

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

Vom 5. November 2009 (GV. NRW. S. 601)
zuletzt geändert durch Verordnung vom 10. Dezember 2014
(GV. NRW. Nr. 41 v. 22.12.2014 S. 889)

Inhaltsverzeichnis -nicht amtlich-	
§	Inhalt
1	Beihilfeberechtigte Personen
2	Beihilfefälle
3	Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen
4	Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen
4a	Psychotherapeutische Leistungen
4b	Psychosomatische Grundversorgung
4c	Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
4d	Verhaltenstherapie
4e	Neuropsychologische Therapie
4f	Komplextherapien und integrierte Versorgung
4g	Soziotherapie
5	Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
5a	Häusliche Pflege
5b	Teilstationäre Pflege
5c	Kurzzeitpflege
5d	Vollstationäre Pflege
5e	Leistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen
6	Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen
6a	Beihilfefähige Aufwendungen für stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-/Vater-Kind Kuren
6b	Familienorientierte Rehabilitation
6c	Sozialmedizinische Nachsorge
6d	Rehabilitationssport und Funktionstraining
7	Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen
8	Beihilfefähige Aufwendungen bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation sowie bei Empfängnisregelung
9	Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

10	Behandlungs- und Beförderungskosten im Ausland; Auslandskrankenversicherung
11	Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen
12	Bemessung der Beihilfen
12a	Kostendämpfungspauschale
13	Verfahren
14	Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und andere Personen in Todesfällen
15	Belastungsgrenze
16	Besondere Bestimmungen für die Gemeinden, Gemeindeverbände und die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts
17	Personenbezogene Bezeichnungen
17a	Übergangsregelungen
18	Inkrafttreten

Anlage 1	Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung
Anlage 2	Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Arzneimittel
Anlage 3	Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel
Anlage 4	Beihilferechtliches Gebührenverzeichnis NRW für Heilpraktikerleistungen

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

Vom 5. November 2009 (GV. NRW. S. 601)
zuletzt geändert durch Verordnung vom 10. Dezember 2014
(GV. NRW. Nr. 41 v. 22.12.2014 S. 889)

Auf Grund des § 77 Absatz 8 des Beamtengesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen (Landesbeamtengesetz – LBG NRW) vom 21. April 2009 (GV. NRW. S. 224) wird verordnet:

**§ 1
Beihilfeberechtigte Personen**

(1) In Krankheits-, Geburts-, Pflege- und Todesfällen sowie in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation sind beihilfeberechtigt:

1. Beamte und Richter mit Ausnahme der Ehrenbeamten,
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter,
3. Witwer, hinterbliebene eingetragene Lebenspartner sowie Kinder (§ 23 BeamtVG) der unter Nummer 1 und 2 bezeichneten Personen,
4. Verwaltungslehrlinge, Verwaltungspraktikanten und Schulpraktikanten,

solange sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeihilfe, Unterhaltsbeiträge nach den Abschnitten II, III oder V oder Übergangsgeld nach Abschnitt VI des Beamtenversorgungsgesetzes erhalten.

(2) Beihilfen werden abweichend von Absatz 1 auch dann gewährt, wenn die Versorgungsbezüge auf Grund der §§ 53 bis 56 BeamtVG voll ruhen oder auf Grund der §§ 22 Absatz 1 Satz 2 oder 61 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz oder Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz BeamtVG nicht gezahlt werden und der Versorgungsberechtigte keine Beihilfeberechtigung in anderer Eigenschaft erworben hat.

(3) Beihilfen werden nicht gezahlt

1. an Beamte und Richter,

a) wenn sie für weniger als ein Jahr beschäftigt werden, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Absatz 6 BBesG) tätig sind, oder

b) wenn ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt,

2. an Versorgungsempfänger (Absatz 1 Nummer 2 und 3) für die Dauer einer Beschäftigung, die zum Bezug von Beihilfen berechtigt,

3. sofern Ansprüche nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages (Abgeordnetengesetz-AbgG) vom 21. Februar 1996 (BGBl. I S. 326) in der jeweils geltenden Fassung oder nach entsprechenden Regelungen dem Grunde nach bestehen.

(4) Wird ein Beamter zu einem Dienstherrn abgeordnet, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, zahlt der jeweilige Dienstherr Beihilfen zu den Aufwendungen, die während des Zeitraums der Dienstleistung bei ihm entstehen. Bei Abordnungen von oder zu Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung ist § 14 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Beamtenstatusgesetzes (BeamStG) vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010) zu beachten.

(5) Beihilfeberechtigt sind auch Beamte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind. Das Finanzministerium kann im Rahmen der Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung ergänzende Regelungen treffen, die die besonderen Verhältnisse und Erschwernisse im Ausland berücksichtigen.

(6) Wird ein Beamter zu einem Dienstherrn versetzt, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, werden von dem aufnehmenden Dienstherrn Beihilfen zu Aufwendungen gezahlt, die nach dem Zeitpunkt der Versetzung entstanden sind. Bei einer Versetzung zu einem Dienstherrn, in dessen Dienstbereich diese Verordnung nicht gilt, werden zu den bis zum Zeitpunkt der Versetzung entstandenen Aufwendungen Beihilfen nach dieser Verordnung gezahlt.

(7) Versorgungsempfänger mit mehreren Ansprüchen auf Versorgungsbezüge erhalten Beihilfen von der Stelle, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge (§ 54 BeamtVG) zuständig ist. Dies gilt nicht, soweit es sich bei dem neuen Versorgungsbezug um eine Hinterbliebenenversorgung handelt; in diesem Fall bleibt die bisherige Beihilfestelle zuständig.

§ 2 Beihilfefälle

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen

1. in Krankheits- und Pflegefällen

a) für den Beihilfeberechtigten selbst,

b) für den nicht selbst beihilfeberechtigten und wirtschaftlich unselbständigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner des Beihilfeberechtigten. Eine wirtschaftliche Unselbständigkeit liegt nicht vor, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte [§ 2 Absätze 3 und 5 a des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I. S. 3366, 3862), zuletzt geändert durch Gesetz vom 8. Mai 2012 (BGBl. I. S. 1030)] des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18 000 Euro übersteigt. Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1. Januar 2004 ist dem Gesamtbetrag der Einkünfte die Differenz zwischen dem Besteuerungsanteil und dem Bruttorentenbetrag hinzuzurechnen; dies gilt nicht für Renten, die der Besteuerung nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe bb EStG unterliegen. Bei Überschreitung dieser Einkommensgrenze sind aus Fürsorgegründen Aufwendungen beihilfefähig, wenn der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner trotz einer ausreichenden Krankenversicherung für bestimmte Erkrankungen von Leistungen ausgeschlossen ist oder die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind; beihilfefähig ist der 1.000 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag. Für einen getrennt lebenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner werden Beihilfen nur gewährt, soweit dieser einen Unterhaltsanspruch gegen den Beihilfeberechtigten hat,

c) für die in Absatz 2 bezeichneten Kinder;

Aufwendungen für Schutzimpfungen, Aufwendungen zur Früherkennung bestimmter Krankheiten (§ 3 Absatz 1 Nummer 2) sowie Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen (§ 3 Absatz 1 Nummer 3) werden den Aufwendungen in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit gleichgestellt;

2. in Geburtsfällen

a) einer Beihilfeberechtigten,

b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau oder eingetragenen Lebenspartnerin des oder der Beihilfeberechtigten,

c) der nicht selbst beihilfeberechtigten Mutter eines nicht ehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten,

d) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter des Beihilfeberechtigten;

3. im Todesfall

a) eines Beihilfeberechtigten,

b) seines nicht selbst beihilfeberechtigt gewesenen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners,

c) eines im Absatz 2 bezeichneten Kindes; bei Totgeburten, wenn der Beihilfeberechtigte im Falle der Lebendgeburt zu Krankheitsaufwendungen des Kindes Anspruch auf Beihilfen hätte;

4. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs

a) einer Beihilfeberechtigten,

b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau oder eingetragenen Lebenspartnerin des oder der Beihilfeberechtigten,

c) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter des Beihilfeberechtigten;

5. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation

a) eines Beihilfeberechtigten,

b) des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners des Beihilfeberechtigten,

c) eines im Absatz 2 bezeichneten Kindes.

(2) Beihilfen zu Aufwendungen nach Absatz 1 werden nur für nicht selbst beihilfeberechtigte, im Familienzuschlag nach dem Übergeleiteten Besoldungsgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen vom 16. Mai 2013 (GV. NRW. S. 234) berücksichtigte oder berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten gezahlt. Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig oder ist bei verheirateten oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kindern neben dem beihilfeberechtigten Elternteil der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner des Kindes beihilfeberechtigt, so wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen des Kindes nur einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten gewährt; die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.

(3) Aufwendungen für Ehegatten, eingetragene Lebenspartner und Kinder beihilfeberechtigter Waisen sind nicht beihilfefähig.

§ 3

Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang

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 von Krankheiten und zur Vorsorge,

a) bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres sowie zwischen dem vollendeten siebten und vor Vollendung des elften Lebensjahres für eine ärztliche Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden,

b) bei Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr sowie zwischen dem vollendeten 16. Lebensjahr und vor Vollendung des 18. Lebensjahres für eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, wobei die Untersuchung auch zwölf Monate vor oder nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),

c) bei Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres an jährlich für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, zusätzlich jährlich der Brust ab dem 30. Lebensjahr, sowie zusätzlich der Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust (Mammographie-Screening) ab dem 50. Lebensjahr bis zum Ende des 70. Lebensjahres,

d) bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an für jährlich eine ärztliche Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales,

e) bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an für eine Untersuchung in jedem zweiten Jahr zur Früherkennung von Hautkrebs-, Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit und

f) bei Personen von der Vollendung des 50. Lebensjahres an für Untersuchungen des Rektums und des übrigen Dickdarms,

nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses [§ 91 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) vom 20. Dezember 1988 in der jeweils geltenden Fassung] zu den §§ 25 und 26 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung,

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.

(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) Erhält ein Beihilfeberechtigter oder eine berücksichtigungsfähige Person Sach- oder Dienstleistungen (ärztliche und zahnärztliche Versorgung, ambulante und stationäre Krankenhausbehandlung, Heilmittel usw.), werden keine Beihilfen gewährt. Als Sach- oder Dienstleistungen gelten auch Geldleistungen bei künstlicher Befruchtung (§ 27a SGB V), bei kieferorthopädischer Behandlung (§ 29 SGB V), bei Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Absatz 1 und 2 SGB V), bei Heilmitteln (§ 32 SGB V), bei Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), bei häuslicher Krankenpflege (§ 37 Absatz 4 SGB V) und bei Haushaltshilfe (§ 38 Absatz 4 SGB V) sowie Leistungen auf Grund der Bestimmungen über die vollständige oder teilweise Kostenbefreiung (§ 62 Absatz 4 SGB V). Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass Pflichtversicherte an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V wählen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V erhalten, sowie Aufwendungen, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übernimmt. Praxisgebühren und Zuzahlungen nach § 23 Absatz 6, § 24 Absatz 3, § 28 Absatz 4, § 31 Absatz 3, § 32 Absatz 2, § 33 Absatz 2, § 37 Absatz 5, § 37a Absatz 3, § 38 Absatz 5, § 39 Absatz 4, § 40 Absätze 5 und 6, § 41 Absatz 3 und § 60 Absätze 1 und 2 SGB V sowie § 32 SGB VI und § 40 Absatz 3 SGB XI 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 § 82 LBG 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; § 12 Absatz 3 Satz 2 gilt nicht. 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 § 207 a SGB III 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 § 207 a SGB III 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 Bundesversorgungsgesetzes, des Häftlingshilfegesetzes oder des Soldatenversorgungsgesetzes

setzes zustehen, sind nicht verpflichtet, diese in Anspruch zu nehmen; Satz 1 ist insoweit nicht anzuwenden.

(5) Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die zu einem Zeitpunkt entstanden sind,

1. in dem der Beihilfeberechtigte noch nicht oder nicht mehr zu den in § 1 bezeichneten beihilfeberechtigten Personen gehörte,

2. in dem eine nach § 2 berücksichtigungsfähige Person noch nicht zu diesem Personenkreis gehörte.

Die Aufwendungen gelten als entstanden in dem Zeitpunkt, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z.B. der Zeitpunkt der Behandlung durch den Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker, des Einkaufs von Arzneien, der Lieferung eines Hilfsmittels.

(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. § 5 a Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 4

Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für:

1. Untersuchung, Beratung und Verrichtung sowie Begutachtung bei Durchführung dieser Vorschriften durch einen Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; Satz 5 bleibt unberührt. Aufwendungen für eine wissenschaftlich nicht anerkannte Heilbehandlung sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Sind wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen ohne Erfolg angewendet worden, so können auf Grund des Gutachtens eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) auch Aufwendungen für wissenschaftlich noch nicht anerkannte Heilbehandlungen vom Finanzministerium für beihilfefähig erklärt werden. Das Finanzministerium kann allgemein bestimmen, zu welchen und unter welchen Voraussetzungen zu noch nicht wissenschaftlich anerkannten Heilbehandlungen Beihilfen gezahlt werden können; Satz 3 gilt insoweit nicht. Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulant durchgeführte psychotherapeutische Leistungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung bestimmen sich nach den §§ 4 a bis 4 d und der Anlage 1 sowie für durch Heilpraktiker erbrachte Leistungen nach Anlage 4 zu dieser Verordnung.

2. Stationäre Behandlungen in Krankenhäusern, deren Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) oder der Bundespflege-satzverordnung (BPfIV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) vergütet werden. Beihilfefähig sind

a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 KHEntgG, § 2 Absatz 2 BPfIV),

b) gesondert berechnete Unterkunft (ohne Einbettzimmer) und / oder Verpflegung abzüglich 15 Euro täglich und gesondert berechnete ärztliche Leistungen (§ 17 KHEntgG, § 22 BPfIV) abzüglich 10 Euro täglich für insgesamt höchstens 30 Tage im Kalenderjahr,

c) vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V),

sofern nicht die §§ 5 d, 6 oder 6a anzuwenden sind.

Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht nach § 108 SGB V 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 SGB V) für eine medizinisch gleichwertige Behandlung abzüglich eines Betrages von 25 Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr berechnen würde.

3. Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Behandlungen außerhalb einer Maßnahme nach § 7 bis zum Höchstbetrag von je 30 Euro täglich für den Erkrankten und eine notwendige Begleitperson.

4. Erste Hilfe.

5. Eine notwendige Berufspflegekraft, solange der Erkrankte nach dem Gutachten eines von der Festsetzungsstelle bezeichneten Arztes vorübergehend der häuslichen Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung) bedarf; die Grundpflege muss überwiegen. Die Kosten einer Ersatzpflegekraft können unter derselben Voraussetzung anerkannt werden. Bei einer Pflege durch den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner, Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern, Geschwister, Verschwägerter ersten 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 höchst-

tens 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.

6. Eine Familien- und Hauspflegekraft bis zum Betrag von 8 Euro je Stunde, höchstens jedoch 64 Euro täglich, wenn der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Familienangehörige oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte wegen einer stationären Unterbringung (Nummer 2, §§ 5 c, 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 14 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 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 Behandlern nach Nummer 1 bei ihren Verrichtungen verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten apothekenpflichtigen Arzneimittel [§ 2 Arzneimittelgesetz 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 nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes in der jeweils aktuellen Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt und nach Anlage V der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß 91 SGB V über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien) nach den dort genannten Maßgaben zur Verordnung zugelassen sind. 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 2 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Das Finanzministerium kann abweichend von Satz 2 in medizinisch begründeten besonderen Einzelfällen sowie allgemein in der Anlage 2 bestimmen, zu welchen Arzneimitteln (verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen), die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten oder die sich in der klinischen Erprobung befinden, Beihilfen gewährt werden können. Dies gilt nicht für Arzneimittel und Medizinprodukte der besonderen Therapierichtungen.

Das Finanzministerium kann weiterhin in Anlage 2 und ergänzend in den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung 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. Nummer 1 Satz 3 und 4 gelten entsprechend.

8. Eine vom Arzt schriftlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.

9. Eine vom Arzt schriftlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe; das Finanzministerium kann bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Heilbehandlungen beihilfefähig sind. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder - ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme (§§ 6, 6a und 7) -, Massagen, Bestrahlung, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Die Heilbehandlung muss von einem Akademischen Sprachtherapeuten mit Zulassung nach § 124 SGB V, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Klinischen Linguisten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Physiotherapeuten oder Podologen durchgeführt werden. Ist die Durchführung einer Heilbehandlung in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden, sind die Aufwendungen für die Heilbehandlung bis zu 10,50 Euro täglich beihilfefähig; dies gilt entsprechend für Heilbehandlungen, mit denen zugleich berufsbildende oder allgemeinbildende Zwecke verfolgt werden. Bei Behandlungen in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch notwendige Aufwendungen für Verpflegung bis zu 4,50 Euro, für Unterkunft und Verpflegung insgesamt bis zu 7,50 Euro täglich beihilfefähig, es sei denn, dass § 5 Absatz 7 oder 9 anzuwenden ist. Nummer 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

10. Vom Arzt schriftlich verordnete Hilfsmittel, zu denen auch Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung rechnen. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Reparatur; von den Aufwendungen für den Betrieb der Hilfsmittel ist nur der 100 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen zur Beschaffung von Batterien für Hörhilfen einschließlich Ladegeräte für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sowie von Pflege- und Reinigungsmitteln für Kontaktlinsen. Die Mietgebühren für Hilfsmittel sind beihilfefähig, sofern sie insgesamt nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind. Aufwendungen für Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung oder Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist. Bei orthopädischen Maßschuhen sind die Aufwendungen nur insoweit beihilfefähig, als sie den Betrag für eine normale Fußbekleidung übersteigen. Kosten für ein Brillengestell sind nicht beihilfefähig; Kosten für eine Ersatzbeschaffung von Sehhilfen (zwei Brillengläser / Kontaktlinsen) sind bei Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, bei einer Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien (sphärischer Wert) beihilfefähig. Für die Ersatzbeschaffung einer Brille - mit Ausnahme von Prismenbrillen - oder von Kontaktlinsen reicht anstelle der ärztlichen Verordnung die Refraktionsbestimmung durch einen Augenoptiker aus; die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13 Euro je Sehhilfe beihilfefähig. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung benutzt werden oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen können (sogenannte Bandscheibenmatratzen, Liegestühle, Gesundheitsschuhe, Fieberthermometer, Heizkissen, Bestrahlungslampen, Kosten eines Personenkraftwagens einschließlich behindertengerechter Um- und Einbauten und dgl.). Beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für folgende Hilfsmittel:

Atemmonitore,
Beatmungsgeräte,
Blindenführhunde einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb,
Blindenstöcke,
Blutdruckmessgeräte,
Bruchbänder,
CPAP-Geräte,
Ernährungspumpen,
Fußeinlagen,
Gehstützen,
Gehwagen,
Gipsbetten,
Gummistrümpfe,
Heimdialysegeräte,
Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgerät,
Hilfsgeräte (für Schwerstbehinderte, Ohnhänder u.a.),

Hörhilfen (auch Hörbrillen),
Infusionspumpen,
Inhalationsapparate,
Injektionsspritzen und -nadeln,
Insulin-Dosiergeräte,
Katheter,
Kniekappen,
Knöchel- und Gelenkstützen,
Körperersatzstücke,
Kopfschützer,
Korrekturschienen u.ä.,
Krankenfahrstühle,
Krankenheber,
Krankenstöcke (einschließlich Gehbänkchen mit Zubehör),
Leibbinden,
Orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind,
Pflegebett in behindertengerechter Ausstattung,
Polarimeter,
Reflektometer,
Reizstromgeräte zur Behandlung der Skoliose,
Sehhilfen,
Spastikerhilfen (auch Übungsgeräte),
Sprechhilfen (auch elektronische),
Sprechkanülen,
Stützapparate,
Stumpfstrümpfe und Narbenschützer,
Suspensorien,
Ultraschallvernebler,
Vibrationstrainer bei Taubheit,
Wasser- und Luftkissen,
Wechseldruckgeräte.

Aufwendungen für vorstehend nicht genannte Hilfsmittel von mehr als 1.000 Euro sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat; bei Aufwendungen von mehr als 2.500 Euro ist darüber hinaus die Zustimmung des Finanzministeriums erforderlich. Die Angemessenheit der Aufwendungen bestimmt sich nach der Anlage 3 zu dieser Verordnung. Der Dienstherr kann ein Hilfsmittel unentgeltlich zur Verfügung stellen; in diesem Fall wird keine Beihilfe gezahlt.

11. Die Beförderung des Erkrankten und, falls erforderlich, einer Begleitperson bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen. 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 § 6 Absatz 1 Satz 2 LRKG 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.

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 bis 3, 6, 7, 9 und 11, 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.

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.

(2) a) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.

b) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K 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), einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sowie der Suprakonstruktionen sind bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen im notwendigen Umfang beihilfefähig:

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

a) Tumoroperationen,

b) Entzündungen des Kiefers,

c) Operationen infolge großer Zysten (zum Beispiel große folliculäre 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 Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z.B. Spastiken),

5. implantatbasierter Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer,

6. Einzelzahnlücke, soweit nicht beide Nachbarzähne überkrönt sind oder

7. Freiendlücke, wenn zumindest die Zähne 6, 7 und 8 fehlen.

Es sind höchstens die Aufwendungen für zwei Implantate je Kieferhälfte (insgesamt acht) einschließlich vorhandener Implantate, zu denen eine Beihilfe gewährt wurde, beihilfefähig. Liegen die Indikationen nach Satz 1 nicht vor, sind - im Hinblick auf die Kosten einer herkömmlichen Zahnversorgung - die Aufwendungen für höchstens acht Implantate (zwei je Kieferhälfte unter Berücksichtigung der Implantate nach Satz 2) pauschal bis zu 500 Euro je Implantat beihilfefähig. Mit dem Pauschalbetrag sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Behandlung einschließlich notwendiger Anästhesie und der Kosten u.a. für die Implantate selbst, die

Implantataufbauten, die implantatbedingten Verbindungselemente, Implantatprovisorien, notwendige Instrumente (zum Beispiel Bohrer, Fräsen), Membranen und Membrannägel, Knochen- und Knochenersatzmaterial, Nahtmaterial, Röntgenleistungen, Computertomographie und Anästhetika abgegolten. Die Aufwendungen für die Suprakonstruktion sind neben dem Pauschalbetrag nach Satz 3 beihilfefähig. Bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion einheitlich 300 Euro je Implantat beihilfefähig. Das Finanzministerium kann abweichend von Satz 1 und 2 in besonders begründeten medizinischen Einzelfällen Ausnahmen zulassen. Weitere Voraussetzung für die Zahlung einer Beihilfe ist, dass der Festsetzungsstelle ein Kostenvoranschlag vorgelegt wird und diese auf Grund eines Gutachtens (gilt nicht für Sätze 3 und 6) des zuständigen Amtszahnarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der beabsichtigten Maßnahme und die Angemessenheit der Kosten anerkannt hat (Vorankennungsverfahren). Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle.

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.

§ 4 a

Psychotherapeutische Leistungen

(1) Zu den beihilfefähigen psychotherapeutischen Leistungen gehören Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 4 b), der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 4 c) sowie der Verhaltenstherapien (§ 4 d).

(2) Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien sowie Verhaltenstherapien sind nur beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen (depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen, Dysthymie),
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen),
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,

7. sexuellen Funktionsstörungen,

8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und

9. Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

(3) Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind Aufwendungen für eine Psychotherapie beihilfefähig bei:

1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,

2. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substituionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,

3. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,

4. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe und

5. psychischer Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einem Arzt oder einem Therapeuten nach der Anlage 1 Abschnitte 2 bis 4 erbracht werden. Eine Sitzung der tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie oder Verhaltenstherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(4) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung seelischer Krankheiten nach Absatz 1 dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,

2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie höchstens acht probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und

3. die Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines ärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Das Gutachten nach Satz 1 Nummer 3 ist bei einem Gutachter einzuholen, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Ersatzkassen e.V. bestellt worden ist.

(5) Für die psychosomatische Grundversorgung müssen die Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 1 Nummer 2 und 3 nicht erfüllt sein. Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erwiesen hat.

(6) Aufwendungen für

1. katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes beihilfefähig,
2. Rational Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes beihilfefähig und
3. eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(7) Vor Behandlungen durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor der Einleitung des Begutachtungsverfahrens eine somatische Abklärung erfolgen. Diese Abklärung muss ein Arzt vornehmen und in einem Konsiliarbericht schriftlich bestätigen.

(8) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 4 b bis 4 d und
2. die in Anlage 1 Nummer 1 aufgeführten Behandlungsverfahren.

§ 4 b

Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung umfasst

1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 oder

2. übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

(2) Aufwendungen sind je Krankheitsfall beihilfefähig für

1. verbale Intervention als Einzelbehandlung für bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,

2. autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu 12 Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich, sowie

3. Hypnose als Einzelbehandlung für bis zu 12 Sitzungen.

Leistungen nach Nummer 1 dürfen in derselben Sitzung nicht mit denen nach den Nummern 2 und 3 kombiniert werden.

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.

§ 4 c

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 GOÄ sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	50 Sitzungen	40 Sitzungen
besondere Fälle:	weitere 30 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht:	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen

2. analytische Psychotherapie

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten:	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen:	nochmals weitere 80 Sitzungen	nochmals weitere 40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht:	weitere begrenzte Behandlungsdauer von max. bis zu 60 Sitzungen	weitere begrenzte Behandlungsdauer von max. bis zu 30 Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten:	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen:	nochmals weitere 30 Sitzungen	nochmals weitere 15 Sitzungen

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	90 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten:	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen:	nochmals weitere 40 Sitzungen	nochmals weitere 30 Sitzungen.

In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten nach § 4 a belegte notwendige weitere Behandlung auch für eine über die in Nummer 3 und 4 zugelassenen höchste Zahl von Sitzungen hinaus im Einvernehmen mit dem Finanzministerium anerkannt werden.

(2) Der Beihilfefähigkeit steht nicht entgegen, wenn bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen einbezogen werden.

(3) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur

bei niederfrequenten Therapien aufgrund eines dazu besonders begründeten Erstantrages durchgeführt werden.

§ 4 d Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 GOÄ sind nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bei Erwachsenen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht:	weitere 15 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen
nur in besonders begründeten Ausnahmefällen:	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

2. bei Kindern und Jugendlichen einschließlich notwendiger begleitender Behandlung von Bezugspersonen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht:	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
nur in besonders begründeten Ausnahmefällen:	weitere 20 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen

(2) Von dem Anerkennungsverfahren nach § 4 a Absatz 4 Nummer 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten nach Anlage 1 Abschnitt 4 vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 4 a Absatz 2 Nummer 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen.

§ 4 e Neuropsychologische Therapie

(1) Aufwendungen für eine neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie von

1. Fachärzten für Neurologie,
2. Fachärzten für Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie,
3. Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder
4. Fachärzten für Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

zur Behandlung von akut erworbenen Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen (hirnorganischen Störungen), insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, durchgeführt werden. Satz 1 gilt auch bei Behandlung durch

5. ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
6. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder
7. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten,

wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Absatz 3.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen anlässlich der Behandlung von

- a) ausschließlich angeborenen Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (AD(H)S), oder Intelligenzminderung,
- b) Erkrankungen des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimerstyp,
- c) schädigenden Ereignissen oder Gehirnerkrankungen mit neuropsychologischen Defiziten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten, die länger als fünf Jahre zurückliegen.

(3) Aufwendungen für neuropsychologische Behandlungen sind im folgenden Umfang beihilfefähig:

1. bis zu fünf probatorische Sitzungen,

2. Einzelbehandlung, einschließlich gegebenenfalls notwendiger begleitender Behandlung von Bezugspersonen

	Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten	Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 25 Minuten
Regelfall	60	120
im besonderen Einzelfall zusätzlich	20	40

und

3. Gruppenbehandlung, einschließlich ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen

	Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 100 Minuten	Behandlungseinheiten mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten
Regelfall	40	80

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie ist die gesamte Behandlung nach Satz 1 Nummer 2 beihilfefähig.

§ 4 f

Komplextherapien und integrierte Versorgung

(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, teil- oder vollstationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind in Höhe der Beträge beihilfefähig, die eine gesetzliche Krankenkasse mit dem Leistungsanbieter vereinbart hat. Die Komplextherapie muss von einem berufsübergreifenden Team von Therapeuten erbracht werden, dem auch Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angehören müssen.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen außerhalb von Komplextherapien. Stellen sozialpädiatrische Zentren Aufwendungen in Rechnung, die ausschließlich den medizinischen Teil ihrer Leistungen umfassen, sind diese Aufwendungen abweichend von Satz 1 beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen einer integrierten Versorgung erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind in Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, die in Verträgen zwischen Leistungserbringern und privaten Krankenversiche-

rungsunternehmen vereinbart wurden oder soweit Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140b SGB V bestehen.

(4) Das Finanzministerium kann Vereinbarungen über Pauschalabrechnungen im Rahmen der integrierten Versorgung mit Kliniken treffen bzw. - soweit diese von privaten Krankenversicherungen geschlossen werden – im Rahmen der Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung für anwendbar erklären.

§ 4 g Soziotherapie

(1) Aufwendungen für eine Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Schwere psychische Erkrankungen nach Satz 1 sind Erkrankungen

1. des schizophrenen Formenkreises

a) Schizophrenie,

b) schizotype Störung,

c) anhaltende wahnhaftige Störung,

d) induzierte wahnhaftige Störung und

e) schizoaffektive Störung,

sowie

2. der affektiven Störung

a) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung,

b) schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und

c) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung.

(2) Die Verordnung von Soziotherapie dürfen nur Ärzte vornehmen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung „Psychiatrie oder Nervenheilkunde“ zu führen. Die

Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. Es können gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen insgesamt höchstens 120 Therapieeinheiten je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren berücksichtigt werden. Die Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Bei Gruppenbehandlung umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten, wobei die Höchststundenzahl nach Satz 3 insgesamt nicht überschritten werden darf.

(3) Soziotherapie können nur die seitens der gesetzlichen Krankenversicherungen anerkannten Leistungserbringer (§ 37a SGB V) durchführen. Es sind dies Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagogen und Fachkrankenschwester für Psychotherapie (§ 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 3 gilt insoweit nicht).

(4) Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Kosten, die von den Ortskrankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 37a SGB V gezahlt werden.

§ 5

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die häusliche Pflege nach Maßgabe des § 5 a, für teilstationäre Pflege nach Maßgabe des § 5 b, für Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 5 c und für vollstationäre Pflege nach Maßgabe des § 5 d beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Leistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie bei zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen richtet sich nach § 5 e.

(2) Dauernde Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Personen wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mindestens zwei dieser Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Voraussetzung für eine Beihilfengewährung ist, dass die zu pflegende Person einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI zuzuordnen ist.

(3) Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf (§ 45a SGB XI) liegt vor, wenn bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15 SGB XI) zusätzlich ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies gilt entsprechend für Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen (§ 87b SGB XI).

(4) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI) sind im Rahmen des § 4 Absatz 1 Nummer 10 beihilfefähig. Bei stationärer Pflege gehören hierzu nur Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt oder individuell angepasst oder die überwiegend nur dem Pflegebedürftigen allein überlassen werden, sofern sie nicht üblicherweise von der Einrichtung vorzuhalten sind. Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen (§ 40 Absatz 4 SGB XI) sind bis zu 4 000 Euro je Maßnahme beihilfefähig, soweit die Pflegeversicherung hierzu Leistungen erbringt. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung (ambulant betreute Wohngruppe - § 38a SGB XI), gilt Satz 3 entsprechend. Der Gesamtbetrag je Maßnahme zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes ist auf 16 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die beteiligten Pflegeversicherungen aufgeteilt. Soweit die Pflegeversicherungen einmalig einen weiteren Betrag in Höhe von bis zu 2.500 Euro nach § 45e SGB XI gewähren, ist dieser Betrag zusätzlich beihilfefähig. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10.000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Pflegeversicherungen der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Die Mitteilung der Pflegeversicherung des Beihilfeberechtigten ist für die Beihilfestelle bindend und zunächst abzuwarten.

(5) Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit, der Art und dem notwendigen Umfang der Pflege, der Pflegestufe sowie dem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf Stellung nimmt. Bei Versicherten in der Pflegeversicherung sind deren Feststellungen zugrunde zu legen; dies gilt auch für Befristungen nach § 33 Absatz 1 Sätze 4 bis 8 SGB XI. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe gezahlt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(6) Wird im Rahmen der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit durch den Gutachter der Pflegekasse eine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen (§ 18a Absatz 1 SGB XI), gilt § 6 mit Ausnahme von Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie § 7 Absatz 4 mit Ausnahme des Satzes 2 (§ 7 Absatz 2 Buchstaben a bis d) entsprechend. Die Mitteilung der zuständigen Pflegekasse ist vom Beihilfeberechtigten vor der Bewilligung durch die Beihilfestelle vorzulegen.

(7) Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 SGB XI sind beihilfefähig, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die Pflegeversicherung besteht. § 37 Absatz 4 Satz 1 SGB XI bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 und 6 SGB XI.

(8) Aufwendungen für eine Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) sind für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig, wenn Leistungen der

Pflegeversicherung bezogen werden oder Leistungen der Pflegeversicherung beantragt worden sind und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

§ 5 a Häusliche Pflege

(1) Aufwendungen für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Absatz 1 Satz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) sind je nach Pflegestufe des § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig bis zu monatlich

1. in Stufe I

- a) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 468 Euro ab 1. Januar 2015,

2. in Stufe II

- a) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 1 144 Euro ab 1. Januar 2015,

3. in Stufe III

- a) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.

Entstehen auf Grund besonderen Pflegebedarfs in der Pflegestufe III (§ 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) höhere Aufwendungen, sind diese monatlich beihilfefähig bis zu weiteren

- a) 1 918 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 1 995 Euro ab 1. Januar 2015.

(2) Bei einer häuslichen Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch monatlich höchstens folgende Pauschalen beihilfefähig:

1. in Stufe I

- a) 235 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 244 Euro ab 1. Januar 2015,

2. in Stufe II

- a) 440 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 458 Euro ab 1. Januar 2015,

3. in Stufe III

- a) 700 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 728 Euro ab 1. Januar 2015.

Wird die Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, ist die Pauschale nach Satz 1 – mit Ausnahme für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Absatz 1 Nummer 2), einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (§ 6) oder des Monats, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist – entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Daneben sind die Kosten für die Schulung der Pflegeperson (§ 45 SGB XI) beihilfefähig. Aufwendungen für Beratungen nach § 5 Absatz 6 sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig. Darüber hinaus sind Aufwendungen für Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 170 Absatz 1 Nummer 6 SGB VI) sowie die in § 44a SGB XI genannten zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung beihilfefähig.

(3) Ist die Pflegeperson nach Absatz 2 wegen Urlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege verhindert, sind die Aufwendungen der notwendigen Ersatzpflege (§ 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Beihilfefähig sind im Kalenderjahr ab 1. Januar 2012 bis zu 1 550 Euro und ab 1. Januar 2015 bis zu 1 612 Euro, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Der Betrag nach Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege (§ 5 b Absatz 7) im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den beihilfefähigen Betrag nach § 5 c Absatz 2 angerechnet.

(4) Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft wohnen, sind neben der Pauschale nach Absatz 2 Satz 1 für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr auf Nachweis die notwendigen Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind (begrenzt auf den Betrag nach Absatz 3 Satz 3), beihilfefähig; wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, gilt der Betrag nach Absatz 3 Satz 3 entsprechend. Während der Ersatzpflege ist der nach Absatz 2 beihilfefähige Pauschalbetrag zusätzlich für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr zu 50 Prozent beihilfefähig; Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

(5) Nimmt die pflegebedürftige Person häusliche Pflege nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, ist daneben eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 beihilfefähig, sofern die Pflegeversicherung Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) erbringt. Die Pflegepauschale nach Absatz 2 wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die pflegebedürftige Person beihilfefähige Aufwendungen nach Absatz 1 geltend macht. Die hinsichtlich des Verhältnisses der Inanspruchnahme von häuslicher Pflege nach

Absatz 1 und 2 gegenüber der Pflegeversicherung getroffene Entscheidung ist für die Beihilfegewährung bindend. Eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 ist während einer Kurzzeitpflege (§ 5 c Absatz 1 und 2) und einer Verhinderungspflege (Absatz 3 und 4) zusätzlich jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege gezahlten Pauschale beihilfefähig.

§ 5 b **Teilstationäre Pflege**

(1) Aufwendungen für eine Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege - § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch -) in entsprechenden Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege sind beihilfefähig, wenn häusliche Pflege (§ 5 a) nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- und Nachtpflege und zurück.

(2) Beihilfefähig sind im Rahmen der Höchstbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen nach Absatz 1, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Je Kalendermonat sind beihilfefähig:

1. in der Pflegestufe I

- a) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 468 Euro ab 1. Januar 2015,

2. in der Pflegestufe II

- a) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 1 144 Euro ab 1. Januar 2015,

3. in der Pflegestufe III

- a) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.

(3) Pflegebedürftige Personen können neben den Höchstbeträgen nach Absatz 2 Leistungen nach § 5 a Absatz 1, Absatz 2 oder Absatz 5 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

§ 5 c **Kurzzeitpflege**

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch eine teilstationäre Pflege (§ 5 b) nicht aus,

sind die Aufwendungen für eine Pflege in einer vollstationären Einrichtung beihilfefähig (§ 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Dies gilt

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der pflegebedürftigen Person nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder § 6 oder

2. in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die pflegebedingten Aufwendungen, die sozialen Betreuung sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind im Kalenderjahr beihilfefähig bis zu

a) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012,

b) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.

Während der Kurzzeitpflege ist der bisher nach § 5 a Absatz 2 beihilfefähige Pauschalbetrag zu 50 Prozent beihilfefähig. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.

(3) Der Betrag nach Absatz 2 kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln nach § 5 a Absatz 3 (Verhinderungspflege - § 39 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) auf insgesamt bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Abweichend von Absatz 2 Satz 1 ist der Anspruch auf Kurzzeitpflege in diesem Fall auf längstens acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag nach § 5 a Absatz 3 angerechnet.

(4) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 sind in begründeten Einzelfällen die Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen für Kurzzeitpflege zugelassenen Einrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint; § 5 d Absatz 6 gilt insoweit nicht. Der von der Pflegekasse anerkannte Betrag ist der Beihilfeberechnung zu Grunde zu legen.

(5) Abweichend von Absatz 1 sind die Aufwendungen der Kurzzeitpflege auch in stationären Rehabilitationseinrichtungen beihilfefähig, wenn während einer Rehabilitationsmaßnahme für die Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der pflegebedürftigen Person erforderlich ist.

§ 5 d

Vollstationäre Pflege

(1) Bei der stationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung (§§ 71 Absatz 2 und 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI) sind der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (§ 84 Absatz 2 Satz 2 SGB XI) in Betracht kommende Pflegesatz für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege beihilfefähig. Verbleibt unter Berücksichtigung der Beihilfe- und Pflegeversicherungsleistungen für die pflegebedingten Aufwendungen nach Satz 1 ein Restbetrag, wird dieser aus Fürsorgegründen als Zuschuss gezahlt. Für den Zuschuss nach Satz 2 werden abweichend von Satz 1 höchstens in der Pflegestufe I 1 800 Euro, in der Pflegestufe II 2 400 Euro, in der Pflegestufe III 3 000 Euro und in Fällen des § 43 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB XI 3 500 Euro berücksichtigt.

(2) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten (§ 82 Absatz 3 SGB XI) sind nicht beihilfefähig. Sofern die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung folgende monatliche Eigenanteile übersteigen

1. bei Beihilfeberechtigten mit

a) einem Angehörigen vierzig vom Hundert,

b) mehreren Angehörigen fünfunddreißig vom Hundert
des um 520 Euro – bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 390 Euro – verminderten Einkommens oder

2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen siebzig vom Hundert des Einkommens,

wird der übersteigende Anteil als Beihilfe ausgezahlt.

Einkommen sind die monatlichen (Brutto-) Dienstbezüge (ohne sonstige variable Bezügebestandteile) oder Versorgungsbezüge, das Erwerbseinkommen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten. Angehörige im Sinne des Satzes 1 sind nur der Ehegatte, der eingetragene Lebenspartner sowie die Kinder, die nach § 2 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind. Wird zu den Aufwendungen für die Pflege eines Angehörigen eine Beihilfe gewährt, sind dem Einkommen des Beihilfeberechtigten das Erwerbseinkommen, die Versorgungsbezüge sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners hinzuzurechnen.

(3) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen nach Absatz 1 und 2 beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. Die Angemessenheit der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach § 87a Absatz 1 Satz 7 SGB XI.

(4) Bei einer Pflege in einer Pflegeeinrichtung, die die Voraussetzungen des § 71 Absatz 2 SGB XI erfüllt, sind höchstens die niedrigsten vergleichbaren Kosten einer zugelassenen Einrichtung am Ort der Unterbringung oder seiner nächsten Umgebung beihilfefähig; Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.

(5) Leistungen entsprechend § 87a Absatz 4 SGB XI sind beihilfefähig, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wird.

(6) Aufwendungen, die für die vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe entstehen, in denen die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund stehen (§§ 43a und 71 Absatz 4 SGB XI), sind bis zur Höhe von monatlich 266 Euro beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig; § 38 Satz 5 SGB XI ist zu beachten.

§ 5 e

Leistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

(1) Pflegebedürftige Personen der Pflegestufen I bis III und Personen, die die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, erhalten Beihilfen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 10. Der Beihilfeberechtigte hat zunächst bei der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen den Antrag auf Leistungen nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch zu stellen und den Bewilligungsbescheid dem Beihilfeantrag beizufügen.

(2) Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b Absatz 1 Satz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) sind bei Personen, die die Voraussetzungen nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, bis zu 104 Euro (Grundbetrag) oder 208 Euro (erhöhter Betrag) monatlich beihilfefähig. Dies gilt auch, wenn Beihilfe nach § 5 a Absatz 3 oder Absatz 4 in Anspruch genommen wird.

(3) Bei pflegebedürftigen Personen nach Absatz 1, die nicht die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, sind zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen bis zu einem Betrag von monatlich 104 Euro beihilfefähig.

(4) Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Absatz 2 oder 3 wird von der Pflegeversicherung festgelegt und ist für die Berechnung der Beihilfe maßgeblich. Aufwendungen nach § 5 Absatz 7 sind nicht auf die Beträge nach Satz 1 anzurechnen und in vollem Umfang beihilfefähig.

(5) Der monatliche Höchstbetrag nach Absatz 2 oder 3 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird der für das jeweilige Kalenderjahr zustehende Jahreshöchstbetrag nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

(6) Bei Personen nach Absatz 1, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, sind pauschal monatlich 205 Euro zusätzlich beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung Leistungen nach § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt.

(7) Soweit die Pflegeversicherung Kombinationsleistungen nach § 45b Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt, sind diese anteilig von der Beihilfe zu tragen.

(8) Bei Personen nach § 45a Absatz 1 Nummer 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt § 5 a entsprechend mit der Maßgabe, dass nach § 5 a Absatz 1 bis zu monatlich 231 Euro, nach Absatz 2 bis zu monatlich 123 Euro und nach § 5 b Absatz 2 monatlich bis zu 231 Euro beihilfefähig sind. Daneben gelten - soweit die Pflegeversicherung Leistungen nach §§ 38a, 39, 40, 41, 42 und 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt - § 5 Absatz 4 Sätze 1 und 3, § 5 b Absatz 6 und § 5 d Absatz 6 entsprechend.

(9) Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegestufen I und II nach Absatz 1 erhöht sich der beihilfefähige Betrag nach

1. § 5 a Absatz 1 sowie § 5 b Absatz 2 in der
a) Pflegestufe I um 221 Euro auf bis zu 689 Euro und in der
b) Pflegestufe II um 154 Euro auf bis zu 1 289 Euro

2. § 5 a Absatz 2 sowie § 5 b Absatz 2 in der
a) Pflegestufe I um 72 Euro auf 316 Euro und in der
b) Pflegestufe II um 87 Euro auf 545 Euro.

(10) Die von der stationären Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Person erhobenen Vergütungszuschläge nach § 87 b des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig. Das gilt auch für Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht.

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind neben den Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe für höchstens 23 Kalendertage (es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich) einschließlich der Reisetage sowie den ärztli-

chen Schlussbericht beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Festsetzungsstelle auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der Maßnahme anerkannt hat, die Behandlung nicht durch eine Maßnahme nach § 7 oder durch andere ambulante Maßnahmen ersetzt werden kann und im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Maßnahme nach § 6 a oder § 7 durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt oder ein Vertrauensarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwerer Fall von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet. Wird die Maßnahme nicht innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides begonnen, ist ein neues Anerkennungsverfahren durchzuführen. Die Behandlungskosten nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 sind auch dann beihilfefähig, wenn die Beihilfefähigkeit der Rehabilitationsmaßnahme nicht anerkannt wird. Die Kosten der amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten sind beihilfefähig. Zu den Kosten der Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird bei notwendigen Behandlungen in einem Ort außerhalb von Nordrhein-Westfalen insgesamt ein Zuschuss von 100 Euro, innerhalb von Nordrhein-Westfalen von 50 Euro gezahlt.

(2) Die Maßnahme muss in einer Einrichtung durchgeführt werden, die die Voraussetzungen nach § 107 Absatz 2 SGB V erfüllt. Soweit eine Einrichtung auch über Abteilungen verfügt, die die Voraussetzungen nach § 107 Absatz 1 in Verbindung mit § 108 SGB V erfüllen, gilt für von diesen Abteilungen erbrachte Leistungen § 4 Absatz 1 Nummer 2.

(3) Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Behandlung sind in Höhe der Preisvereinbarung (Pauschale) beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat. Werden neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung Leistungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 oder 9 in Rechnung gestellt, ist die Pauschale nach Satz 1 um 30 v.H. zu kürzen; der Restbetrag ist beihilfefähig. Verfügt die Einrichtung über keine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens 104 Euro täglich beihilfefähig.

(4) Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, sowie bei Kindern, die aus medizinischen Gründen einer Begleitperson bedürfen und bei denen der Amtsarzt die Notwendigkeit der Begleitung bestätigt hat, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Kurtaxe der Begleitperson bis zu 55 Euro täglich beihilfefähig. Absatz 1 Satz 7 gilt sinngemäß.

§ 6 a

Beihilfefähige Aufwendungen für stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-/Vater-Kind Kuren

(1) Zu den Kosten einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes (Müttergenesungskur) oder in einer gleichartigen Einrichtung, die Leistungen in Form einer Mutter-/Vater-Kind-Kur erbringt (§§ 24 und 41 Absatz 1 SGB V) werden – soweit die Einrichtungen über Versorgungsverträge nach § 111a SGB V verfügen - Beihilfen bis zu einer Dauer von 23 Kalendertagen (bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen) einschließlich der Reisetage gewährt. § 7 Absatz 2 gilt entsprechend. Wird die Maßnahme nach Satz 1 ausschließlich auf Grund der Erkrankung eines Kindes notwendig, ist § 7 Absatz 2 Buchstabe b Satz 1 nicht anzuwenden.

(2) Beihilfefähig sind neben den Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, die Kurtaxe, das amtsärztliche Gutachten, den ärztlichen Schlussbericht sowie die Beförderungskosten. § 6 Absatz 1 Satz 7 und Absatz 3 gelten entsprechend; ist die Rehabilitationsmaßnahme nicht anerkannt worden (§ 7 Absatz 2), sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 beihilfefähig.

(3) Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Kurtaxe der Begleitperson bis zu 55 Euro täglich beihilfefähig. § 6 Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 6 b

Familienorientierte Rehabilitation

(1) Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Familientherapie sind für höchstens 23 Tage einschließlich der Reisetage im Kalenderjahr beihilfefähig, wenn ein Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr an einer schweren chronischen Erkrankung (Krebs-erkrankung, Mukoviszidose, Zustand nach Operation am Herzen oder nach Organtransplantation) leidet.

(2) Für die Aufwendungen des erkrankten Kindes gilt § 6 entsprechend.

(3) Für die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, Kurtaxe sowie Fahrtkosten der begleitenden Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) wird pro Person ein Zuschuss von 40 Euro, höchstens aber insgesamt 100 Euro täglich gezahlt. Entstehen den begleitenden Familienangehörigen Aufwendungen für ärztliche Behandlungen, die in Zusammenhang mit der Behandlung des erkrankten Kindes stehen, sind diese Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig; § 12 Absatz 2 Buchstabe b gilt entsprechend.

(4) Ist für das erkrankte Kind eine Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme über 23 Tage hinaus medizinisch indiziert, gilt Absatz 3 für höchstens weitere 7 Tage.

(5) Bestehen zwischen der aufgesuchten Einrichtung und einem Sozialversicherungsträger Verträge oder Verfahrensabsprachen, kann der dort vereinbarte Pauschalsatz pro Person als beihilfefähiger Betrag abweichend von Absatz 3 Satz 1 berücksichtigt werden, wenn dies für den Beihilfeberechtigten günstiger ist; § 12 Absatz 2 Buchstabe b gilt entsprechend.

§ 6 c

Sozialmedizinische Nachsorge

Die Aufwendungen für von Ärzten schriftlich verordnete ambulante sozialmedizinische Nachsorge für chronisch- oder schwerstkranke Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (in besonders schwerwiegenden Fällen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr), die im Anschluss an eine stationäre Maßnahme erbracht wird, sind im Rahmen der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Absatz 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung beihilfefähig, wenn nach ärztlicher Feststellung dadurch die stationäre Maßnahme verkürzt oder die nachfolgende ambulante Weiterbehandlung gesichert wird. Die Aufwendungen sind nur in der Höhe beihilfefähig, in der sie von der Ortskrankenkasse am Wohnort des Beihilfeberechtigten mit dem Leistungserbringer vereinbart sind.

§ 6 d

Rehabilitationssport und Funktionstraining

(1) Aufwendungen für ärztlich verordneten Rehabilitationssport und ärztlich verordnetes Funktionstraining sind beihilfefähig

1. zur Vorbeugung einer Behinderung,
2. zum Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile oder
3. im Anschluss an eine abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahme nach §§ 6, 6 a oder 7 Absatz 4.

Die Maßnahmen müssen unter ärztlicher Überwachung durchgeführt werden.

(2) Beihilfefähig sind ausschließlich die in der Rahmenvereinbarung der Rehabilitationsträger der Sozialversicherung über den Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 1. Januar 2011 (in der jeweils geltenden Fassung) genannten Maßnahmen und nur Gebühren, die der Veranstalter für gesetzlich versicherte Teilnehmer mit den Rehabilitationsträgern vereinbart hat.

(3) Nicht beihilfefähig sind Mitgliedsbeiträge, Aufwendungen für den Besuch eines Fitness-Studios oder für allgemeine Fitness-Übungen und –Geräte, für notwendige

Sportbekleidung sowie die Fahrtkosten zum Veranstaltungsort. Dies gilt auch für die Aufwendungen einer ggf. notwendigen Begleitperson.

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Zu den Kosten einer unter ärztlicher Leitung in einem Ort des vom Finanzministerium aufgestellten Kurortverzeichnis durchgeführten ambulanten Kur werden Beihilfen bis zu einer Dauer von 23 Kalendertagen einschließlich der Reisetage, bei einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (Absatz 4) bis zu 20 Behandlungstagen sowie bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen (einschließlich der Reisetage) gewährt.

(2) Voraussetzung für die Gewährung einer Beihilfe nach Absatz 1 ist, dass

a) vor der erstmaligen Antragstellung eine Wartezeit von insgesamt 3 Jahren Beihilfeberechtigung nach diesen oder entsprechenden Beihilfevorschriften erfüllt ist,

b) im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine anerkannte Maßnahme nach Absatz 1 oder den §§ 6 oder 6a durchgeführt wurde. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn nach dem Gutachten des zuständigen Amtsarztes aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. in schweren Fällen von Morbus Bechterew) eine Kurmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,

c) ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Maßnahmen nach Absatz 1 wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind,

d) die medizinische Notwendigkeit vor Beginn einer Maßnahme nach Absatz 1 durch begründete ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen und durch ein Gutachten des zuständigen Amtsarztes bestätigt ist,

e) die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Maßnahme nach Absatz 1 anerkannt hat,

f) die Maßnahme nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides oder innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen wird,

g) die ordnungsgemäße Durchführung der Maßnahme nach Absatz 1 durch Vorlage eines Schlussberichtes oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen wird.

(3) Beihilfefähig sind bei ambulanten Kurmaßnahmen die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9, für das amtsärztliche Gutachten sowie den ärztlichen

Schlussbericht. Zu den Fahrkosten, den Aufwendungen für Kurtaxe sowie Unterkunft und Verpflegung wird ein Zuschuss von 30 Euro täglich einschließlich der Reisetage gewährt. Ist die Beihilfefähigkeit der Kurmaßnahme nach Absatz 1 nicht anerkannt worden, sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 beihilfefähig. Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Voraussetzung für eine ständige Begleitperson behördlich festgestellt ist, und bei Kindern, bei denen der Amtsarzt bestätigt hat, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist, wird zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Kurtaxe sowie Fahrkosten der Begleitperson ein Zuschuss von 20 Euro täglich gewährt.

(4) Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen, die mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag geschlossen haben, sind nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 beihilfefähig. Absatz 2 Buchstaben b bis g gelten sinngemäß. Wird die ambulante Rehabilitationsmaßnahme durch die Einrichtung pauschal abgerechnet, sind die Aufwendungen in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit dem Sozialversicherungsträger getroffen hat. Nebenkosten [z.B. Verpflegungs- und Unterbringungskosten (Ruheraum), Kurtaxe] sind - soweit in der Pauschalpreisvereinbarung nicht enthalten – bis zu einem Betrag von insgesamt 20 Euro täglich - beihilfefähig. Soweit die Einrichtung nicht über einen kostenlosen Fahrdienst verfügt, sind notwendige Fahrkosten bis zu einem Betrag von 40 Euro täglich beihilfefähig.

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation sowie bei Empfängnisregelung

(1) Aus Anlass eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs sind die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft und die ärztliche Behandlung nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 2, 3, 6, 7 und 11 beihilfefähig. Satz 1 gilt entsprechend für einen Schwangerschaftsabbruch, der unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuches vorgenommen wurde, mit der Ausnahme, dass die Aufwendungen für die Vornahme des Abbruchs (bei einer vollstationären Behandlung nur für den Tag des Abbruchs) nicht beihilfefähig sind.

(2) Aus Anlass einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation sind die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 2, 3, 6, 7 und 11 beihilfefähig.

(3) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung und künstlichen Befruchtung einschließlich der hierzu erforderlichen ärztlichen Untersuchungen.

(4) Aufwendungen für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung) sind beihilfefähig, wenn

1. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,

2. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,

3. ausschließlich Ei- und Samenzellen des Beihilfeberechtigten und seines Ehegatten verwendet werden,

4. sich der Beihilfeberechtigte und sein Ehegatte vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a SGB V erteilt worden ist.

Dies gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. Bei anderen Inseminationen ist Satz 1 Nummer 1 zweiter Halbsatz und Nummer 4 nicht anzuwenden. Weitere Voraussetzung ist, dass die Ehegatten das 25. Lebensjahr, die Ehefrau noch nicht das 40. Lebensjahr und der Ehemann noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet haben. Für die Zuordnung der Aufwendungen für die ICSI- und die IVF-Behandlung ist das Kostenteilungsprinzip zu beachten. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 27 a Absatz 4 SGB V erlassenen Richtlinien zur Künstlichen Befruchtung gelten in der jeweils geltenden Fassung entsprechend.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für

1. die Hebamme oder den Entbindungspfleger im Rahmen der Gebührenordnung,

2. die ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung,

3. die vom Arzt, von der Hebamme oder vom Entbindungspfleger verbrauchten Stoffe und Verbandmittel sowie die auf schriftliche ärztliche Verordnung beschafften Stoffe, wie Heilmittel, Verbandmittel und dergleichen; § 4 Absatz 1 Nummer 7 gilt entsprechend,

4. die Unterkunft und Verpflegung in Entbindungsanstalten; § 4 Absatz 1 Nummer 2 gilt entsprechend,

5. eine Hauspflegerin bei Geburten (auch bei Fehl- und Totgeburten) in der Wohnung oder einer ambulanten Entbindung in einer Entbindungsanstalt, sofern die Wöchnerin nicht bereits von einer Kraft nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 gepflegt wird, für einen Zeitraum bis zu vierzehn Tagen, beginnend mit dem Tage der Geburt; § 4 Absatz 1 Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend,

6. die durch die Niederkunft unmittelbar veranlassten Fahrten; § 4 Absatz 1 Nummer 11 gilt entsprechend,

7. Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung,

8. eine Familien- und Hauspflegekraft; § 4 Absatz 1 Nummer 6 gilt entsprechend.

Zu den Kosten für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird bei Lebendgeburten ein Zuschuss von 170 Euro gewährt. Der Zuschuss wird auch gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind unter zwei Jahren als Kind annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung (§§ 1747, 1748 BGB) erteilt ist, es sei denn, dass für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung bereits eine Beihilfe gewährt worden ist.

(2) Bedarf die Mutter während der Stillzeit einer stationären Behandlung und wird der Säugling mit ihr zusammen untergebracht, sind auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung des Säuglings beihilfefähig.

§ 10

Behandlungs- und Beförderungskosten im Ausland; Auslandsrankenversicherung

(1) Aufwendungen für eine Krankenbehandlung oder Entbindung im Ausland sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung oder Entbindung am inländischen Wohnort oder letzten früheren inländischen Dienstort des Beihilfeberechtigten oder in dem ihnen am nächsten gelegenen geeigneten inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären.

(2) Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist ein Kostenvergleich nach Absatz 1 nicht erforderlich. Bei Behandlungen in anderen Krankenhäusern, sind die Aufwendungen nur insoweit angemessen, als sie den Aufwendungen (Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten) entsprechen, die in der der Beihilfestelle nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung für eine medizinisch gleichwertige Behandlung entstanden wären. § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 Buchstabe b und Satz 3 gelten entsprechend. Die entsprechenden Nachweise sind durch den Beihilfeberechtigten zu erbringen. Notwendige Übersetzungskosten sind nicht beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung am inländischen Wohnort oder in dem ihm am nächsten gelegenen inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären. § 6 und § 7 gelten sinngemäß. Bei ambulanten Kurmaßnahmen in den in Satz 1 genannten Staaten sind die Aufwendungen nur dann beihilfefähig, wenn der Nachweis erbracht werden kann, dass der Behandlungsort als Kurort anerkannt ist. Wird die Behandlung außerhalb der in Satz 1 genannten Staaten durchgeführt, sind die Aufwendungen nach Satz 1 nur dann beihilfefähig, wenn im Inland oder in den in Satz 1 genannten Staaten kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist und die Behandlung vor Beginn vom Finanzministerium auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens anerkannt worden ist.

(4) Aufwendungen für eine Krankenbehandlung im Ausland sind ohne die Einschränkung der Absätze 1 und 2 beihilfefähig

1. wenn ein Beihilfeberechtigter auf einer Auslandsdienstreise erkrankt und die Krankenbehandlung nicht bis zur Rückkehr ins Inland aufgeschoben werden kann,

2. wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung im Ausland dringend notwendig und im Inland kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist; die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen muss vor Beginn der Behandlung von der Beihilfestelle und bei Beihilfeberechtigten des Landes vom Finanzministerium anerkannt worden sein,

3. wenn sie 1.000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen.

(5) Bei Aufwendungen von im Ausland wohnenden Beihilfeberechtigten und im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Personen gelten die Absätze 1, 2 und 3 entsprechend.

(6) Für Beförderungskosten im Ausland gilt § 4 Absatz 1 Nummer 11 entsprechend. Beförderungskosten in Gebiete außerhalb der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz oder Rücktransportkosten aus diesen Gebieten sind nicht beihilfefähig; Absatz 4 Nummer 1 und 2 bleibt unberührt.

(7) Schließt der Beihilfeberechtigte zur Absicherung von Krankheits-, Beförderungs- und Rücktransportkosten eine Auslandsrankenversicherung ab, sind die jährlichen Versicherungsbeiträge bis zu einem Betrag von 10 Euro für den Beihilfeberechtigten und für jede berücksichtigungsfähige Person beihilfefähig; § 12 Absatz 1 und 3 gelten entsprechend. Der Beihilfeberechtigte ist verpflichtet, im Versicherungsfall die

Versicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen; § 3 Absatz 4 Satz 1 gilt sinngemäß.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(1) In Todesfällen sind die Aufwendungen beihilfefähig für die Überführung der Leiche oder Urne

1. bei einem Sterbefall im Inland

a) vom Sterbeort zur Beisetzungsstelle oder

b) vom Sterbeort zum nächstgelegenen Krematorium und von dort zur Beisetzungsstelle,
höchstens jedoch bis zur Höhe der Überführungskosten an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes;

2. bei einem Sterbefall im Ausland

a) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten auf einer Dienstreise in entsprechender Anwendung der Nummer 1,

b) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei privatem Aufenthalt im Ausland bis zur Höhe der Kosten einer Überführung von der deutschen Grenze zum Familienwohnsitz,

c) eines im Ausland wohnenden Beihilfeberechtigten oder eines im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz, höchstens über eine Entfernung von fünfhundert Kilometern.

(2) Kann der Haushalt beim Tode des den Haushalt allein führenden Elternteils nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft bis zur Dauer von sechs Monaten bis zu der in § 4 Absatz 1 Nummer 6 genannten Höhe beihilfefähig, falls im Haushalt mindestens ein Kind unter fünfzehn Jahren oder ein pflegebedürftiges Kind lebt, das nach § 2 Absatz 2 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist. In Ausnahmefällen kann die Frist auf ein Jahr verlängert werden. § 4 Absatz 1 Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. Wird an Stelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspflegekraft ein Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiges Kind (Satz 1) 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. § 4 Absatz 1 Nummer 6 letzter Satz gilt entsprechend.

§ 12 Bemessung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz); maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (§ 3 Absatz 5 Satz 2). Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für

- a) den Beihilfeberechtigten (§ 1 Absatz 1 Nummer 1 und 4)
sowie für entpflichtete Hochschullehrer fünfzig vom Hundert,
- b) den Empfänger von Versorgungsbezügen,
der als solcher beihilfeberechtigt ist, siebzig vom Hundert,
- c) den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder
eingetragenen Lebenspartner siebzig vom Hundert,
- d) ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie
eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, achtzig vom Hundert.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind, beträgt der Bemessungssatz bei dem Beihilfeberechtigten nach Satz 2 Buchstabe a siebzig vom Hundert. Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten siebzig vom Hundert; die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.

(2) Für die Anwendung von Absatz 1 Satz 2 und 3 gelten die Aufwendungen

- a) nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
- b) einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
- c) nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 als Aufwendungen der Mutter,
- d) nach § 11 Absatz 2 als Aufwendungen eines Kindes.

(3) Der Bemessungssatz nach Absatz 1 Satz 2 und 3 ermäßigt sich um zehn vom Hundert bei Personen, an deren Beiträgen zur Krankenversicherung sich ein Rentenversicherungsträger beteiligt, sofern ihnen dem Grunde nach eine Beitragsentlas-

tung von mindestens 90 Euro monatlich zusteht. Dies gilt nicht für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

(4) Sind Versicherte trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung für bestimmte Krankheiten von den Leistungen ausgeschlossen oder sind die Leistungen auf Dauer eingestellt worden, so erhöht sich der Bemessungssatz für Aufwendungen in diesen Fällen um zwanzig vom Hundert, höchstens auf neunzig vom Hundert.

(5) Die Bemessungssätze der Absätze 1, 3 und 4 können von der Festsetzungsstelle im Einzelfall für im Grundsatz beihilfefähige Aufwendungen erhöht werden,

a) wenn die Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung entstanden sind und keine Leistungen einer Krankenversicherung erbracht werden,

b) im Falle einer Leichenüberführung, wenn der Tod während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich angeordneten Umzuges eingetreten ist und die Leiche an den Familienwohnsitz überführt wird,

c) in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, mit Zustimmung des Finanzministeriums.

Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen nach § 5 c oder wenn der Beihilfeberechtigte für sich und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen für ambulante- und stationäre Krankheits- und Pflegefälle keinen ausreichenden Versicherungsschutz nachweisen kann.

(6) Das Finanzministerium kann unter den Voraussetzungen des Absatzes 5 Buchstabe c für Ehegatten und eingetragene Lebenspartner, deren Aufwendungen nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b nicht beihilfefähig sind, die Gewährung von Beihilfen zulassen.

(7) Die Beihilfe darf zusammen mit den erbrachten Leistungen einer Versicherung, Leistungen auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sowie der Fürsorgeleistung nach § 5 c Absatz 1 Satz 2 die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Unberücksichtigt bleiben Leistungen aus Krankenhaustagegeldversicherungen und sonstigen Summenversicherungen, soweit sie 80 Euro täglich nicht überschreiten, sowie Krankentagegeldversicherungen. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Aufwendungen nach den §§ 5, 5 a bis d sind getrennt abzurechnen; dabei sind die Pauschalen nach § 5 Absatz 4 und der beihilfefähige Betrag nach § 5 a Absatz 2 als dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen zu berücksichtigen. Aufwendungen nach § 9 Absatz 1 Satz 2 bleiben bei Anwendung der Sätze 1 bis 3 unberücksichtigt. Das gleiche gilt in den Fällen, in denen nach § 3 Absatz 3 eine Beihilfengewährung ausgeschlossen ist.

§ 12a Kostendämpfungspauschale

(1) Die nach Anwendung des § 12 Absatz 7 verbleibende Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem Aufwendungen entstanden sind (§ 3 Absatz 5 Satz 2), in den Besoldungsgruppen A 7 bis A 16, B 1 bis B 11, C 1 bis C 4, H 1 bis H 5, R 1 bis R 8 und W 1 bis W 3 um eine Kostendämpfungspauschale gekürzt. Sie beträgt für

<u>Stufe</u>	<u>Besoldungsgruppe</u>	<u>Betrag</u>
1	A 7 bis A 11	150 Euro
2	A 12 bis A 15, B 1, C 1, C 2, H 1 bis H 3, R 1, W 1,	300 Euro
3	A 16, B 2, B 3, C 3, H 4, H 5, R 2, R 3, W 2, W 3	450 Euro
4	B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7	600 Euro
5	Höhere Besoldungsgruppen	750 Euro;

soweit in der Besoldungsgruppe W 1 eine Zulage nach der Vorbemerkung Nummer 1 Absatz 3 zur Bundesbesoldungsordnung W und in den Besoldungsgruppen W 2 und W 3 neben dem Grundgehaltssatz ein monatlicher Leistungsbezug nach den §§ 12 und/oder 14 LBesG bezogen wird, ergibt sich die Höhe der Kostendämpfungspauschale durch einen Vergleich des monatlichen Gesamtbezuges mit den jeweils niedrigsten Grundgehaltsstufen bzw. den Grundgehaltssätzen der Besoldungsgruppen A und B der Stufen 3 bis 5 nach Halbsatz 1.

(2) Die Beträge nach Absatz 1 werden bei Teilzeitbeschäftigung im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit vermindert.

(3) Die Beträge nach Absatz 1 bemessen sich

1. bei Ruhestandsbeamten, Richtern im Ruhestand sowie früheren Beamten und Richtern (§ 1 Absatz 1 Nummer 2) nach dem Ruhegehaltssatz,

2. bei Witwern sowie hinterbliebenen Lebenspartnern (§ 1 Absatz 1 Nummer 3) nach sechzig vom Hundert des Ruhegehaltssatzes;

dabei darf die Kostendämpfungspauschale in den Fällen der Nummer 1 siebenzig vom Hundert und in den Fällen der Nummer 2 vierzig vom Hundert der Beträge nach Absatz 1 nicht übersteigen. Für die Zuteilung zu den Stufen nach Absatz 1 ist die Besoldungsgruppe maßgebend, nach der die Versorgungsbezüge berechnet sind; Zwischenbesoldungsgruppen werden der Besoldungsgruppe mit derselben Ordnungsziffer zugeordnet. Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezüge ein Grundgehalt (Gehalt) nach einer früheren Besoldungs-

gruppe, eine Grundvergütung oder ein Lohn zugrunde liegt sowie für Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezüge in festen Beträgen festgesetzt sind.

(4) Bei Waisen (§ 1 Absatz 1 Nummer 3), bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie bei Beihilfeberechtigten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, entfällt die Kostendämpfungspauschale.

(5) Die Kostendämpfungspauschale nach den Absätzen 1 bis 3 vermindert sich um 60 Euro für jedes berücksichtigungsfähige Kind oder jedes Kind, das nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist.

(6) Die Höhe der Kostendämpfungspauschale des laufenden Kalenderjahres richtet sich - unabhängig vom Entstehen der mit dem ersten Beihilfeantrag des Jahres geltend gemachten Aufwendungen - nach den zum Zeitpunkt der erstmaligen Antragstellung im laufenden Kalenderjahr maßgebenden Verhältnissen; dies gilt auch für die Kostendämpfungspauschale vergangener Jahre, soweit in diesen kein Beihilfeantrag gestellt wurde.

(7) Für Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen (§ 3 Absatz 1 Nummer 2 und 3) oder Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 5) entfällt die Kostendämpfungspauschale.

§ 13 Verfahren

(1) Die Beihilfen werden auf Antrag gewährt; eine Antragstellung durch Telefax ist nicht zulässig. Als Festsetzungsstellen entscheiden

1. das Landesamt für Besoldung und Versorgung über Anträge der Beihilfeberechtigten der Obersten Landesbehörden und der dem Finanzministerium nachgeordneten Behörden und Einrichtungen,

2. die Bezirksregierungen über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs, der Beihilfeberechtigten der Staatlichen Rechnungsprüfungsämter und der Beihilfeberechtigten der übrigen Behörden und Einrichtungen des Landes einschließlich der Landesbetriebe innerhalb ihres Bezirks, soweit nicht in den Nummern 3 bis 7 eine abweichende Regelung getroffen ist,

3. die Oberlandesgerichte über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs und nach näherer Bestimmung des Justizministeriums über die Anträge der Beihilfeberechtigten der anderen Gerichte sowie der dem Justizministerium nachgeordneten Behörden und Einrichtungen,

4. die Landräte über die Anträge der Beihilfeberechtigten der von ihnen geleiteten Kreispolizeibehörden mit Ausnahme der Anträge der Landräte als Leiter der Kreispolizeibehörden,

5. die Schulämter über die Anträge der Lehrer an den öffentlichen Grundschulen und Hauptschulen und an den ihrer Schulaufsicht unterstehenden öffentlichen Förderschulen,

6. die Kunsthochschulen und Einrichtungen im Hochschulbereich über die Anträge ihrer Beihilfeberechtigten, soweit in einer Vereinbarung nach Artikel 2 § 1 Absatz 5 Hochschulfreiheitsgesetz vom 31. Oktober 2006 (GV. NRW. S. 474) oder nach Artikel 7 § 5 Hochschulfreiheitsgesetz nicht etwas anderes geregelt ist,

7. die Pensionsregelungsbehörden über die Anträge der Versorgungsempfänger; die Pensionsregelungsbehörden des Landes entscheiden auch über die Anträge der Versorgungsempfänger des Landes, wenn diese im Landesdienst wieder beschäftigt werden.

Das Finanzministerium kann im Einvernehmen mit der jeweiligen obersten Dienstbehörde in begründeten Ausnahmefällen eine von Satz 2 abweichende Zuständigkeitsregelung treffen. In den Fällen des Satzes 2 Nummer 4 und 5 können kommunale Versorgungskassen, Kreise oder kreisfreie Städte mit der Festsetzung der Beihilfen beauftragt werden.

(1a) Die oberste Fachaufsicht über die Festsetzung der Beihilfen obliegt dem Finanzministerium. Über Widersprüche gegen Beihilfefestsetzungen entscheiden die nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 bis 3, 6 und 7 zuständigen Stellen; über Widersprüche gegen Beihilfefestsetzungen der nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 und 5 zuständigen Stellen entscheidet die jeweils zuständige Bezirksregierung. Satz 2 gilt entsprechend für die Vertretung des Landes vor den Gerichten der Verwaltungsgewichtsbarkeit.

(2) Die Anträge sind der zuständigen Festsetzungsstelle unter Beifügung der Originalbelege vorzulegen; dies gilt nicht in den in Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz genannten Fällen der Zuschussgewährung und in den Fällen, in denen Versicherungsleistungen einzeln nachzuweisen sind. Für den Antrag sind die vom Finanzministerium herausgegebenen Formblätter zu verwenden. Die in den Anträgen enthaltenen Beihilfedaten unterliegen einer besonderen Geheimhaltung. Aufwendungen für Halbwaisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden.

(3) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen (§ 3 Absatz 5 Satz 2), spätestens jedoch ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt wird; die Antragsfrist beginnt für den Fall

1. der Zuschussgewährung nach § 6 Absatz 1 Satz 7, § 6 a Absatz 2 Satz 2, § 7 Absatz 3 Satz 2, Satz 4 sowie Absatz 4 Satz 4 mit dem Tag der Beendigung der Maßnahme,

2. der Beihilfe für die häusliche Pflege (§ 5 a Absatz 2) mit dem ersten Tag nach Ablauf des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde,

3. der Zuschussgewährung für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung mit dem Tage der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt.

Zu verspätet geltend gemachten Aufwendungen darf eine Beihilfe nur gewährt werden, wenn das Versäumnis entschuldbar ist. Arztrechnungen und Zahnarztrechnungen sollen die Diagnose sowie Stempel und Unterschrift des Ausstellers enthalten.

(4) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so wird abweichend von Satz 1 hierfür eine Beihilfe gewährt, wenn diese Aufwendungen 15 Euro übersteigen.

(5) Die Belege sind vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle durch Stempelaufdruck "Für Beihilfezwecke verwendet" kenntlich zu machen.

(6) Die Beihilfebescheide sind mit einer Rechtsbehelfsbelehrung (§ 58 VwGO) zu versehen.

(7) Auf eine zu erwartende Beihilfe können angemessene Abschlagszahlungen geleistet werden.

(8) Bei Beihilfen von mehr als 500 Euro, bei stationären Behandlungen oder ambulanten Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen von mehr als 1.000 Euro, hat der Beihilfeberechtigte die ihm von der Festsetzungsstelle zurückgegebenen Belege für die beihilfefähigen Aufwendungen noch drei Jahre nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Anfordern vorzulegen, soweit sie nicht bei einer Versicherung verbleiben. Die Festsetzungsstelle hat ihn bei der Rückgabe der Belege hierauf hinzuweisen.

(9) Ist eine nach dieser Verordnung erforderliche vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit ohne Verschulden des Antragstellers unterblieben, wird die Beihilfe dennoch gewährt. Dies gilt nicht für Aufwendungen nach den §§ 6, 6 a und 7.

(10) Bei Vorliegen einer wirtschaftlichen Notlage bleibt die Gewährung einer Unterstützung auf Grund der Unterstützungsgrundsätze zu nicht beihilfefähigen Aufwendungen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen unberührt.

(11) Zum Zwecke der Beihilfenfestsetzung dürfen durch die Festsetzungsstelle Belege und Schriftstücke in elektronischer Form abgebildet und gespeichert, die in ihnen enthaltenen Daten elektronisch ausgelesen und weiterverarbeitet werden. In diesem Fall sind abweichend von Absatz 2 Satz 1 erster Halbsatz keine Originalbelege vorzulegen; die vorgelegten Belege werden digitalisiert und anschließend vernichtet. Die Absätze 5 und 8 finden keine Anwendung.

(12) Soweit Maßnahmen nach Absatz 11 in zentralen Einrichtungen vorgenommen werden, sind diese Teil der jeweiligen Festsetzungsstelle.

§ 14

Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und andere Personen in Todesfällen

(1) Zu den beihilfefähigen Aufwendungen, die einem verstorbenen Beihilfeberechtigten entstanden waren, und zu den in § 11 Absatz 1 genannten Aufwendungen aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten werden dem hinterbliebenen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner oder den Kindern des Verstorbenen Beihilfen gewährt. Empfangsberechtigt ist derjenige, der die Rechnungen zuerst vorlegt. Die Beihilfe ist nach dem Hundertsatz zu bemessen, der dem verstorbenen Beihilfeberechtigten zugestanden hat.

(2) Andere als die in Absatz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten Beihilfen zu den in Absatz 1 genannten Aufwendungen, sofern sie Erbe sind; Absatz 1 Satz 2 und Satz 3 gelten entsprechend.

§ 15

Belastungsgrenze

(1) Selbstbehalte nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 und 3 und Absatz 2 Buchstabe c sowie die Kostendämpfungspauschale nach § 12 a dürfen in den Kalenderjahren 2010 bis 2014 2 Prozent und ab dem Kalenderjahr 2015 1,5 Prozent der Bruttojahresdienstbezüge oder Bruttojahresversorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (Belastungsgrenze) des Beihilfeberechtigten nicht übersteigen. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind die jährlichen Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres. Variable Bezügebestandteile, kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag, Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten sowie Einkünfte berücksichtigungsfähiger Personen bleiben außer Ansatz. Die Beträge nach Satz 1 sind mit Ausnahme der Kostendämpfungspauschale nur in Höhe des Beihilfenbemessungssatzes nach § 12 zu berücksichtigen.

(2) Die Feststellung der Belastungsgrenze erfolgt durch die Beihilfestelle. Maßgeblich für die Zuordnung der Selbstbehalte und Kostendämpfungspauschale zur Belastungsgrenze ist das Entstehen der Aufwendungen (§ 3 Absatz 5 Satz 2). Wird die Belastungsgrenze nach Absatz 1 Satz 1 überschritten, sind für das betreffende Kalenderjahr keine weiteren Selbstbehalte in Abzug zu bringen.

(3) Ab dem Kalenderjahr 2014 werden auf Antrag des Beihilfeberechtigten nachträglich Beihilfen zu Aufwendungen für verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel gezahlt, soweit die im Grundsatz nicht beihilfefähigen Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 2 Nummer 2 im Kalenderjahr den Betrag von 200 Euro (nicht berücksichtigungsfähiger Eigenbehalt) und die Belastungsgrenze nach Absatz 4 überschritten haben. Nicht berücksichtigungsfähig sind Aufwendungen für Arzneimittel und Medizinprodukte der besonderen Therapierichtungen (§ 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 5) bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben sowie Aufwendungen, die nach Anlage 2 Nummer 7 ausgeschlossen sind. Der Antrag kann frühestens nach Ablauf des Kalenderjahres und muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Aufwendungen entstanden sind.

(4) Abweichend von Absatz 1 beträgt die Belastungsgrenze für Aufwendungen nach Absatz 3 0,5 Prozent der Bruttojahresdienstbezüge oder Bruttojahresversorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (Belastungsgrenze) des Beihilfeberechtigten; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Werden neben den Aufwendungen des Beihilfeberechtigten auch Arzneimittelaufwendungen des berücksichtigungsfähigen Ehegatten beziehungsweise eingetragenen Lebenspartners geltend gemacht, sind dessen steuerliche Einkünfte (§ 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b) in die Berechnung der Belastungsgrenze nach Satz 1 einzubeziehen. Absatz 2 gilt sinngemäß. Der Beihilfeberechtigte hat die Aufwendungen nach Satz 1 und das steuerliche Einkommen des Ehegatten beziehungsweise eingetragenen Lebenspartners nach Satz 4 überprüfbar nachzuweisen.

(5) Die Aufwendungen nach Absatz 3 und 4 sind zum entsprechenden Bemessungssatz nach § 12 zu berücksichtigen.

§ 16

Besondere Bestimmungen für die Gemeinden, Gemeindeverbände und die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts

(1) Über die Beihilfeanträge der Beihilfeberechtigten der Gemeinden und Gemeindeverbände entscheidet der Dienstvorgesetzte; dieser tritt in den Fällen des § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 3, Nummer 10 Satz 11, sowie Absatz 2 Buchstabe b Satz 7, § 4 c Absatz 1 Satz 2, § 10 Absatz 3 und § 12 Absatz 5 und 6 an die Stelle des Finanzministeriums. Dies gilt entsprechend für medizinisch begründete besondere Einzelfälle

nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 4. Über Beihilfeanträge des Dienstvorgesetzten entscheidet dessen allgemeiner Vertreter.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts. Die Hochschulen im Sinne des § 1 Absatz 2 Hochschulgesetz können in einer Vereinbarung nach § 77 Absatz 2 oder 3 Hochschulgesetz abweichende Regelungen erlassen.

§ 17

Personenbezogene Bezeichnungen

Die personenbezogenen Bezeichnungen in dieser Verordnung beziehen sich auf beide Geschlechter.

§ 17 a

Übergangsregelungen

(1) Die Beihilfenverordnung vom 27. März 1975 (GV. NRW. S. 332), zuletzt geändert durch Verordnung vom 27. Juni 2008 (GV. NRW. S. 530), gilt für Aufwendungen, die bis zum 31. März 2009 entstanden sind.

(2) Diese Verordnung gilt vorbehaltlich der Absätze 3 und 4 für Aufwendungen, die nach dem 31. März 2009 entstanden sind.

(3) Die Regelungen der Zweiten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 9. Dezember 2012 (GV. NRW. S. 642) gelten vorbehaltlich des Absatzes 4 für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2012 entstanden sind.

(4) § 5 Absatz 4 Satz 4 bis 8 und Absatz 6, § 5 a Absatz 3 Satz 3 und Absatz 4 Satz 4, § 5 b Absatz 7 Satz 3, § 5 d Absatz 5 sowie die Regelungen der Zweiten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW (GV. NRW. S. 642) zu § 5 b Absatz 8 und § 5 c Absatz 6 Satz 2 gelten für Aufwendungen, die nach dem 29. Oktober 2012 entstanden sind.

(5) Die Regelungen der Vierten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung vom 15. November 2013 (GV. NRW. S. 644) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2013 entstanden sind.

§ 18

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. April 2009 in Kraft.

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

Abschnitt 1
Psychotherapeutische Leistungen

1. Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

- a) Familientherapie,
- b) Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs,
- c) Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers),
- d) Gestalttherapie,
- e) Körperbezogene Therapie,
- f) Konzentrierte Bewegungstherapie,
- g) Logotherapie,
- h) Musiktherapie,
- i) Heileurhythmie,
- j) Psychodrama,
- k) Respiratorisches Biofeedback und
- l) Transaktionsanalyse.

2. Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 4 a bis 4 d gehören

- a) Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind,
- b) Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung,
- c) Heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen und
- d) psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

Abschnitt 2
Psychosomatische Grundversorgung

1. Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von Fachärzten für

- a) Allgemeinmedizin,
- b) Augenheilkunde,
- c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- d) Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- e) Innere Medizin,
- f) Kinder- und Jugendlichenmedizin,

- g) Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
- h) Neurologie,
- i) Phoniatrie und Pädaudiologie,
- j) Psychiatrie und Psychotherapie,
- k) Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- l) Urologie.

2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähige, wenn die Behandlung durchgeführt wird von

- a) Ärzten,
- b) Psychologischen Psychotherapeuten oder
- c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die behandelnde Person muss über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung der entsprechenden Interventionen verfügen.

Abschnitt 3

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

1. Wird die Behandlung von einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

- a) Psychotherapeutische Medizin,
- b) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie oder
- d) Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie sowie ein Arzt mit der Berufsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte) durchführen.

2. Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

3. Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 Psychotherapeutengesetz durchgeführt, muss diese Person

- a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen,
- b) in das Arztregister eingetragen sein oder
- c) über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

4. Ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Therapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte).

5. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

6. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 Psychotherapeutengesetz durchgeführt, muss er

- a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
- b) in das Arztregister eingetragen sein oder
- c) über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

7. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Therapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Num-

mern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte).

8. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Person durchgeführt, die weder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der der Berechtigung nach den Nummern 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach den Nummern 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

9. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in besonderen Ausnahmefällen ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung des Therapeuten vorgelegt wird und die Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Indikation nach § 4 a Absatz 1, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

Abschnitt 4 Verhaltenstherapie

1. Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss er Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

- a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,
- b) Psychiatrie und Psychotherapie,
- c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
- d) Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

Ärztliche Psychotherapeuten, die keine Fachärzte sind, können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

2. Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz kann Verhaltenstherapie durchführen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

3. Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 Psychotherapeutengesetz durchgeführt, muss diese Person

a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,

b) in das Arztregister eingetragen sein oder

c) über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

4. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Person durchgeführt, die weder Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Anlage 2

(zu § 4 Absatz 1 Nummer 7)

1. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für alle nach dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln – Arzneimittelgesetz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. Oktober 2007 (BGBl. I S. 2510), zugelassenen Arzneimittel, sofern sie nicht nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 2 oder im Rahmen dieser Anlage ausgeschlossen sind.

2. Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption nur bei Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres und bei Personen ab Vollendung des 48. Lebensjahres.

3. Beihilfefähig sind Aufwendungen für zugelassene nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eingesetzt werden (Begleitmedikation), wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist oder wenn es zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auftretenden schwerwiegenden, schädlichen, unbeabsichtigten Reaktionen eingesetzt wird (unerwünschte Arzneimittelwirkungen).

4. Beihilfefähig sind Aufwendungen für zugelassene nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen im Rahmen einer ambulanten Behandlung durch den Arzt / Zahnarzt mit einer einmaligen Anwendung verbraucht werden.

5. Aufwendungen für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 oder 2 des Medizinproduktegesetzes (MPG) zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, sind indikationsbezogen beihilfefähig, wenn sie in der Anlage V der jeweils aktuellen Fassung der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt sind.

6. Bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind - unabhängig von der Verschreibungspflicht – die Aufwendungen für folgende Arzneimittel nicht beihilfefähig:

a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt.

b) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,

c) Abführmittel außer zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorerleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukovizidose, neurogener Darm- lähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase,

d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit (unberührt bleibt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei Erbrechen bei Tumortherapie und anderen schwerwiegenden Erkrankungen, z.B. Menierescher Symptomkomplex).

7. Nicht beihilfefähig sind (unabhängig vom Alter des Beihilfeberechtigten und der berücksichtigungsfähigen Person sowie der Verschreibungspflicht):

a) Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen. Es sind dies z.B. Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, so genannte Krankenkost und diätetische Lebensmittel einschließlich Produkte für Säuglinge oder Kleinkinder. Abweichend von Satz 1 sind beihilfefähig Aufwendungen für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung im Zusammenhang mit Enteraler und Parentaler Ernährung im Rahmen der jeweils aktuellen Fassung des Abschnitts I der Arzneimittel-Richtlinien/AM-RL in der Fassung vom 18. Dezember 2008 / 22. Januar 2009 – veröffentlicht im BAnz. 2009, Nummer 49a; zuletzt geändert am 18. Juni 2009 – veröffentlicht im BAnz. 2009, Nummer 119 S. 2786, sowie den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung.

b) Aufwendungen für Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dies sind Arzneimittel, deren Einsatz grundsätzlich durch die private Lebensführung bedingt ist oder die aufgrund ihrer Zweckbestimmung insbesondere

- nicht oder nicht ausschließlich zur Behandlung von Krankheiten dienen,

- zur individuellen Bedürfnisbefriedigung oder zur Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen,

- zur Behandlung von Befunden angewandt werden, die lediglich Folge natürlicher Alterungsprozesse sind und deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist,

- zur Anwendung bei kosmetischen Befunden angewandt werden, deren Behandlung in der Regel nicht notwendig ist.

Hierzu gehören insbesondere Aufwendungen für Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen.

Das Finanzministerium kann in medizinisch begründeten Einzelfällen oder allgemein (u.a. für Aufwendungen für potenzsteigernde Mittel, wenn diese für andere Erkrankungen als der erektilen Dysfunktion erforderlich sind und es keine anderen zu Behandlung der Krankheit zugelassene Arzneimittel gibt, sie im Einzelfall nicht verträglich sind oder sich als unwirksam erwiesen haben) in den Verwaltungsvorschriften zur dieser Verordnung Ausnahmen zulassen.

Anlage 3

(zu § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 11)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel

Für die Angemessenheit der Aufwendungen für die Anschaffung von Hilfsmitteln gelten die nachfolgenden Regelungen:

1. Blutdruckmessgerät

Als beihilfefähiger Höchstbetrag wird ein Betrag von 80 Euro festgesetzt.

2. Hörgerät

Als beihilfefähiger Höchstbetrag (je Ohr) wird ein Betrag von 1.400 Euro festgesetzt. Mit diesem Betrag sind sämtliche Nebenkosten mit Ausnahme der Kosten einer medizinisch notwendigen Fernbedienung abgegolten. Die Mindesttragedauer beträgt 5 Jahre.

3. Perücke

Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zu einem Höchstbetrag von 800 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z.B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z.B. infolge Schädelverletzung), oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall (z.B. auf Grund einer Chemotherapie) vorliegt. Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn die Tragedauer laut ärztlichem Attest den Zeitraum von 12 Monaten überschreiten wird. Die Kosten für die Ersatzbeschaffung einer Perücke sind beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens 12 Monate, bei der gleichzeitigen Nutzung von zwei Perücken mindestens 24 Monate vergangen sind. Dies gilt nicht bei Kindern, deren Kopfform sich verändert hat.

4. Therapiedreirad, Therapietandem, Handy-Bike und Roll-Fiets

Bei der Anschaffung der o.g. Hilfsmittel ist der Beihilfenberechnung der Grundpreis der jeweils einfachsten Ausführung des Hilfsmittels zu Grunde zu legen. Von dem Grundpreis ist als Selbstbehalt für die häusliche Ersparnis (Anschaffung eines normalen Fahrrades) für einen Erwachsenen ein Betrag von 500 Euro und für ein Kind (bis 16 Jahre) von 250 Euro in Abzug zu bringen. Auf Grund der jeweiligen Körperbehinderung notwendige Zusatzkosten für Sonderausstattungen sind dem Grundpreis hinzuzurechnen.

5. Blutzuckerteststreifen (Glucose-Teststreifen)

Als beihilfefähiger Höchstbetrag je Teststreifen wird ein Betrag von 0,70 Euro festgesetzt.

Beihilferechtliches Gebührenverzeichnis NRW für Heilpraktikerleistungen

1. Allgemeine Hinweise

Der Heilpraktiker übt seinen Beruf eigenverantwortlich aus und zählt zu den freien Berufen im Sinne des § 18 EStG.

Die Tätigkeit des Heilpraktikers beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Dienstvertrag mit dem Patienten. Der Vertrag ist laut § 145 BGB nicht an eine Form gebunden und kann auch ohne ausdrückliche Vereinbarung durch schlüssige Handlungen zustande kommen.

Der Heilpraktiker schließt mit dem Patienten einen Dienstvertrag (§§ 611 – 630 BGB), der ihn zur Leistung der versprochenen Dienste, wie Bemühen um Heilung oder Linderung der Krankheit im gegenseitigen Einverständnis, den Patienten zur Zahlung einer Vergütung verpflichtet.

Im Rahmen seines ganzheitlichen Behandlungszieles wendet der Heilpraktiker die notwendigen Verfahren an, die zu einer diagnostischen Abklärung und einer entsprechenden therapeutischen Beeinflussung des jeweiligen Krankheitsgeschehens notwendig sind.

Nach § 611 BGB ist die Höhe der Vergütung der freien Vereinbarung zwischen Heilpraktiker und Patient überlassen. Wenn beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen wurde, so gilt sie doch nach § 612 BGB als vereinbart.

Ist in Ermangelung einer Taxe die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen (§ 612 Absatz 2 BGB).

Die Höhe der üblichen Vergütung resultiert aus der Bestimmung der Leistung nach billigem Ermessen (§ 315 BGB).

Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für den Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

2. Rechnungshinweise

Eine Rechnungserstellung hat korrekt im Sinne der Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag zu erfolgen. Die Rechnung muss in ihrer Form sowohl für den Zah-

lungspflichtigen, als auch für die Beihilfestellen übersichtlich und nachvollziehbar sein. Hierbei sind insbesondere anzugeben:

- a) Vor- und Zuname und die vollständige Adresse des Patienten,
- b) die vollständige Diagnose (hierbei sind für alle im entsprechenden zeitlichen Zusammenhang durch den Heilpraktiker festgestellten und/oder behandelten Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen die entsprechenden Diagnosen in nachvollziehbarer Form anzugeben, so dass sich ein erkennbarer Zusammenhang zu allen Behandlungsmaßnahmen sowie den verordneten oder verwendeten Arzneimitteln ergibt,
- c) jede Einzelleistung mit der entsprechenden Ziffer des nachfolgenden Verzeichnisses,
- d) jeder Einzelbetrag der entsprechenden Leistung,
- e) jeder Leistungskomplex mit dem entsprechenden Datum.

Nicht gesondert berechnungsfähig sind:

- a) Porto- und Versandkosten innerhalb einer Laborgemeinschaft, Kleinmaterialien wie Zellstoff- und Mulltupfer, Schnellverbandmittel, Verbandsspray, Einmalspatel und -stäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge, kleine Mull- und Zellstoffkompressen. (Werden wegen der Besonderheit des Falles größere Mengen Mull oder Zellstoff benötigt, können diese mit dem Selbstkostenpreis zur Berechnung kommen),
- b) Mittel zur Oberflächenanästhesie, Desinfektions- und Reinigungsmittel, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Puder und Salben sowie geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung,
- c) Einmalartikel, wie Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalkatheter, Einmaldarmrohre.

3. Beihilferechtliche Hinweise

a) Beihilfefähig sind ausschließlich die in dem nachfolgenden Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen mit den hierzu benannten Höchstbeträgen. Diese wurden seitens des Bundesministeriums des Innern mit dem Dachverband Deutscher Heilpraktikerverbände e.V. (DDH), Maarweg 10, 53123 Bonn, dem Fachverband Deutscher Heilpraktiker e.V. (FDH), Maarweg 10, 53123 Bonn, dem Freien Verband Deutscher Heilpraktiker e.V. (FVDH), Weseler Straße 19-21, 48151 Münster, der Union Deutscher Heilpraktiker e.V. (UDH), Waldstraße 21, 61137 Schöneck, dem Verband Deutscher Heilpraktiker e.V. (VDH), Ernst-Grote-Straße 13, 30916 Isernha-

gen und dem Bund Deutscher Heilpraktiker e.V. (BDH), Südstraße 11, 48231 War-
 endorf am 23. September 2011 für den Bundesbeihilfebereich vereinbart. Weitere
 Leistungen (Ausnahme Buchstabe b) und höhere Honorarvergütungssätze sind nicht
 beihilfefähig.

b) Leistungen, die nicht im dem Gebührenverzeichnis aufgeführt sind, können aus-
 nahmsweise entsprechend einer ähnlichen Leistung des Verzeichnisses berechnet
 werden. Eine verständliche Beschreibung dieser Leistung ist erforderlich. Es hat eine
 Kennzeichnung als analoge Leistung mit einem „A“ zur entsprechenden Ziffer zu er-
 folgen.

c) §§ 3 und 4 sowie Anlage 2 BVO sind zu beachten.

4. Gebührenverzeichnis:

Nummer	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag
01 -10	Allgemeine Leistungen	
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50 €
2a	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	80,00 €
2b	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöo- pathie <i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 2b ist in einer Sitzung nur einmal und innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berech- nungsfähig.</i>	35,00 €
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Aus- stellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Lei- stung pro Inanspruchnahme der Heilpraktikerin / des Heil- praktikers	3,00 €
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß über- steigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 4 ist nur als alleinige Lei- stung oder in Zusammenhang mit einer Leistung nach Nummer 1 oder 17.1 beihilfefähig.</i>	18,50 €
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls ein- schließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 5 ist nur einmal pro Behand- lungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.</i>	9,00 €
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00 €

7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	18,00 €
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Nummern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	20,00 €
9	Hausbesuch einschließlich Beratung	
9.1	bei Tag	24,00 €
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	26,00 €
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	29,00 €
10	Nebengebühren für Hausbesuche	
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag - bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	4,00 €
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht - bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	8,00 €
10.5	für jeden zurückgelegten km bei Tag von 2-25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	1,00 €
10.6	für jeden zurückgelegten km bei Nacht von 2-25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	2,00 €
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden: <i>Anmerkung: Die Wegekilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.</i>	0,20 €
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Abrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Die Patientin bzw. der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.	16,00 €
11	Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen	
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief für Patienten	5,00 €

11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A 4 engzeilig maschinengeschrieben)	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	15,00 €
		Schriftliche gutachtliche Äußerung	16,00 €
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen		8,00 €
12	Chemisch-physikalische Untersuchungen		
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des ph-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.</i>		3,00 €
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z. B. Zucker)		4,00 €
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment		4,00 €
12.7	Blutstatus (nicht neben Nummer 12.9, 12.10, 12.11)		10,00 €
12.8	Blutzuckerbestimmung		2,00 €
12.9	Hämoglobinbestimmung		3,00 €
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches		6,00 €
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z.B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.	3,00 €
		Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00 €
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme		3,00 €
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung		6,00 €

	<i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	7,00 €
13	Sonstige Untersuchungen	
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art (zum Beispiel: ph-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein). <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	6,00 €
14	Spezielle Untersuchungen	
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden. Leistungen nach Nummer 14.1 und Nummer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>	8,00 €
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.2 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden.</i>	8,00 €
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,00 €
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00 €
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00 €
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00 €
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00 €
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00 €
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung: Nicht neben Nummer 1 oder Nummer 4 berechenbar.</i>	8,00 €
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- und oder Strömungsmessungen	9,00 €
17	Neurologische Untersuchungen	
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00 €

18 – 23	Spezielle Behandlungen		
20	Atemtherapie, Massagen		
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren		8,00 €
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u.a., Spezialnervenmassage		6,00 €
20.3	Bindegewebsmassage		6,00 €
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)		4,00 €
20.5	Großmassage		6,00 €
20.6	Sondermassagen	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00 €
		Massage im extramuskulären Bereich (zum Beispiel: Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00 €
		Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,00 €
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten		6,00 €
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut		4,00 €
21	Akupunktur		
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose		23,00 €
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte		7,00 €
22	Inhalationen		
22.1	Inhalationen, soweit sie von dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden		3,00 €
24 – 30	Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren		
24	Eigenblut, Eigenharn		
24.1	Eigenblutinjektion		11,00 €
25	Injektionen, Infusionen		
25.1	Injektion, subkutan		5,00 €
25.2	Injektion, intramuskulär		5,00 €
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell		7,00 €
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung		7,00 €
25.5	Injektion, intraartikulär		11,50 €
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke		11,50 €
25.7	Infusion		8,00 €

25.8	Dauertropfeninfusion <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit der mit der Infusion eingebrachten Medikamente richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.</i>	12,50 €
26	Blutentnahmen	
26.1	Blutentnahme	3,00 €
26.2	Aderlass	12,00 €
27	Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren	
27.1	Setzen von Blutegeln, gegebenenfalls einschließlich Verband	5,00 €
27.2	Skarifikation der Haut	4,00 €
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00 €
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00 €
27.5	Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel	5,00 €
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00 €
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00 €
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00 €
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00 €
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00 €
27.12	Biersche Stauung	5,00 €
28	Infiltrationen	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00 €
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00 €
29	Roedersches Verfahren	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00 €
30	Sonstiges	
30.1	Spülung des Ohres	5,00 €
31	Wundversorgung, Verbände und Verwandtes	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00 €
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00 €
32	Versorgung einer frischen Wunde	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00 €
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00 €
33	Verbände (außer zur Wundbehandlung)	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00 €
33.2	Elastische Stütz- und Pflasterverbände	7,00 €
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit des für den Verband verbrauchten Materials richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfetragers.</i>	10,00 €
34	Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00 €

34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	17,00 €
35	Osteopathische Behandlung	
35.1	des Unterkiefers	11,00 €
35.2	des Schultergelenkes und der Wirbelsäule	21,00 €
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	21,00 €
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	12,00 €
35.5	des Daumens	10,00 €
35.6	einzelner Finger und Zehen	10,00 €
36	Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00 €
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00 €
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00 €
36.4	Kneippsche Güsse	4,00 €
37	Elektrische Bäder und Heißluftbäder <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
37.1	Teilheißluftbad, (zum Beispiel: Kopf oder Arm)	3,00 €
37.2	Ganzheißluftbad, (zum Beispiel: Rumpf oder Beine)	5,00 €
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00 €
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00 €
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00 €
38	Spezialpackungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.</i>	
38.1	Fangopackungen	3,00 €
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00 €
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00 €
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	3,00 €
39	Elektro-physikalische Heilmethoden	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00 €
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00 €
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00 €
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00 €
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00 €
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00 €

39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00 €
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00 €
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	4,00 €
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	4,00 €
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z.B. Jono-Modulator	4,00 €
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00 €