



Merkblatt Heilverfahren nach § 39 LBeamVG NRW (Dienstunfallfürsorge)

**Stand:
06/2017**

Die Dienstunfallfürsorge der Beamtinnen, Beamten, Richterinnen und Richter des Landes NRW richtet sich nach den Vorschriften des Beamtenversorgungsgesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen – Landesbeamtenversorgungsgesetz - LBeamVG NRW – i. d. Fassung des Dienstrechtsmodernisierungsgesetzes vom 14.06.2016 - GV. NRW. S. 310 - (vgl. § 79 Abs. 1 Landesbeamtengesetz, § 2 Abs. 1 Landesrichter- und Staatsanwältegesetz).

1. Anspruchsberechtigung

Anspruchsberechtigt sind alle Beamtinnen und Beamten auf Lebenszeit, Zeit, Probe und auf Widerruf sowie Richterinnen und Richter, die durch einen Dienstunfall im Sinne des § 36 Absatz 1 LBeamVG NRW verletzt worden sind oder deren Krankheit nach § 36 Absatz 3 LBeamVG NRW als Dienstunfall gilt.

Grundlage für das Heilverfahren ist die Heilverfahrensverordnung - HeilvV - vom 25. April 1979 auf der Basis des § 39 LBeamVG NRW.

Die Notwendigkeit und Angemessenheit von Aufwendungen ist, soweit nicht die HeilvV besondere Vorschriften enthält, grundsätzlich ebenso zu beurteilen wie im Beihilfenrecht (Beihilfenverordnung für das Land Nordrhein-Westfalen - BVO NRW -).

Der Anspruch auf Heilverfahren endet nicht mit Beendigung des Beamtenverhältnisses durch Versetzung in den Ruhestand oder aus anderen Gründen. Er besteht auch neben dem Anspruch auf Versorgung.

2. Antragstellung und Nachweise

Erstattungsanträge sind mit dem hierfür vorgesehenen Antragsvordruck an das LBV NRW, Unfallfürsorgestelle, 40192 Düsseldorf zu senden.

Die Kosten für eine Heilbehandlung werden in der Regel nach ihrem Abschluss bei Vorlage der entsprechenden Belege erstattet. Daher sind die Originalbelege (Arztrechnungen, Rezepte, Hilfsmittelrechnungen mit der dazugehörigen ärztlichen Verordnung) dem Antrag beizufügen.

Die Erstattung erfolgt grundsätzlich zu 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, deswegen verbleiben die Rechnungsbelege bei der Erstattungsstelle. Sind Aufwendungen im Rahmen der Unfallfürsorge erstattet worden, können hierfür weitere Beihilfen nach der BVO NRW nicht gewährt werden.

Aus allen eingereichten Unterlagen zu Anträgen auf Gewährung von Unfallfürsorge muss eindeutig hervorgehen, dass die Aufwendungen zur Behandlung der anerkannten Dienstunfallfolgen notwendig waren. Sind diese Angaben in den Unterlagen nicht vorhanden, ist mit Verzögerungen in der Bearbeitung Ihrer Anträge zu rechnen.

Bei höheren Aufwendungen können auf Antrag Abschlagszahlungen gewährt werden. Hierfür müssen Zwischenrechnungen oder entsprechende Kostenvoranschläge eingereicht werden.

3. Das Heilverfahren umfasst die Erstattung notwendiger und angemessener Aufwendungen für

- ärztliche Behandlung einschl. Arznei- und anderer Heilmittel sowie Diätverpflegung,
- ambulante Psychotherapie
- Krankenhausbehandlungen oder Heilanstaltspflege,
- Heilkuren (Badekuren und Rehabilitationsmaßnahmen),
- Fahrkostenerstattung,
- Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln,
- Pflegekostenerstattung,
- Erstattung besonderer Aufwendungen für Kleider- und Wäscheverschleiß als Pauschalbetrag mit den Versorgungsbezügen.

Notwendig sind die Aufwendungen, die erforderlich sind, um die Folgen des anerkannten Dienstunfalls zu beseitigen oder soweit als möglich zu mindern. Die Angemessenheit beurteilt sich u. a. nach den Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Heilpraktiker. Bei Heilkuren und Fahrkostenerstattungen wird das Landesreisekostengesetz NRW - LRKG NRW - angewandt.

4. Kosten bei ärztlichen Behandlungen werden erstattet für:

- Untersuchung, Behandlung, Beobachtung, Beratung, Begutachtung und andere Maßnahme der Heilbehandlung, die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker vorgenommen oder schriftlich angeordnet sind,
- die bei den obigen Maßnahmen verbrauchten und die auf schriftliche ärztliche oder zahnärztliche Verordnung bzw. Verordnung eines Heilpraktikers beschafften Arznei- und anderen Heilmittel, Verbandmittel, Artikel zur Krankenpflege und ähnliche Mittel der Heilbehandlung,
- die Aufwendungen für vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker schriftlich verordnete besondere Heilkost, soweit sie die Aufwendungen für Normalkost übersteigen.

5. Kosten bei Krankenhausaufenthalt

Der Beginn einer Krankenhausbehandlung ist unter Vorlage einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung unverzüglich anzuzeigen; der Zusammenhang mit dem Dienstunfall muss bescheinigt sein.

Die Unfallfürsorgestelle kann im Zweifelsfall die Notwendigkeit dieser Behandlung durch ein ärztliches Gutachten feststellen lassen. Wird durch dieses Gutachten entschieden, dass eine Krankenhausbehandlung nicht notwendig ist, werden die Auslagen nur bis zum Ablauf des auf den Tag der Zustellung der Entscheidung folgenden Tages erstattet.

Folgende Kosten für stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen sind als angemessen an

zusehen:

- die vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V),
- allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG, § 2 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung - BpflV),
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen,
- gesondert berechnete Unterkunft bis zu Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers.

Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern nach § 107 Absatz 1 SGB V, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, sind nur insoweit als angemessen anzuerkennen, als sie den Kosten (Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten) entsprechen, die die dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik nach § 108 SGB V) für eine medizinisch gleichwertige Behandlung berechnen würde.

6. Heilkuren und Rehabilitationsmaßnahmen

Die Auslagen für Heilkuren und Rehabilitationsmaßnahmen werden nur erstattet, wenn sie vor Antritt von der Unfallfürsorgestelle genehmigt wurden.

Die Genehmigung ist von dem Gutachten eines Amtsarztes, eines beamteten Arztes oder eines von der Unfallfürsorgestelle benannten Arztes abhängig. Ort, Zeit und Dauer bestimmt die Unfallfürsorgestelle aufgrund des ärztlichen Gutachtens.

Neben den Arztkosten und den Kosten für Medikamente und die Beförderung werden die Kosten für die Kurtaxe, den ärztlichen Schlussbericht sowie für Unterkunft und Verpflegung erstattet bei:

- Durchführung einer offenen Badekur bis zur Höhe des Tages- und Übernachtungsgeldes nach dem LRKG NRW,
- einem Aufenthalt in einem Kurkrankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung bis zur Höhe des Eineinhalbfachen des Tages- und Übernachtungsgeldes nach dem LRKG NRW.

Ist die vorherige Genehmigung unterblieben, können lediglich Aufwendungen für Arztkosten, Anwendungen und Medikamente erstattet werden.

7. Beförderungskosten

Die Kosten für die Benutzung von Beförderungsmitteln werden erstattet, wenn die Benutzung aus Anlass der Heilbehandlung notwendig war. Die Höhe der zu erstattenden Kosten richtet sich nach den Vorschriften über Fahrkostenerstattung des LRKG NRW. Die Auslagen für eine Begleitperson werden ebenfalls nach diesen Vorschriften erstattet, wenn die Begleitung des Verletzten nach ärztlichem Gutachten erforderlich war. Die Kosten einer Besuchsfahrt von nächsten Angehörigen (Ehegatte, Kinder, Eltern) können bei Krankenhausbehandlung des Verletzten erstattet werden, wenn und soweit die Besuchsfahrt nach Befürwortung eines Amtsarztes, beamteten oder im Einzelfall von der Unfallfürsorgestelle benannten Arztes zur Sicherung des Heilerfolges dringend erforderlich war.

8. Hilfsmittel

Die Kosten für Hilfsmittel (Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel) und deren Zubehör, soweit sie 600 € übersteigen, sowie die Kosten für eine notwendige Ausbildung in ihrem

Gebrauch werden nur erstattet, wenn die Erstattung vor Beschaffung von der Unfallfürsorgestelle zugesagt worden ist. Die Hilfsmittel müssen vom Arzt verordnet und den persönlichen Bedürfnissen der Verletzten angepasst sein. Als Kosten für Hilfsmittel gelten auch die Kosten für ihre Wartung, Betrieb sowie ihre Instandsetzung und ihren Ersatz, wenn die Unbrauchbarkeit oder der Verlust nicht auf Missbrauch, Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit der Verletzten beruht.

9. Pflegekosten

Die Kosten für eine notwendige Pflege werden erstattet, wenn der Verletzte nach dem Gutachten eines Amtsarztes, eines beamteten Arztes oder eines von der Unfallfürsorgestelle benannten Arztes infolge des Dienstunfalls zu den Verrichtungen des täglichen Lebens aus eigener Kraft nicht im Stande ist, so dass für seine Pflege die Arbeitskraft einer anderen Person oder eine für die Pflege geeignete Einrichtung in Anspruch genommen werden muss.

Die Angemessenheit der Kosten ergibt sich aus dem der Hilflosigkeit des Verletzten entsprechenden Ausmaß der Pflege, wobei seine persönlichen Verhältnisse zu berücksichtigen sind.

Wird die Pflege durch eine andere geeignete Pflegekraft als eine Berufspflegekraft geleistet, werden Kosten bis zu der Höhe erstattet, die für die Inanspruchnahme einer berufsmäßigen Pflegekraft aufgewendet werden müssen.

Bei einer Pflege durch Familienangehörige ist mindestens ein Betrag in Höhe von 50 v.H. der sonst durch die Inanspruchnahme einer Berufspflegekraft entstehenden Kosten zu erstatten.

Ist der Verletzte in einer zur Pflege geeigneten Einrichtung untergebracht, werden die Kosten für eine angemessene Unterbringung in einer öffentlichen oder, falls eine solche nicht vorhanden ist, in einer freigemeinnützigen Einrichtung am Ort der Unterbringung oder in seiner nächsten Umgebung erstattet. Auf die Kosten für die Unterbringung ist ein angemessener Betrag für Einsparungen im Haushalt anzurechnen.

Der Verletzte ist verpflichtet, jede wesentliche Änderung in den Verhältnissen, die für die Erstattung der Pflegekosten maßgebend sind, der Erstattungsstelle anzuzeigen.

10. Aufwendungen für Kleider- und Wäscheverschleiß

Die durch die Folgen des Dienstunfalls verursachten außergewöhnlichen Kosten für Kleider- und Wäscheverschleiß sind in angemessenem Umfang zu ersetzen (§ 39 Abs. 3 LBeamtVG).

Die Erstattung erfolgt in Gestalt eines Pauschalbetrags, welcher monatlich im Voraus mit den Dienst- oder Versorgungsbezügen gezahlt wird.