und das Hilfsmittel der Erstversorgung auf Grund seines Gewichtes oder seiner Größe nicht zwischen Wohnung und Kindergarten oder Schule zumutbar transportiert werden kann. Aufwendungen für Hilfsmittel von mehr als 1 000 Euro, die nicht in der Anlage 3 oder im Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung aufgelistet sind, sind nur beihilfefähig, wenn die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor der Anschaffung anerkannt hat; bei Aufwendungen für Hilfsmittel von mehr als 10 000 Euro ist darüber hinaus die Zustimmung des Ministeriums der Finanzen erforderlich. Weiteres regelt die Anlage 3 zu dieser Verordnung.

11. Die Beförderung des Erkrankten und, falls erforderlich, einer Begleitperson bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreismäßigungen. Gepäckbeförderungskosten sind daneben nicht gesondert beihilfefähig. Höhere Fahr- und Transportkosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren. Wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 5 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Landesreisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) die Mitnahme weiterer Personen bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
- b) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bei einfachen Entfernungen bis zu 30 Kilometern,
- c) die Mehrkosten von Hin- und Rückfahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich wäre.

Ist bei Maßnahmen nach den §§ 6 bis 6b und 7 die Hin- und Rückfahrt nur mit einem Krankentransportwagen möglich, kann statt eines Zuschusses die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen anerkannt werden.

12. Einen Organspender, soweit der Empfänger zu den in § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a bis c bezeichneten Personen gehört. Beihilfefähig sind

- a) die Aufwendungen nach den Nummern 1, 2, 6, 7 und 11 und nach § 4j, die aus Anlass der für die Organspende notwendigen Maßnahmen entstehen,
- b) Behandlungskosten auf Grund von Komplikationen, die auf die Organentnahme zurückzuführen sind,
- c) Aufwendungen nach den §§ 6 und 7,
- d) der nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen,
- e) Aufwendungen nach Nummer 3 und darüberhinausgehend entsprechend § 7 Absatz 1 Satz 2 des Landesreisekostengesetzes und
- f) seitens der Stiftung Organtransplantation in Rechnung gestellte Organisations-, Flugkosten- und Transplantationsbeauftragtenpauschalen.

Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkommen von Personen, die als Organspender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht gekommen sind. Dem Arbeitgeber des Organspenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt einschließlich der hierauf entfallenden Sozialversicherungsbeiträge sowie zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung erstattet. Maßgebend für die Aufwendungen nach Satz 2 und die Erstattung des Arbeitsentgeltes nach Satz 4 ist der Bemessungssatz des Organempfängers.

13. Aufwendungen im Zusammenhang mit der Suche eines geeigneten Knochenmarkspenders bis zu einem Betrag von 20.000 Euro.

14. Aufwendungen für Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte Personen bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Untersuchung und Behandlung, wenn in Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 1467, 1468) in der jeweils geltenden Fassung bestünde und im Einzelfall der Informationsfluss zwischen Leistungserbringer und beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Person nur so gewährleistet werden kann.

(1a) Abweichend von Absatz 1 Nummer 1 und § 3 Absatz 1 wird zu den Aufwendungen für von gesetzlichen Krankenkassen als förderwürdig anerkannten Gesundheits- oder Präventionskursen je Kurs ein Zuschuss in Höhe von bis zu 75 Euro für höchstens zwei Kurse im Kalenderjahr gezahlt. Das Weitere regelt die Anlage 8 zu dieser Verordnung.

(2)

a) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern oder wenn vor Behandlungsbeginn durch amts- oder vertrauenszahnärztliche Begutachtung festgestellt wird, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist, ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können und keine Behandlungsalternative besteht.

b) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, sind für höchstens zehn Implantate pauschal bis zu 1 000 Euro je Implantat beihilfefähig. Mit dem Pauschalbetrag sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Behandlung einschließlich notwendiger Anästhesie und der Kosten unter anderem für die Implantate selbst, die Implantataufbauten, die implantatbedingten Verbindungselemente, Implantatprovisorien, notwendige Instrumente (zum Beispiel Bohrer und Fräsen), Membranen und Membrannägel, Knochen- und Knochenersatzmaterial, Nahtmaterial, Röntgenleistungen, Computertomographie und Anästhetika abgegolten. Die Aufwendungen für die Suprakonstruktion sind neben dem Pauschalbetrag nach Satz 1 beihilfefähig. Vorhandene Implantate, zu denen eine Beihilfe gewährt wurde, sind auf die Höchstzahl nach Satz 1 anzurechnen.

Bei Vorliegen der folgenden Indikationen:

1. größere Kiefer- und Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in

a) Tumoroperationen,

b) Entzündungen des Kiefers,

c) Operationen infolge großer Zysten (zum Beispiel große follikuläre Zysten oder Keratozysten),

d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,

e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder

f) Unfällen

haben,

2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion im Mund- und Gesichtsbereich (zum Beispiel Spastiken) oder
5. zahnloser Ober- oder Unterkiefer (ohne vorhandenes Implantat),

sind abweichend von Satz 1 bis 4 die notwendigen und angemessenen Aufwendungen beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass der Beihilfestelle ein Kostenvoranschlag vorgelegt wird und diese auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Amtszahnarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der beabsichtigten Maßnahme und die Angemessenheit der Kosten anerkannt hat (Voranerkenntnisverfahren). Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle. Wird mit der Behandlung vor der Anerkennung durch die Beihilfestelle begonnen, gelten abweichend von Satz 5 die Sätze 1 bis 4 entsprechend. Die Kosten des Gutachtens sind in diesem Fall nicht beihilfefähig.

Bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion bis zu 400 Euro je Implantat beihilfefähig.

c) Zahntechnische Leistungen nach § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, sind bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen in Höhe von 70 Prozent beihilfefähig.

d) Soweit in der Anlage 7 beihilferechtliche Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht aufgeführt sind, richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach dieser Anlage.

Zitiervorschlag: § 4 BVO NRW (Nordrhein-Westfalen)

Quelle: nrwrecht, abgerufen 26.08.2026

Nicht-amtliche Lesefassung — verbindlich ist die Papierfassung des Gesetz- und Verordnungsblattes für das Land Nordrhein-Westfalen (recht.nrw.de — Verkündungsblätter: <https://recht.nrw.de/suche/vbl>)

Provided by nu:legal (<https://recht.nulegal.eu>), the leading open legal database: AI-first, expanding daily, German and European law and case law in full text, free, with an open API for AI agents. Text and data mining expressly permitted. Herausgeber: Nulegal GmbH, Potsdam.

Dieses Dokument: <https://recht.nulegal.eu/gesetze/BVO%20NRW/4>