



Ministerium der Finanzen Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

Nur per E-Mail:
Beihilfestellen des Landes NRW

Bezirksregierung Arnsberg
Bezirksregierung Detmold
Bezirksregierung Düsseldorf
Bezirksregierung Köln
Bezirksregierung Münster

Landesamt für Besoldung und Versorgung

— Oberlandesgericht Düsseldorf
Oberlandesgericht Hamm
Oberlandesgericht Köln

nachrichtlich:

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

— Städtetag Nordrhein-Westfalen
Gereonstr. 18 – 32
50670 Köln

Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen e.V.
Kaiserswerther Str. 199 – 201
40474 Düsseldorf

Landkreistag Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 8
40213 Düsseldorf

IT-NRW
Referat 341, CCB
Kennedydamm 17
40476 Düsseldorf

Auswirkungen der Corona-Pandemie auf beihilferechtliche Sachverhalte
Meine Erlasse vom 07.04. und 23.06.2020, Aktenzeichen w.o.

Aufgrund der andauernden Corona-Pandemie haben sich zwischenzeitlich weitere Änderungen im Gesundheits- und Pflegebereich ergeben, die auch

06.11.2020

Seite 1 von 13

Aktenzeichen
B 3100 - 0.88 - IV A 4
bei Antwort bitte angeben

Referat IV A 4
Beihilfe@fm.nrw.de

Dienstgebäude und
Lieferanschrift:
Jägerhofstraße 6
40479 Düsseldorf
Telefon 0211 4972-0
Telefax 0211 4972-1217
Poststelle@fm.nrw.de
www.finanzverwaltung.nrw.de

Öffentliche Verkehrsmittel:
U70, U 74 - U 79 / 780, 782, 785
Haltestelle: Heinrich-Heine-Allee
U71 - U73, U83 / 701, 705, 706
Haltestelle: Schadowstraße



bei der Beihilfe zur Anwendung kommen sollen. Den kommunalen Dienstherren wird empfohlen, entsprechend zu verfahren. Die im Vergleich zum Erlass vom 23.06.2020 geänderten Hinweise sind zur besseren Übersichtlichkeit in kursiver Schrift dargestellt.

06.11.2020

Seite 2 von 13

1. Amtsärztliche Begutachtungen

Soweit die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der BVO von der Vorlage eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens über die Notwendigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen abhängig ist, sollte bis auf Weiteres von der Einschaltung der Gesundheitsämter abgesehen werden. Insoweit bitte ich, die Atteste, Bescheinigungen etc. der ärztlichen Behandelnden bei genügender Schlüssigkeit als vertrauensärztliches Gutachten der Entscheidung über die Beihilfefähigkeit bzw. Voranerkennung einer Maßnahme zugrunde zu legen. Im Zweifel ist eine ergänzende Stellungnahme der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes einzuholen.

Dies entbindet jedoch nicht von in der BVO vorgesehenen Berichtspflichten an das Ministerium der Finanzen.

2. Amtszahnärztliche Begutachtungen

Amtszahnärztliche Gutachten sind bis auf Weiteres nur noch bei Zweifelsfragen zu kieferorthopädischen Leistungen (§ 4 Abs. 2 Buchstabe a) BVO) sowie im Rahmen der Voranerkennungsverfahren für unaufschiebbare implantologische Leistungen (§ 4 Abs. 2 Buchstabe b) BVO) nachzufragen. In den Beihilfestellen ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen (z. B. Zeichnung durch die Referatsleitung), dass nur im vorgenannten Sinne dringend erforderliche Gutachtenaufträge erteilt werden.

Im Übrigen gilt Ziffer 1. entsprechend. Dies gilt auch für von Amtszahnärztinnen und Amtszahnärzten unbearbeitet zurückgegebene Anfragen und Gutachtenaufträge sowie in den Fällen, in denen das Gesundheitsamt mitgeteilt hat oder mitteilt, dass amtszahnärztliche Gutachten aufgrund der Corona-Pandemie zurzeit nicht erstellt werden (auch in den Fällen des § 4 Abs. 2 Buchstabe a) und b) der BVO – soweit kein anderes Amtshilfe leistendes Gesundheitsamt für diese beiden Sachverhalte zur Verfügung steht).

Soweit ein amtszahnärztliches Gutachten angefragt wird, bitte ich dem Anschreiben an das Gesundheitsamt das bekannte Rücksendeformular in vorausgefüllter Form beizufügen, damit das Gesundheitsamt ggf. die Anfrage zügig zurückgeben kann.

3. Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

a) Anerkennung / Durchführung

Bei Maßnahmen im Sinne der §§ 6, 6a und 7 BVO, für die bereits die Anerkennung der Beihilfefähigkeit aufgrund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens ausgesprochen wurde, die aber aufgrund der Corona-Pan-



demie nicht innerhalb von sechs Monaten nach der Anerkennung angetreten werden können, bitte ich, von der Anwendung der Frist und einer erneuten Begutachtung abzusehen. Die insoweit erfolgten Bewilligungen seitens der Beihilfestellen behalten ihre Gültigkeit bis Ende dieses Jahres.

06.11.2020

Seite 3 von 13

Die Entscheidung über noch nicht beschiedene Anträge zur Durchführung von Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen bitte ich weiterhin – das Einverständnis der Beihilfeberechtigten unterstellend – möglichst auszusetzen, auch wenn der Betrieb in den Kur- und Rehabilitationseinrichtungen vereinzelt weiter läuft. Von Aufträgen zu amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten ist derzeit grundsätzlich weiterhin abzusehen, es sei denn, dass das zuständige Gesundheitsamt bekanntermaßen bereits wieder seine Bereitschaft zu Begutachtungen erklärt hat.

Soweit eine o.g. Maßnahme aufgrund der Corona-Pandemie vorzeitig abgebrochen werden musste, kann zu den entstandenen Aufwendungen im Rahmen der ausgesprochenen Bewilligung eine Beihilfe gezahlt werden (z.B. 60 Euro Zuschuss für jeden stattgefundenen Kurtag), ohne dass die ordnungsgemäße Durchführung der Maßnahme durch Vorlage eines Schlussberichtes oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen wurde (§ 7 Abs. 2 Buchstabe g) BVO).

Die Maßnahmen können ohne erneute Prüfung vollumfänglich nachgeholt werden, wenn der Abbruch vor der Hälfte des bewilligten Zeitraumes erfolgt ist. Hierbei werden auch die Fahrtkosten ein zweites Mal übernommen.

b) Hygiene-Mehraufwendungen

*Zu den **Hygiene-Mehraufwendungen von Rehabilitationseinrichtungen** im Rahmen der COVID-19-Pandemie können nunmehr in sinngemäßer Anwendung der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes je Leistungstag Zuschläge als beihilfefähig anerkannt werden. Die Empfehlung ist zeitlich befristet für Leistungen, die im Zeitraum vom 01.09. - 31.12.2020 erbracht werden. Hierbei ist Folgendes zu berücksichtigen:*

- *Aufnahmetag und Entlassungstag werden im Bereich der stationären Rehabilitation als ein Leistungstag gewertet. Der Zuschlag kann für den Aufnahmetag abgerechnet werden.*
- *Im Bereich der stationären Rehabilitation sowie der stationären Vorsorge sollte der Zuschlag 8 Euro / Leistungstag und im Bereich der ambulanten Rehabilitation 6 Euro / Leistungstag betragen.*
- *Sofern die oder der Beihilfeberechtigte von einer oder mehreren Personen begleitet wird, kann maximal der doppelte Zuschlag berücksichtigt werden (z.B. Mutter- / Vater-Kind Vorsorge oder Rehabilitation).*



- *Im Bereich der ambulanten Suchtrehabilitation sowie der Suchtnachsorge sollte der Zuschlag 0,25 Euro pro Teilnehmer und Termin beitragen. Der Zuschlag wird nicht für telematische Leistungen gewährt.*

06.11.2020

Seite 4 von 13

4. Psychotherapeutische Sitzungen im Rahmen telemedizinischer Leistungen

Gemäß der vom Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) am 07.05.2020 beschlossenen befristeten Abrechnungsempfehlungen (derzeit gültig für Behandlungen bis 31.12.2020) zu psychotherapeutischen Leistungen können bei der Festsetzung der Beihilfen folgende Gebührensatznummern berücksichtigt werden:

a) Für psychotherapeutische Leistungen zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung gemäß den Nummern 801, 807, 808, 860, 885 GOÄ ist als Abrechnungsvoraussetzung grundsätzlich der unmittelbare persönliche Kontakt zwischen Behandelnden und Patient / Patientin erforderlich; Abweichungen von diesem Grundsatz sind, sofern es sich aus Umständen im Rahmen der COVID-19-Pandemie ergibt, befristet für besondere Ausnahmefälle und unter besonderer Beachtung der berufsrechtlichen Sorgfaltspflichten zulässig. Die einzelnen Leistungen sind über die jeweilige Gebührenposition berechnungsfähig.

Für psychotherapeutische Leistungen gemäß den Nummern 804, 806, 817, 846, 849, 861, 863, 870, 886 GOÄ gilt als Abrechnungsvoraussetzung grundsätzlich der unmittelbare Kontakt zu Patient / Patientin. Der unmittelbare Kontakt ist befristet nicht erforderlich, sofern es sich aus Umständen im Rahmen der COVID-19-Pandemie ergibt. In diesen Fällen kann der Kontakt auch per Videoübertragung (z. B. Videosprechstunde) erfolgen. Die einzelnen Leistungen sind über die jeweilige Gebührenposition berechnungsfähig.

b) Die Vorstellung eines Patienten / einer Patientin und / oder Beratung über einen Patienten / eine Patientin in einer interdisziplinären und / oder multiprofessionellen Videokonferenz, zur Diagnosefindung und / oder Festlegung eines fachübergreifenden Behandlungskonzepts ist originär nach Nummer 60 GOÄ berechenbar.

Hinsichtlich der weiteren Voraussetzungen für die Berechnung der Nummer 60 GOÄ gilt Ziffer 5 b) zweiter Absatz entsprechend.

5. Weitere Abrechnungsempfehlungen der BÄK zu ärztlichen Leistungen infolge der COVID-19-Pandemie

a) Aufwändige Hygienemaßnahmen können im Rahmen ambulanter ärztlicher Behandlungen je Sitzung analog Nummer 245 GOÄ zum *einfachen* Satz abgerechnet werden. Die Abrechnungsempfehlung gilt zunächst *für den Zeitraum 01.10. - 31.12.2020* und ist nur bei unmittelbarem, persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt anwendbar. *Bis zum 30.09.2020 konnte je Sitzung analog Nummer 245 GOÄ zum 2,3fachen Satz abgerechnet werden.*



06.11.2020

Seite 5 von 13

Bei Berechnung der Analoggebühr nach Nummer 245 GOÄ kann ein erhöhter Hygieneaufwand nicht zeitgleich durch ein Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes für die in der Sitzung erbrachten ärztlichen Leistungen berechnet werden. *Lediglich bei einem besonderen, patientenbezogenen Mehraufwand ist eine Steigerung denkbar. Hier ist in der Rechnung zu begründen, warum der „normale“, coronabedingte Hygienemehraufwand nicht ausreichend ist.*

Krankenhäuser erhalten im Zeitraum vom 01.07.-31.12.2020 pauschal je voll- oder teilstationärer Behandlung von Patientinnen und Patienten 50 Euro (bzw. 100 Euro für Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit der voll- oder teilstationären Behandlung eine Infektion mit dem Coronavirus nachgewiesen wurde) für Mehrkosten, die auf Grund des Virus im Rahmen der Behandlung entstehen.

Für den Zeitraum vom 01.04.-30.06.2020 erhielten die Krankenhäuser unabhängig von einem Nachweis des Coronavirus pauschal 50 Euro für Schutz- ausrüstungen. Entsprechend sind ärztliche Leistungen bei stationärer Behandlung von der Abrechnungsempfehlung zur Nummer 245 GOÄ analog ausgenommen, sofern die Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V erfolgt.

b) Die Vorstellung einer Patientin / eines Patienten und / oder Beratung über einen Patienten / eine Patientin in einer interdisziplinären und / oder multiprofessionellen Videokonferenz, zur Diagnosefindung und / oder Festlegung eines fachübergreifenden Behandlungskonzepts kann originär nach Nummer 60 GOÄ berechnet werden (vgl. Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer zu telemedizinischen Leistungen). Bei der Rechnungserstellung ist im Sinne der Transparenz und Nachvollziehbarkeit die telemedizinische Erbringung der Leistung im Klartext und ggf. mit der jeweiligen Mindestdauer i.S.v. § 12 Abs. 2 Nr. 2 GOÄ anzugeben.

Voraussetzung für die Berechnung der Leistung ist grundsätzlich, dass sich der liquidierende Arzt / die liquidierende Ärztin zuvor oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit den Patienten / Patientinnen und deren Erkrankung befasst hat.

Zunächst befristet bis zum 31.12.2020 ist die vorherige oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung stehende persönliche Befassung nicht erforderlich, sofern es sich aus Umständen im Rahmen der COVID-19-Pandemie ergibt. In diesen Fällen kann der Kontakt auch per Videoübertragung (z. B. Videosprechstunde) erfolgen.

c) Infolge der Covid-19-Pandemie ist befristet bis zum 31.07.2020 die mehrfache Berechnung der Nummer 3 GOÄ für längere telefonische Beratungen, je vollendete 10 Minuten, möglich. Voraussetzung ist, dass das Aufsuchen des Arztes / der Ärztin pandemiebedingt nicht möglich bzw. zumutbar ist,



eine Videoübertragung nicht durchgeführt und die Patientenversorgung auf andere Weise nicht gewährleistet werden kann.

06.11.2020

Seite 6 von 13

Die Leistung ist je Sitzung höchstens viermal berechnungsfähig. Je Kalendermonat sind höchstens vier telefonische Beratungen berechnungsfähig.

Der einer Mehrfachberechnung der Nummer 3 GOÄ zugrunde liegende zeitlich bedingte Mehraufwand kann nicht zeitgleich durch ein Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes berechnet werden. Die tatsächliche Dauer des Telefonates und die Begründung zur Mehrfachberechnung sind in der Rechnung anzugeben.

Diese Abrechnungsempfehlung wurde über den 31.07.2020 hinaus nicht verlängert.

6. Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus

a) Übernahme durch die GKV unabhängig vom Versichertenstatus

Gemäß der „Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2“ vom 08.06.2020 (BAnz AT 09.06.2020 V 1) können insbesondere Personengruppen getestet werden, bei denen noch keine Symptome für das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegen, bei denen aber dennoch eine Infektion naheliegend erscheint oder bei denen eine hohe Gefahr besteht, dass sie oder andere Personen in ihrem Umfeld bei Infektion mit dem Coronavirus besonders gefährdet wären. *Die Verordnung ist mit Ablauf des 14.10.2020 außer Kraft getreten.*

Nachfolgend trat am 15.10.2020 die „Verordnung zum Anspruch auf Testungen in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)“, veröffentlicht im Bundesanzeiger vom 14.10.2020 (BAnz AT 14.10.2020 V 1), in Kraft.

In den in der TestV bestimmten Fällen werden die Testungen von der GKV aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds übernommen, und zwar sowohl für Versicherte der GKV als auch für Personen, die nicht in der GKV versichert sind (z.B. privat oder nicht versicherte Personen). In Betracht kommen hier insbesondere PCR-Testungen (Abstrichtest mittels Polymerase-Kettenreaktion), *unter bestimmten Voraussetzungen aber auch Schnelltests vor Ort, sogenannte Point-of-Care-Antigentests (PoC-Antigentests).*

Aufwendungen für Tests von asymptomatischen Personen, die im Rahmen der TestV erstattet werden können, sind nicht beihilfefähig. Die TestV gilt für Aufwendungen, die ab dem 15.10.2020 entstanden sind (längstens bis 31.03.2021).



- **Testungen von Reiserückkehrern**

Reiserückkehrer aus ausländischen Risikogebieten sind wieder Teil der Teststrategie. Sie können wie bisher auch binnen zehn Tagen nach Einreise einen Test erhalten, sofern sie in den zwei Wochen zuvor in einem vom Robert-Koch-Institut (RKI) gelisteten Risikogebiet im Ausland waren.

06.11.2020

Seite 7 von 13

Innerdeutsche Reisende aus Risikogebieten können ebenfalls einen kostenlosen Test erhalten, sofern sie aus einer vom RKI gelisteten deutschen Region mit einer Sieben-Tages-Inzidenz über 50 je 100.000 Einwohner kommen.

- **Kontaktpersonen von SARS-CoV-2-Infizierten**

Auch Kontaktpersonen von SARS-CoV-2-Infizierten haben weiterhin Anspruch auf einen Test. Der Kreis der Kontaktpersonen wurde jedoch noch deutlich erweitert (siehe § 2 Absatz 2 TestV).

Von einer Regelung zu Testungen auf das Vorhandensein von Antikörpern gegen das Coronavirus wurde vom Bundesministerium für Gesundheit zunächst Abstand genommen, weil nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft noch ungeklärt ist, inwieweit ein Antikörpernachweis mit dem Vorliegen einer Immunität korreliert.

b) Beihilfefähigkeit von Testungen auf das Vorliegen einer Coronainfektion

Aufwendungen für Testungen zum Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus sind beihilfefähig, wenn sie entsprechend den sonstigen Grundsätzen notwendig und angemessen sind. Ein Anspruch besteht insbesondere bei Testungen von Personen, die bereits einen Anspruch auf entsprechende Leistungen, insbesondere als Teil der ambulanten Krankenbehandlung (z.B. bei bereits bestehenden Krankheitssymptomen) oder Krankenhausbehandlung (z.B. vor einer voll- oder teilstationären Aufnahme), haben. In diesen Fällen werden die Aufwendungen auch anteilig von der privaten Krankenversicherung (PKV) der getesteten Person übernommen.

7. Hygienepauschale bei zahnärztlichen Behandlungen

Gemäß Beschluss Nummer 36 des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen von Bundeszahnärztekammer, des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen und der Beihilfestellen von Bund und Ländern können Zahnarztpraxen zur Abgeltung der aufgrund der COVID-19-Pandemie deutlich erhöhten Kosten für Schutzkleidung etc. die Nummer 3010 GOZ analog zum *einfachen* Satz je Sitzung zum Ansatz bringen. Auf der Rechnung ist die GOZ-Ziffer mit der Erläuterung „3010 analog – erhöhter Hygieneaufwand“ zu versehen. Dementsprechend kann ein erhöhter Hygieneaufwand dann jedoch nicht zeitgleich ein Kriterium bei der Faktorsteigerung nach § 5 Abs. 2 GOZ darstellen. Der Beschluss ist am 01.10.2020 in Kraft



getreten und gilt zunächst befristet bis zum 31.12.2020. Er erfasst alle in diesem Zeitraum durchgeführten ambulanten Behandlungen.

Im Zeitraum vom 09.04. – 30.09.2020 konnte die Nummer 3010 GOZ zum 2,3fachen Satz zum Ansatz gebracht werden.

06.11.2020

Seite 8 von 13

8. Dauernde Pflegebedürftigkeit

Am 28.03.2020 ist das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz (BGBl. I 2020, Seite 580) in Kraft getreten. Hierin enthalten sind auch pandemiebedingte Änderungen des SGB XI (§§ 147 ff.). Ergänzt werden die Regelungen durch das Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19.05.2020 (BGBl. I 2020, Seite 1018) sowie das Gesetz für ein Zukunftsprogramm Krankenhäuser (Krankenhauszukunftsgesetz – KHZG) vom 23.10.2020 (BGBl. I 2020, Seite 2208). Die zeitlich befristeten Bestimmungen haben unmittelbare Auswirkungen auf die Verfahrensweise und Leistungen der Pflegekassen sowie der Beihilfestellen. Nachfolgend die wichtigsten Anwendungsfälle:

a) Einschränkungen / Verzicht bei Begutachtungen und Beratungen

Hinsichtlich der geänderten Verfahrensabläufe aufgrund der Corona-Pandemie im Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung bestehen aus Sicht des Ministeriums der Finanzen keine Bedenken, seitens der Beihilfestellen entsprechend zu verfahren. Dies gilt unter anderem auch für den Wegfall der Verpflichtung der Versicherten, Beratungseinsätze (§ 37 Abs. 3 SGB XI) abzurufen (*derzeit befristet bis zum 31.12.2020*). Das Pflegegeld kann weiterhin unabhängig von der Durchführung der Beratungsbesuche ausgezahlt werden. Die Beratungsbesuche müssen auch nicht nachgeholt werden. Gleiches gilt für den Bereich der sozialen Pflegekassen.

Für die Auszahlung von Pflegegeld in Abhängigkeit von der Durchführung von Beratungsbesuchen ist die Entscheidung der Pflegeversicherung ausschlaggebend.

b) Ambulante Pflegeleistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer

Zur Vermeidung von pflegerischen Versorgungslücken im häuslichen Bereich können gemäß § 150 Abs. 5 SGB XI im Einzelfall ausnahmsweise Kosten von nicht nach dem SGB XI zugelassenen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern für körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung über die häusliche Pflegehilfe (§ 36 SGB XI) *befristet bis zum 31.12.2020* erstattet werden. Die Pflegekassen prüfen vorab im Rahmen ihres Ermessens, ob die Versorgung im Einzelfall nicht durch Leistungserbringer erfolgen kann, die von Pflegefachkräften geleitet werden, und ob die Kosten der gewünschten Versorgung angemessen sind. Eine erteilte Kostenerstattungszusage kann jederzeit widerrufen werden.



Aus Fürsorgegründen ist im Beihilfebereich entsprechend zu verfahren. Die Höhe des beihilfefähigen Betrages bemisst sich an den von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung für die Berechnung der Versicherungsleistungen zugrunde gelegten Kosten. Dem Beihilfeantrag ist daher der Bescheid der jeweiligen Pflegeversicherung beizufügen.

06.11.2020

Seite 9 von 13

c) Kurzzeitpflege in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen im Zeitraum 28.03. – 30.09.2020

Gemäß § 149 Abs. 1 SGB XI besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege (abweichend von § 42 Abs. 4 SGB XI) vorübergehend auch in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, ohne dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird. Die Vergütung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz gemäß § 111 Abs. 5 SGB V der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung.

Im oben genannten Zeitraum beträgt der über die Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, maximal zur Verfügung stehende Höchstbetrag 2.418 Euro (statt 1.612 Euro). Dabei werden in diesen Fällen die entstehenden Aufwendungen ausnahmsweise pauschal erstattet, ohne dass nach pflegebedingtem Aufwand, Aufwand für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten differenziert wird (§ 149 Abs. 2 SGB XI).

Eine Aufstockung des Höchstbetrages aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege ist möglich (Verwaltungsvorschrift 5b.3.2 zu § 5b Abs. 3 BVO gilt entsprechend).

d) Entlastungsbetrag

Aufgrund der Corona-Pandemie kann es dazu kommen, dass ehrenamtliche Helferinnen und Helfer von anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag nun die Pflegebedürftigen nicht mehr im häuslichen Bereich betreuen, sondern regelmäßig mit ihnen telefonieren und im Bedarfsfall auch Einkäufe für sie erledigen. Wenn sie dies im Rahmen des anerkannten Angebots zur Unterstützung im Alltag (dazu gehören auch anerkannte Nachbarschaftshelferinnen und -helfer) abrechnen, sind die Aufwendungen (derzeit befristet bis zum 31.12.2020) im Rahmen des Entlastungsbetrags (§ 5a Abs. 2 BVO) beihilfefähig. Die 40 %-Regelung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 zur Umwandlung ihrer Ansprüche für Aufwendungen für häusliche Pflege in Aufwendungen zur Unterstützung im Alltag (Verwaltungsvorschrift 5a.2.2 zu § 5a Abs. 2 BVO) findet ebenfalls Anwendung.

Wenn es zur Überwindung von Versorgungsengpässen, die durch das Coronavirus verursacht worden sind, erforderlich ist, können Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 im Zeitraum vom 23.05. - 31.12.2020 den Entlastungsbetrag auch für andere als in § 45b Abs. 1 Satz 3 SGB XI genannte



Hilfen einsetzen. Hierunter kann unter anderem auch eine häusliche Versorgung durch Angehörige und vergleichbar Nahestehende fallen, sofern die übrigen Voraussetzungen des § 150 Abs. 5b SGB XI erfüllt sind. Voraussetzung ist, dass die Erbringerinnen und Erbringer der Leistung bisher noch nicht als Pflegeperson die Pflegebedürftige / den Pflegebedürftigen versorgen und auch nicht mit ihr / ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.

06.11.2020

Seite 10 von 13

e) Verlängerung der Übertragbarkeit des Entlastungsbetrages

Die im Jahr 2019 nicht verbrauchten Beträge des Entlastungsbetrags können bis zum 31.12.2020 genutzt werden (statt 30.06.2020). Dies gilt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5.

f) Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld

Abweichend von § 44a Abs. 3 Satz 1 SGB XI haben Beschäftigte im Sinne des § 7 Abs. 1 PflegeZG im Zeitraum vom 23.05. - 31.12.2020 grundsätzlich Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld für bis zu insgesamt 20 Arbeitstage, um die Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Abs. 3 PflegeZG sicherzustellen oder zu organisieren, unabhängig davon, ob eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung im Sinne des § 2 PflegeZG vorliegt.

Das Tool zur Berechnung des Pflegeunterstützungsgeldes, das auch von den Beihilfestellen kostenfrei genutzt werden kann, wurde bereits aufgrund der Änderung durch § 150 Abs. 5d SGB XI überarbeitet (neue Version 2020.01).

g) Anhebung der Pauschale für Verbrauchshilfsmittel im Zeitraum 01.04. - 30.09.2020

Der von der Pflegeversicherung nach § 40 Abs. 2 SGB XI maximal erstattungsfähige Betrag von 40 Euro pro Monat für Verbrauchshilfsmittel wird im Zeitraum vom 01.04. - 30.09.2020 auf 60 Euro pro Monat angehoben. Dabei ist seitens der Pflegeversicherung auf den Tag der Leistungserbringung abzustellen und im Fall einer Kostenerstattung auf das Kaufdatum.

Die Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind weiterhin im notwendigen und angemessenen Umfang beihilfefähig (Verwaltungsvorschrift 5e.3 zu § 5e Abs. 3 BVO). Der nach dem SGB XI maßgebliche Höchstbetrag hat jedoch Auswirkungen auf die zu berücksichtigende Versicherungsleistung (§ 12 Abs. 6 BVO).

h) Atemschutzmasken

Nach § 5e BVO sind Aufwendungen für Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1, 3 und 5 SGB XI grundsätzlich in der Höhe beihilfefähig, die die Pflegeversicherung als notwendig und angemessen anerkannt hat. Demnach können auch Mundschutze bzw. Atemschutzmasken als Pflegehilfsmittel im Sinne der BVO gelten, sofern sie von der Pflegeversicherung entsprechend anerkannt werden. VV 5e.3 gilt entsprechend.



9. Heilbehandlungen aufgrund (zahn-)ärztlicher Verordnungen

Aufgrund der Corona-Pandemie hat der GKV-Spitzenverband abweichend von den bisherigen Regelungen zur Versorgung mit Heilmitteln Empfehlungen herausgegeben, die für alle Leistungserbringerinnen und -erbringer nach § 124 SGB V der Physiotherapie (inkl. Masseurinnen / Masseur und med. Bademeisterinnen und -meister), der Ergotherapie, der Ernährungstherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie sowie der Podologie Anwendung finden.

06.11.2020

Seite 11 von 13

a) Verfahrensregelungen bis 30.09.2020

Die Therapeutin oder der Therapeut (Leistungserbringerin oder Leistungserbringer nach § 4i Abs. 2 BVO) kann entscheiden, ob die verordnete Behandlung persönlich oder mit Zustimmung der Patientin oder des Patienten im Rahmen einer telemedizinischen Leistung (Videobehandlung oder telefonische Beratungen) erfolgen soll. Die bei der Leistungserbringerin oder beim Leistungserbringer und der Patientin oder dem Patienten bereits vorhandene Technik muss eine angemessene gegenseitige Kommunikation und eine erfolgreiche Behandlung gewährleisten.

Die Videobehandlungen sind nur im Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, der Schlucktherapie ausschließlich bei Störungen des oralen Schluckaktes (SCZ), der Ergotherapie, der Ernährungstherapie (auch telefonisch möglich), der Bewegungstherapie, der Krankengymnastik (auch KG-Atemtherapie) und Krankengymnastik-Mukoviszidose als Einzelbehandlung grundsätzlich möglich.

Die Behandelnden haben auf der Rückseite der Verordnung die Therapie als Video- oder Telefonbehandlung zu kennzeichnen. Die Einwilligung zur telemedizinischen Behandlung und die Bestätigung über die erbrachten Leistungen der Patientin oder des Patienten ist der Abrechnung beizufügen. Die beihilfefähigen Beträge ergeben sich aus der Anlage 5 zur BVO.

b) Verfahrensregelung ab 01.10.2020

Ausnahmeregelungen können räumlich begrenzt und zeitlich befristet durch einen gesonderten Beschluss des G-BA kurzfristig in Kraft gesetzt werden (z.B. hinsichtlich der Verordnungen nach telefonischer Anamnese oder Videobehandlungen).

c) Aufwendungen für Hygienemaßnahmen

Die zusätzlichen Aufwendungen für Hygienemaßnahmen von Heilmittelerbringerinnen und -erbringern können in wirkungsähnlicher Anlehnung an § 2 Absatz 7 COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung (COVID-19-VSt-SchutzV) bis zur Höhe von 1,50 Euro je Anwendung als beihilfefähig anerkannt werden. Dies gilt für Behandlungen, die im Zeitraum vom 05.05. - 31.12.2020 durchgeführt werden.



10. Zuschlag für die Lieferung von Arzneimitteln durch Apotheken

Für in der Zeit vom 01.10. - 31.12.2020 im Wege des Botendienstes gelieferte Arzneimittel können Apotheken grundsätzlich einen Zusatzbetrag i.H.v. 2,50 Euro zzgl. Umsatzsteuer (= derzeit 2,90 Euro) erheben. Der Zuschlag für die Lieferung des Arzneimittels, der auf dem Rezept mit der für diesen Zweck neu geschaffenen Sonder-PZN 06461110 ausgewiesen wird, ist beihilfefähig.

Im Zeitraum vom 22.04.-30.09.2020 konnte ein Zusatzbeitrag i.H.v. 5,00 Euro zzgl. Umsatzsteuer erhoben werden.

06.11.2020

Seite 12 von 13

—
Sofern unter Ziffer 1-10 zeitlich befristete Regelungen von den maßgeblichen Stellen verlängert werden sollten, bestehen keine Bedenken, bei der Beihilfefestsetzung entsprechend zu verfahren.

Mein Erlass vom 23.06.2020 (Az. w.o.) wird hiermit aufgehoben.

Aktuelle Informationen erfolgen auch über die Internetseiten der Bezirksregierung Detmold unter „www.beihilfe.nrw.de“.

Zusatz für die Bezirksregierung Detmold als Zentrale Koordinierungsstelle:

—
Ich bitte Sie, den Erlass im Extranet unter „Aktuelles“ zu veröffentlichen und über Ihren E-Mail-Verteiler an alle Dienststellen, die Zugriff auf Ihr Extranet haben, weiterzuleiten.

Im Auftrag

gez. Mierisch