

## 20320 Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen ( Beihilfenverordnung - BVO -) vom 27.03.1975

Verordnung  
über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-,  
Geburts- und Todesfällen  
(Beihilfenverordnung - BVO -)

Vom 27. März 1975 ( [Fn1](#) )

Auf Grund des § 88 Abs. 1 des Landesbeamten gesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. Mai 1970 (GV. NW. S. 344) ( [Fn2](#) ), zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. März 1975 (GV. NW. S. 240), und des Artikels III Abs. 4 des Neunten Gesetzes zur Änderung des Landesbesoldungsgesetzes vom 18. März 1975 (GV. NW. S. 240) wird im Einvernehmen mit dem Innenminister verordnet:

§ 1 ( [Fn3](#) ) ( [Fn23](#) )  
Beihilfeberechtigte Personen

(1) In Krankheits-, Geburts- und Todesfällen sowie in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation werden Beihilfen gewährt an

1. Beamte und Richter mit Ausnahme der Ehrenbeamten,
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden sind,
3. Witwen, Witwer 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, Unterhaltsbeitrag oder Unterhaltsbeihilfe 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 Abs. 1 Satz 2 oder 61 Abs. 2 Satz 2 zweiter Halbsatz oder Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz BeamtVG nicht gezahlt werden und der Versorgungsberechtigte keine Beihilfeberechtigung in anderer Eigenschaft erworben hat. Ein Zuschuß nach § 9 Abs. 1 Satz 2 oder 3 ist auch bei einer Beurlaubung ohne laufende Bezüge zur Ableistung des Wehrdienstes oder des Zivildienstes zu zahlen.

(3) Beihilfen werden nicht gewährt

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 Abs. 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 Nr. 2 und 3) für die Dauer einer Beschäftigung, die zum Bezug von Beihilfen berechtigt,

3. sofern Ansprüche nach § 27 des Abgeordnetengesetzes vom 18. Februar 1977 (BGBl. I S. 297) oder nach entsprechenden Regelungen bestehen.

(4) Wird ein Beamter von einem Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung zu einem Dienstherrn, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, abgeordnet oder versetzt, so werden Beihilfen von dem aufnehmenden Dienstherrn nach dieser Verordnung zu den Aufwendungen gewährt, die nach dem Zeitpunkt der Abordnung oder Versetzung entstanden sind. Bei einer Abordnung oder Versetzung innerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung gewährt der jeweilige Dienstherr Beihilfen zu den Aufwendungen, die während der Dienstleistung bei ihm entstehen. Wird ein Beamter zu einem Dienstherrn, in dessen Dienstbereich diese Verordnung nicht gilt, abgeordnet oder versetzt, so werden zu den bis zum Zeitpunkt der Abordnung oder Versetzung entstandenen Aufwendungen Beihilfen nach dieser Verordnung gewährt; stehen dem abgeordneten Beamten bei dem anderen Dienstherrn niedrigere Beihilfen als nach dieser Verordnung zu, so wird der Unterschiedsbetrag vom bisherigen Dienstherrn gezahlt.

(5) Versorgungsempfänger mit mehreren Ansprüchen auf Versorgungsbezüge erhalten Beihilfen von der Stelle, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge (§ 54 BeamtVG) zuständig ist.

§ 2 ( [Fn4](#), [5](#) )

Beihilfefälle

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen

1. in Krankheitsfällen

- a) für den Beihilfeberechtigten selbst,
- b) für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten des Beihilfeberechtigten, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) - bei Rentenbezug zuzüglich der Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag - des Ehegatten im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro nicht übersteigt; bei Überschreitung dieser Grenze sind die Aufwendungen insoweit beihilfefähig, als der Ehegatte trotz ausreichender Krankenversicherung für bestimmte Krankheiten von den Leistungen ausgeschlossen ist oder die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind; für einen getrennt lebenden Ehegatten werden Beihilfen nur gewährt, wenn dieser einen Unterhaltsanspruch gegen den Beihilfeberechtigten hat,
- c) für die in Absatz 2 bezeichneten Kinder;

Aufwendungen für Schutzimpfungen - ausgenommen für solche aus Anlaß von Auslandsreisen -, Aufwendungen zur Früherkennung bestimmter Krankheiten (§ 3 Abs. 1 Nr. 2) sowie Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen (§ 3 Abs. 1 Nr. 3) werden den Aufwendungen in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit gleichgestellt,

2. in Geburtsfällen

- a) einer Beihilfeberechtigten,
- b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau des Beihilfeberechtigten,
- c) der nicht selbst beihilfeberechtigten Mutter eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten,
- d) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter des Beihilfeberechtigten;

3. im Todesfalle

- a) eines Beihilfeberechtigten,
- b) seines nicht selbst beihilfeberechtigt gewesenen Ehegatten,
- c) eines in 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 des 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 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 Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigte oder berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten gewährt; dies gilt auch für Kinder im Sinne des § 32 Abs. 4 Nr. 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes, die nur wegen der Höhe ihrer Einkünfte und Bezüge nicht im Familienzuschlag berücksichtigt werden. Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksigungsfähig oder ist bei verheirateten Kindern neben dem beihilfeberechtigten Elternteil der Ehegatte des Kindes beihilfeberechtigt, so wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen für das Kind dem Beihilfeberechtigten gewährt, der zuerst die Originalbelege über die Aufwendungen vorlegt.

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

§ 3 ( ***Fn6*** )

Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfange

1. in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, zur Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden sowie bei dauernder Pflegebedürftigkeit,

2. zur Früherkennung von Krankheiten

a) bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres für Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche und geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden,

b) bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an für eine Untersuchung im Jahr zur Früherkennung von Krebserkrankungen,

c) bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an für eine Untersuchung im Jahr zur Früherkennung von Krebserkrankungen,

d) bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an für eine Untersuchung in jedem zweiten Jahr, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit

nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen,

3. für prophylaktische Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen (Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 - BGBl. I S. 2316 -),

4. in Geburtsfällen für die Entbindung, das Wochenbett und die Säuglingsausstattung,

5. in Todesfällen für die Erd- oder Feuerbestattung,

6. für Schutzimpfungen - ausgenommen für solche aus Anlaß von Auslandsreisen -,

7. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs,

8. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation.

(2) Über die Notwendigkeit und den angemessenen Umfang von Aufwendungen entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann bei Zweifel über die Notwendigkeit und den angemessenen Umfang ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen. Mehraufwendungen für die Inanspruchnahme einer ersten ärztlichen Fachkraft ohne zwingenden Anlaß sind nicht beihilfefähig.

(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 Abs. 1 und 2 SGB V), bei Heilmitteln (§ 32 SGB V), bei Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), bei häuslicher Krankenpflege (§ 37 Abs. 4 SGB V) und bei Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 4 SGB V) sowie Leistungen auf Grund der Bestimmungen über die vollständige oder teilweise Kostenbefreiung (§ 62 Abs. 4 SGB V). Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass Pflichtversicherte an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V wählen oder nach § 13 Abs. 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 Abs. 6, § 24 Abs. 3, § 28 Abs. 4, § 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2, § 33 Abs. 2, § 37 Abs. 5, § 37a Abs. 3, § 38 Abs. 5, § 39 Abs. 4, § 40 Abs. 5 und 6, § 41 Abs. 3 und § 60 Abs. 1 und 2 SGB V sowie § 32 SGB VI und § 40 Abs. 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 § 99 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 Abs. 2 SGB XI Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten.

Satz 1 und Satz 2 Nr. 2 gelten entsprechend für Personen, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind, sofern zu dieser Versicherung ein Zuschuß nach § 257 SGB V oder § 61 SGB XI gewährt wird oder der Beitrag auf Grund des § 207a SGB III übernommen wird; übersteigt die Hälfte des Beitrages der Krankenversicherung den Beitragszuschuß nach § 257 SGB V, so gelten die Leistungen der Krankenversicherung nur im Verhältnis des Beitragzzuschusses zur Hälfte des Krankenversicherungsbeitrages als zustehende Leistungen im Sinne des Satzes 1. Maßgebend sind die Beiträge und der Beitragzzuschuß im Zeitpunkt der Antragstellung. Personen, denen Sachleistungen auf Grund des Bundesversorgungsgesetzes, des Häftlingshilfegesetzes oder des Soldatenversorgungsgesetzes 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, des Einkaufs von Arzneien, der Lieferung eines Hilfsmittels.

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit von Ehegatten, Kindern und Eltern des Behandelten; Kosten, die dem behandelnden Angehörigen im Einzelfall - z. B. für Materialien, Verbandsmittel und Arzneimittel - entstehen und deren Geldwert nachgewiesen ist, sind im Rahmen der Verordnung beihilfefähig. § 5 Abs. 4 bleibt unberührt.

#### § 4 ( [Fn7](#), [8](#) )

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, Zahnrzt, 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 im Einvernehmen mit dem Innenministerium allgemein bestimmen, zu welchen und unter welchen Voraussetzungen zu noch nicht wissenschaftlich anerkannten Heilbehandlungen Beihilfen gewährt 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 der Anlage 1 zu dieser Verordnung. Zahntechnische Leistungen nach § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBL. I S. 2316) sind bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sowie bei Einlagefüllungen (Inlays) in Höhe von sechzig vom Hundert beihilfefähig.

2. Stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Behandlung

a) in Höhe der nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) für allgemeine Krankenhausleistungen berechnungsfähigen Vergütungen (§§ 11 bis 14 BPfIV), der Arztkosten abzüglich eines Betrages von 10 Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr, der Kosten für ein Zweibettzimmer (§§ 22 und 23 BPfIV) abzüglich eines Betrages von 15 Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr sowie der Entgelte nach § 26 BPfIV oder

b) in Höhe des Pflegesatzes der zweiten abzüglich eines Betrages von 25 Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr oder dritten Pflegeklasse einer Krankenanstalt, der gesondert berechneten Neben- und Heilbehandlungskosten sowie der Arztkosten oder

c) in Höhe der nach § 115a Abs. 3 SGB V vereinbarten Vergütungen,

sofern nicht § 5 Abs. 7 oder § 6 anzuwenden ist.

3. Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Behandlungen außerhalb einer Heilkur oder einer kurärnlichen Maßnahme bis zum Höchstbetrag von je 20 Euro täglich für den Erkrankten und für 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, Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern, Geschwister, Verschwiegerten ersten Grades sowie Schwager und Schwägerin 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 und die Eltern eines Pflegebedürftigen ist eine für die Pflege gezahlte Vergütung nicht beihilfefähig. In den Fällen des Satzes 2 bis 4 sind höchstens die Kosten für eine Berufspflegekraft beihilfefähig. Aufwendungen für im Haushalt des Beihilfeberechtigten bereits tätige Personen sind nur insoweit beihilfefähig, als sie nachweislich über die bisher gezahlte Vergütung hinaus durch Mehrarbeit infolge Übernahme der Pflege entstanden sind.

6. Eine Familien- und Hauspfegekraft bis zum Betrag von 6,50 Euro je Stunde, höchstens jedoch 39 Euro täglich, wenn der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Familienangehörige oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte wegen einer stationären Unterbringung (Nummer 2, §§ 5, 6 und 8) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, dass diese Person - ausgenommen sie ist alleinerziehend - nicht oder nur geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV erwerbstätig ist, 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 7 Tage nach Ende der stationären Unterbringung, nach einer ambulanten Operation oder darüber hinaus, wenn dadurch ein stationärer Krankenhausaufenthalt (§ 4 Abs. 1 Nr. 2) vermieden wird (z.B. Liegeschwangerschaft) sowie bei Alleinerziehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. Wird an Stelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspfegekraft ein Kind unter fünfzehn 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 Hauspfegekraft 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 bei ärztlichen oder zahnärztlichen Verrichtungen verbrauchten und die auf Grund einer schriftlichen ärztlichen oder zahnärztlichen Verordnung beschafften Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen. Nicht beihilfefähig sind

a) wissenschaftlich nicht anerkannte Mittel; Nummer 1 Satz 3 und 4 gilt entsprechend,

b) Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen,

c) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,

d) Abführmittel, ausgenommen bei erheblichen Grunderkrankungen,

e) Arzneimittel, die nach § 34 Abs. 1 Sätze 7 und 8 SGB V von der Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind.

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 im Einvernehmen mit dem Innenministerium 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 Sanatoriumsbehandlung oder Heikur -, Massagen, Bestrahlung, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Die Heilbehandlung muß von einem Beschäftigungs- und

Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister oder Physiotherapeuten 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 Abs. 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, Liegestuhl, Gesundheitsschuhe, Fieberthermometer, Heizkissen, Bestrahlungslampen u. dgl.). Beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für folgende Hilfsmittel:

Atemmonitor,

Beatmungsgeräte,

Blindenführhunde einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb,

Blindenstöcke,

Blutdruckmessgeräte,

Bruchbänder,

CPAP-Geräte,

Ernährungspumpen,

Fußeinlagen,

Gehwagen,

Gipsbetten,

Gummistrümpfe,

Heimdialysegeräte,

Herzschriftermacher einschließlich Kontrollgerät,

Hilfsgeräte (für Schwerstbehinderte, Ohnhander u. a.),

Hörhilfen (auch Hörbrillen),

Infusionspumpen,

Inhalationsapparate,

Injektionsspritzen und -nadeln, Insulin-Dosiergeräte,

Katheter,

Kniekappen,

Knöchel- und Gelenkstützen,

Körperersatzstücke,  
Kopfschützer, Korrekturschienen u. ä.,  
Krankenfahrräder,  
Krankenheber,  
Kranksäcke (einschließlich Gehbänkchen mit Zubehör),  
Krücken,  
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,  
Wechsel-Druckgeräte.

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. Der Dienstherr kann ein Hilfsmittel unentgeltlich zur Verfügung stellen; in diesem Fall wird keine Beihilfe gezahlt. Die Angemessenheit der Aufwendungen bestimmt sich nach der Anlage 2 zu dieser Verordnung.

11. Die Beförderung des Erkrankten und, falls erforderlich, einer Begleitperson bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreismäßigungen. Gepäckbeförderungskosten sind daneben nicht gesondert beihilfefähig. Höhere Fahr- und Transportkosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 2 LRKG genannte Betrag beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) Beförderungskosten für die Hin- und Rückfahrt zum Kurort (§ 7),
- b) die Mitnahme weiterer Personen bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
- c) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bei einfachen Entfernungen bis zu 30 Kilometern,
- d) die Mehrkosten von Hin- und Rückfahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich wäre,
- e) den Rücktransport wegen Erkrankung während privater Auslandsaufenthalte.

12. Einen Organspender, soweit der Empfänger zu den in § 2 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a bis c bezeichneten Personen gehört, für

a) Aufwendungen nach den Nummern 1, 2, 3, 6, 7, 9 und 11, die aus Anlaß der für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen,

b) den nachgewiesenen Ausfall an Arbeitseinkommen.

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht von anderer Seite erstattet werden oder zu erstatten sind. Die Buchstaben a und b gelten auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, daß sie als Organspender nicht in Betracht kommen.

13. Aufwendungen im Zusammenhang mit der Suche eines geeigneten Knochenmarkspenders bis zu einem Betrag von 15.500 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 nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

- größere Kiefer- oder Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in Tumoroperationen, in Entzündungen des Kiefers, in Operationen infolge von großen Zysten (z.B. große folliculäre Zysten oder Keratozytose), in Operationen infolge von Osteopathien - sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt - , in angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten) oder in Unfällen haben,

- dauerhaft bestehende Xerostomie (Mundtrockenheit), insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,

- generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen (weniger als 8 Zähne pro Kiefer),

- nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z. B. Spastiken)

- atrophischer zahnloser Unterkiefer.

Aufwendungen für mehr als vier Implantate (einschließlich vorhandener Implantate) sind bei der Versorgung eines zahnlosen Unterkiefers nicht beihilfefähig.

Voraussetzung für die Gewährung einer Beihilfe ist, dass der Festsetzungsstelle ein Kostenvoranschlag eingereicht wird und diese auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Arztszahnarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der beabsichtigten Maßnahme und die Angemessenheit der Kosten anerkannt hat.

c) Aufwendungen für Zahnersatz (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnräder (Nummern 214 bis 217, 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht für Beamte, die unmittelbar vor ihrer Ernennung mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt oder berücksichtigungsfähige Person bei einem Beihilfeberechtigten waren, für Anwärter, die nach Abschluß des Vorbereitungsdienstes unmittelbar in ein Eingangsamts der Besoldungsgruppen A 1 bis A 8 eintreten, oder wenn die Leistungen nach Satz 1 auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist.

#### § 5 ( [Fn9](#), [10](#) )

Beihilfefähige Aufwendungen  
bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege nach Maßgabe der Absätze 2 bis 8 beihilfefähig. § 4 Abs. 1 bleibt unberührt.

(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.

(3) Aufwendungen für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB XI) oder eine teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) sind je nach Pflegestufe des § 15 SGB XI beihilfefähig bis zu monatlich:

1. in Stufe I  
384 Euro,

2. in Stufe II  
921 Euro,

3. in Stufe III  
1.432 Euro;

entstehen auf Grund besonderen Pflegebedarfs in der Pflegestufe II oder III höhere Aufwendungen, sind die Aufwendungen insgesamt höchstens bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Berufspflegerkraft unter Anrechnung eines die finanzielle Leistungsfähigkeit angemessen berücksichtigenden Selbstbehalts beihilfefähig.

Bei Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) sind die Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 1.432 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig.

(4) Bei einer häuslichen Pflege durch andere Personen sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 SGB XI monatlich höchstens folgende Pauschalen beihilfefähig:

1. in Stufe I	205 Euro
2. in Stufe II	410 Euro
3. in Stufe III	665 Euro

Wird die Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, ist die Pauschale - mit Ausnahme für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2), einer Sanatoriumsbehandlung (§ 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 Pflegepersonen (§ 45 SGB XI) beihilfefähig. Ist die Pflegeperson wegen Erholungssurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert, so sind Aufwendungen für die Ersatzpflege (§ 39 Satz 3 SGB XI) bis zu weiteren 1.432 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig. Wird die Ersatzpflege durch Pflegepersonen durchgeführt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind auf Nachweis die notwendigen Aufwendungen (Satz 4), die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, beihilfefähig. Aufwendungen für Beratungen nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig.

(5) Wird neben einer teilstationären Pflege oder einer häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte zusätzlich eine Pflege durch andere Personen notwendig, ist, sofern die Pflegeversicherung Kombinationsleistungen (§§ 38 und 41 Abs. 3 SGB XI) erbringt, die Beihilfe nach Absatz 3 und 4 anteilig zu gewährt. Dabei sind die Aufwendungen nach Absatz 3 bis zur Höhe des von der Pflegeversicherung ermittelten Anteils beihilfefähig; die Pauschale nach Absatz 4 wird daneben anteilig gewährt. In anderen Fällen kann die Beihilfe entweder nur nach Absatz 3 oder nach Absatz 4 gewährt werden; dabei sind die in der privaten oder sozialen Pflegeversicherung Versicherten an ihre gegenüber der Versicherung getroffene Entscheidung gebunden.

(6) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sind im Rahmen des § 4 Abs. 1 Nr. 10 beihilfefähig. Bei stationärer Pflege gehören hierzu nur Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt oder individuell angepasst oder die überwiegend nur dem Pflegebedürftigen allein überlassen sind, sofern sie nicht üblicherweise von der Einrichtung vorzuhalten sind.

(7) Bei der stationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) ist der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (§ 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI) in Betracht kommende Pflegesatz beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 SGB XI) sind nicht beihilfefähig, es sei denn, daß sie die folgenden monatlichen 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 - verminderter Einkommens,

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

Einkommen sind die monatlichen Dienst- oder Versorgungsbezüge (ohne die kinderbezogenen Anteile im Ortszuschlag und variable Bezügebestandteile), das Erwerbseinkommen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten. Angehörige im Sinne des Satzes 2 sind nur der Ehegatte 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 hinzuzurechnen. Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt. Bei einer Pflege in einer Pflegeeinrichtung, welche die Voraussetzungen des § 71 Abs. 2 SGB XI erfüllt, sind höchstens die niedrigsten vergleichbaren Kosten nach Satz 1 und 2 einer zugelassenen Pflegeeinrichtung am Ort der Unterbringung oder seiner nächsten Umgebung beihilfefähig.

(8) Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt; bei Versicherten in der privaten Pflegeversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung sind die Feststellungen dieser Versicherungen zugrunde zu legen. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(9) Aufwendungen, die für die vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe entstehen, in denen die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behindter im Vordergrund stehen (§§ 43 a und 71 Abs. 4 SGB XI), sind bis zur Höhe von monatlich 256 Euro beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig.

§ 6 ( *Fn11* )

Beihilfefähige Aufwendungen  
bei Sanatoriumsaufenthalt

(1) Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in einem Sanatorium sowie die Auslagen für Kurtaxe und die Kosten des ärztlichen Schlussberichtes sind neben den Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7, 9 und 11 für höchstens drei Wochen beihilfefähig, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; Voraussetzung ist, daß die Festsetzungsstelle auf Grund des Gutachtens des zuständigen Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes vorher anerkannt hat, daß die Sanatoriumsbehandlung dringend notwendig ist und nicht durch stationäre Behandlung in einer anderen Krankenanstalt oder durch eine Heilkur nach § 7 mit gleicher Erfolgsaussicht ersetztbar ist. Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden

1. nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernenden Erkrankung,
2. wenn nach dem Gutachten des zuständigen Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. in schweren Fällen von Morbus Bechterew) eine Sanatoriumsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

Die Anerkennung gilt nur, wenn mit der Behandlung innerhalb von sechs Monaten nach der Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird. Ist die Beihilfefähigkeit eines Sanatoriumsaufenthaltes nicht anerkannt worden, sind nur die Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 und 9 beihilfefähig; Entsprechendes gilt in den Fällen des Satzes 4.

(2) Ein Sanatorium im Sinne dieser Vorschriften ist

a) eine Krankenanstalt,

1. die besondere Heilbehandlungen (z. B. mit Mitteln der physikalischen Therapie - Bäder, Bestrahlungen usw. - oder durch besondere Formen der Ernährung) durchführt und über die dafür erforderlichen Einrichtungen und Pflegepersonen verfügt,
2. in der eine ärztliche Betreuung ständig gewährleistet ist, die Behandlung durch einen dafür vorgebildeten Arzt oder nach seinen Weisungen vorgenommen wird und die Lebensweise medizinisch begründeten Beschränkungen unterworfen ist,
3. die der Aufsicht des zuständigen Gesundheitsamtes untersteht,
4. die nur Personen aufnimmt, die einer stationären Behandlung bedürfen, und
5. die nicht mit einem Beherbergungsbetrieb räumlich verbunden ist,

b) eine Einrichtung, die die Konzession nach § 30 Gewerbeordnung besitzt und auch Personen aufnimmt, die nicht einer stationären Behandlung bedürfen, oder die mit einem Beherbergungsbetrieb räumlich verbunden ist.

(3) Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind

a) in den Fällen des Absatzes 2 Buchstabe a bis zu 104 Euro, sofern es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung handelt, und

b) in den Fällen des Absatzes 2 Buchstabe b bis zu 52 Euro

täglich beihilfefähig. Bei Schwerbehinderten, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, sowie bei Kindern, die aus medizinischen Gründen einer Begleitperson bedürfen, sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson bis zur Höhe von siebzig vom Hundert des jeweiligen Betrages nach Satz 1 sowie die Kurtaxe der Begleitperson beihilfefähig; Voraussetzung ist eine Bestätigung des

Sanatoriumsarztes, daß für eine erfolgversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist.

§ 7 ( [Fn12](#) )

Beihilfefähige Aufwendungen bei Kuren

(1) Zu den Kosten einer unter ärztlicher Leitung in einem Ort des vom Finanzministerium aufgestellten Kurorteverzeichnisses durchgeführten ambulanten Heilkur oder einer Müttergenesungskur bzw. einer Mutter/Vater-Kind-Kur (§ 41 Abs. 1 SGB V), soweit nicht die Voraussetzungen des § 6 vorliegen, werden Beihilfen bis zu einer Dauer von dreiundzwanzig 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 Beihilfenvorschriften erfüllt ist,
- b) im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine anerkannte Sanatoriumsbehandlung (§ 6) oder Kurmaßnahme nach Absatz 1 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 Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind,
- d) die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch begründete ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen und durch ein Gutachten des zuständigen Amtsarztes bestätigt ist,
- e) die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kurmaßnahme anerkannt hat,
- f) die Kurmaßnahme 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 Kurmaßnahme durch Vorlage eines Schlussberichtes oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen wird.

(3) Beihilfefähig sind neben den Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1,7 und 9 die Auslagen für die Kurtaxe und den Schlussbericht des Kurarztes. Zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung wird ein Zuschuss von 20 Euro täglich für jede Person gewährt. Schwerbehinderte, bei denen die Voraussetzung für eine ständige Begleitperson behördlich festgestellt ist und für die der Amtsarzt bestätigt hat, dass für eine erfolgversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist, erhalten neben den Kosten für die Kurtaxe zu den Kosten für die Unterkunft der Begleitperson einen Zuschuss von 15 Euro. Ist die Beihilfefähigkeit der Kurmaßnahme nach Absatz 1 nicht anerkannt worden, so sind nur die Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nummer 1, 7 und 9 beihilfefähig.

§ 8 ( [Fn13](#) )

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 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3, 6, 7 und 11 beihilfefähig. Satz 1 gilt entsprechend für einen Schwangerschaftsabbruch, der unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 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 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3, 6, 7 und 11 beihilfefähig.

(3) Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung einschließlich hierzu erforderlicher ärztlicher Untersuchungen sowie die Versorgung mit empfängnisregelnden Mitteln bis zum vollendeten 20. Lebensjahr.

(4) Künstliche Befruchtungen sind unter den Voraussetzungen des § 27a Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 3 Satz 1 SGB V beihilfefähig.

§ 9 ( [Fn14](#) )

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 Abs. 1 Nr. 7 gilt entsprechend,
4. die Unterkunft und Verpflegung in Entbindungsanstalten; § 4 Abs. 1 Nr. 2 gilt entsprechend,
5. eine Hauspfelegerin 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 Abs. 1 Nr. 5 gepflegt wird, für einen Zeitraum bis zu vierzehn Tagen, beginnend mit dem Tage der Geburt; § 4 Abs. 1 Nr. 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend,
6. die durch die Niederkunft unmittelbar veranlaßten Fahrten; § 4 Abs. 1 Nr. 11 gilt entsprechend,
7. Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung,
8. eine Familien- und Hauspfelegerkraft; § 4 Abs. 1 Nr. 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 ( [Fn15](#) )

Beihilfefähige Aufwendungen bei Behandlung  
im Ausland

(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. Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist regelmäßig ein Kostenvergleich nicht erforderlich, es sei denn, dass gebietsfremden Personen regelmäßig höhere Gebühren als ansässigen Personen berechnet werden. Beförderungskosten zum Behandlungsort sind abweichend von § 4 Abs. 1 Nr. 11 nicht beihilfefähig. Ist eine Behandlung nach Absatz 3 Nr. 2 nur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland möglich, findet § 4 Abs. 1 Nr. 11 Satz 1 bis 3 Anwendung.

(2) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bei einem Sanatoriumsaufenthalt (§ 6) in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind nach § 6 Abs. 3 Buchstabe b) beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Behandlung vor Beginn durch die Festsetzungsstelle auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens anerkannt worden ist. Bei ambulanten Kurmaßnahmen in den in Satz 1 genannten Staaten sind die Aufwendungen nach § 7 beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte nachweisen kann, dass der ausländische Behandlungsort als Kurort anerkannt ist. Satz 2 gilt entsprechend. Wird die Behandlung außerhalb der in Satz 1 genannten Staaten durchgeführt, sind die Aufwendungen (§§ 6, 7) 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.

(3) Aufwendungen für eine Krankenbehandlung im Ausland sind ohne die Einschränkungen des Absatzes 1 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 Festsetzungsstelle anerkannt worden sein,

3. wenn sie 1000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen.

(4) Bei Aufwendungen von im Ausland wohnenden Beihilfeberechtigten und im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen gelten die Absätze 1 und 2 sowie § 4 Abs. 1 Nr. 11 entsprechend.

§ 11 ( [Fn16](#) )

Beihilfefähige Aufwendungen  
in Todesfällen

(1) In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb und die Anlegung einer Grabstelle oder eines Beisetzungsortes der Urne einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal und die Beisetzung eine Beihilfe bis zur Höhe von 615 Euro, in Todesfällen von Kindern bis zur Höhe von 410 Euro gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, daß ihm Aufwendungen in dieser Höhe entstanden sind. Die Beihilfe wird nicht gewährt, sofern ein Anspruch auf Kostenertatung nach § 9 der Heilverfahrensverordnung vom 25. April 1979 (BGBl. I S. 502) besteht.

(2) Ferner 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.

(3) Kann der Haushalt beim Tode des 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 Abs. 1 Nr. 6 genannten Höhe beihilfefähig, falls im Haushalt mindestens ein Kind unter fünfzehn Jahren oder ein pflegebedürftiges Kind lebt, das nach § 2 Abs. 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 Abs. 1 Nr. 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. Wird an Stelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspflegekraft ein Kind unter fünfzehn 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 Abs. 1 Nr. 6 letzter Satz gilt entsprechend.

§ 12 ( [Fn17](#) )

Bemessung der Beihilfen

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

- a) den Beihilfeberechtigten (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 und 4) sowie für Fünfzig vom Hundert, entpflichtete Hochschullehrer
- b) den Empfänger von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfeberechtigt ist, siebzig vom Hundert,
- c) den berücksichtigungsfähigen Ehegatten 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 Abs. 1 Nr. 6 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
- b) einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
- c) nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 6 und 8 als Aufwendungen der Mutter,
- d) nach § 11 Abs. 3 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 und Pflegeversicherung sich ein Rentenversicherungsträger beteiligt, sofern ihnen dem Grunde nach eine Beitragsentlastung von mindestens 80 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. Für Personen, die am 1. Juni 1965 nicht versichert waren, das sechzigste Lebensjahr vollendet hatten und bis zum 31. März 1967 nachgewiesen haben, daß sie von keiner Krankenversicherung mehr aufgenommen wurden, kann die Festsetzungsstelle den nach Absatz 1 zustehenden Bemessungssatz auf achtzig vom Hundert erhöhen.

(5) Die Bemessungssätze der Absätze 1, 3 und 4 können von der Festsetzungsstelle im Einzelfall 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.

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

(7) Die Beihilfe darf zusammen mit den erbrachten Leistungen einer Versicherung sowie Leistungen auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen 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 § 5 sind getrennt abzurechnen, dabei sind die Pauschalen des § 5 Abs. 4 und der beihilfefähige Betrag nach § 5 Abs. 6 Satz 2 als dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen zu berücksichtigen. Aufwendungen nach § 9 Abs. 1 Satz 2 und § 11 Abs. 1 bleiben bei Anwendung der Sätze 1 bis 3 unberücksichtigt. Das gleiche gilt in den Fällen, in denen nach § 3 Abs. 3 eine Beihilfengewährung ausgeschlossen ist.

§ 12 a ( [Fn21](#)) ( [Fn24](#))  
Kostendämpfungspauschale

(1) Die nach Anwendung des § 12 Abs. 7 verbleibende Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem Aufwendungen entstanden sind (§ 3 Abs. 5 Satz 2), um folgende Kostendämpfungspauschale gekürzt:

Stufe	Besoldungsgruppen	Betrag
1	Besoldungsgruppen A 7 bis A 11	150 Euro
2	Besoldungsgruppen A 12 bis A 15, B 1, C 1 und C 2, H 1 bis H 3, R 1	300 Euro
3	Besoldungsgruppen A 16, B 2 und B 3, C 3, H 4 und H 5, R 2 und R 3	450 Euro
4	Besoldungsgruppen B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7	600 Euro
5	Höhere Besoldungsgruppen	750 Euro.

(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 Abs. 1 Nr. 2) nach dem Ruhegehaltssatz,

2. bei Witwen und Witwern (§ 1 Abs. 1 Nr. 3) nach sechzig vom Hundert des Ruhegehaltssatzes;

dabei darf die Kostendämpfungspauschale in den Fällen der Nummer 1 siebzig 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 Ordnungsnummer zugeordnet. Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezügen ein Grundgehalt (Gehalt) nach einer früheren Besoldungsgruppe, eine Grundvergütung oder ein Lohn zugrunde liegt sowie für Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezüge in festen Beträgen festgesetzt sind.

(4) Bei Waisen (§ 1 Abs. 1 Nr. 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 richtet sich nach den bei der erstmaligen Antragstellung im Kalenderjahr maßgebenden Verhältnissen.

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

§ 13 ( [Fn18](#))  
Verfahren

(1) Die Beihilfen werden auf Antrag gewährt. Als Festsetzungsstellen entscheiden

1. das Finanzministerium über Anträge der Beihilfeberechtigten der obersten Dienstbehörden,

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 Oberfinanzdirektionen über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs und der anderen dem Finanzministerium nachgeordneten Behörden und Einrichtungen,

4. 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,

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

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

7. die Hochschulen nach näherer Bestimmung des Ministeriums für Schule, Wissenschaft und Forschung über die Anträge der Beihilfeberechtigten der staatlichen Universitäten, der Kunsthochschulen und der Fachhochschulen sowie der Einrichtungen im Hochschulbereich,

8. 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 Nrn. 5 und 6 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 Beihilfestsetzungen entscheiden die nach Absatz 1 Satz 2 Nrn. 1 bis 4, 7 und 8 oder Satz 3 zuständigen Stellen; über Widersprüche gegen Beihilfestsetzungen der nach Absatz 1 Satz 2 Nrn. 5 und 6 zuständigen Stellen entscheidet die jeweils zuständige Bezirksregierung. Satz 2 gilt entsprechend für die Vertretung des Landes vor den Gerichten der Verwaltungsgerichtsbarkeit. (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, in denen Versicherungsleistungen einzeln nachzuweisen sind. Für den Antrag, die Kassenanweisung und die Mitteilung über die Gewährung der Beihilfe sind die vom Finanzministerium im Einvernehmen mit dem Innenministerium herausgegebenen Formblätter zu verwenden. Andere als Landesbehörden sind hinsichtlich der Kassenanweisung und der Mitteilung über die Gewährung der Beihilfe an diese Formblätter nicht gebunden. Die in den Anträgen enthaltenen Beihilfedenaten unterliegen einer besonderen Geheimhaltung. Aufwendungen für Halbwaisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden, sofern die Originalbelege vorgelegt werden.

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

1. der Zuschußgewährung zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung bei einer Heilkur mit dem Tage der Beendigung der Heilkur,
2. der Beihilfe für die häusliche Pflege (§ 5 Abs. 4) 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,
4. der Zuschussgewährung in Todesfällen (§ 11 Abs. 1) mit dem Todestag.

Zu verspätet geltend gemachten Aufwendungen darf eine Beihilfe nur gewährt werden, wenn das Versäumnis entschuldbar ist. Arztrechnungen und Zahnnarztrechnungen 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 100 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) Auf eine zu erwartende Beihilfe können angemessene Abschlagszahlungen geleistet werden.

(7) Bei Beihilfen von mehr als 500 Euro, bei stationären Behandlungen oder Heilkuren 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.

(8) Ist eine nach dieser Verordnung erforderliche vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit ohne Verschulden des Antragstellers unterblieben, wird die Beihilfe dennoch gewährt. Dies gilt nicht für Heilkuren.

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

§ 14 ( [Fn19](#))  
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 Abs. 1 und 2 genannten Aufwendungen aus Anlaß des Todes des Beihilfeberechtigten werden dem hinterbliebenen Ehegatten oder den Kindern des Verstorbenen Beihilfen gewährt. Empfangsberechtigt ist derjenige, der die Urschrift der Rechnungen zuerst vorlegt; § 11 Abs. 1 bleibt unberührt.

(2) Andere als die in Absatz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten Beihilfen zu den in Absatz 1 bezeichneten Aufwendungen, sofern sie Erbe sind oder die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen getragen haben; Absatz 1 Satz 2 Halbsatz 1 gilt entsprechend. Die Beihilfe darf zusammen mit Sterbe- und Bestattungsgeldern sowie sonstigen Leistungen, die zur Deckung der in Rechnung gestellten Aufwendungen bestimmt sind, die tatsächlich entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

(3) Die Beihilfe ist, sofern keine Pauschalbeihilfe zu gewähren ist, nach dem Hundertsatz zu bemessen, der dem verstorbenen Beihilfeberechtigten zugestanden hat.

§ 15 ( [Fn20](#) )

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 Abs. 1 Nr. 1 Satz 3, Nr. 7 Satz 2 Buchstabe a, Nr. 9 Satz 6 und Nr. 10 Satz 11, § 10 Abs. 2 und § 12 Abs. 5 und 6 an die Stelle des Finanzministeriums. Über Beihilfeanträge des Dienstvorgesetzten entscheidet dessen allgemeiner Vertreter.
- (2) Die Gemeinden und Gemeindeverbände können kommunale Versorgungskassen mit der Festsetzung der Beihilfen beauftragen, soweit dies gesetzlich zugelassen ist, oder eine Übernahme der Beihilfefestsetzung nach § 23 Abs. 1 des Gesetzes über kommunale Gemeinschaftsarbeit (GKG) vereinbaren.
- (3) Absatz 1 und 2 gelten entsprechend für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts.

§ 16 ( [Fn22](#) )

Übergangs- und Schlußvorschriften

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1975 in Kraft. Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 1974 entstanden sind. Aufwendungen, die bis zum 31. März 1975 entstehen, können noch nach bisherigem Recht abgewickelt werden, soweit dies günstiger ist. § 11 Abs. 1 ist auf Todesfälle anzuwenden, die nach dem 31. März 1975 eintreten. § 12a Abs. 1 und 5 in der Fassung dieser Verordnung ist erstmals für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2002 entstehen, anzuwenden. Für Aufwendungen, die vor dem 1. Januar 2003 entstanden sind, gilt § 12a Abs. 1 und 5 in der bis zum 31. Dezember 2002 geltenden Fassung.

Hinweise

(Artikel II der 18. ÄndVO v. 17. 9.2002 (GV. NRW.S. 449))

Beihilfefestsetzungen, die bis zum 30. Juni 2003 von den bis zum 30. September 2002 zuständigen Stellen vorgenommen werden, sind wirksam.

(Artikel II Nr. 3 des Gesetzes v. 18.12.2002 (GV. NRW. S. 660))

3. Rückkehr zum einheitlichen Verordnungsrang

Die auf Artikel II beruhenden Teile der dort geänderten Rechtsverordnung können aufgrund der jeweils einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

Der Finanzminister  
des Landes Nordrhein-Westfalen

Postambel  
der 18. ÄndVO v. 17. 9.2002 (GV. NRW.S. 449).

Diese Verordnung wird erlassen

a) vom Finanzministerium im Einvernehmen mit dem Innenministerium auf Grund des § 88 des Landesbeamtengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Mai 1981 (GV. NRW. S. 234, ber. 1982 S. 256), zuletzt geändert durch Gesetz vom 2. Juli 2002 (GV. NRW. S. 242),

b) vom Ministerpräsidenten, vom Innenministerium, vom Justizministerium, vom Ministerium für Wirtschaft und Mittelstand, Energie und Verkehr, vom Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie, vom Ministerium für Schule, Wissenschaft und Forschung, vom Ministerium für Städtebau und Wohnen, Kultur und Sport, vom Ministerium für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit auf Grund des § 3 Abs. 3 und 4 des Landesbeamtengesetzes und des § 126 Abs. 3 Nr. 2 Satz 2 des Beamtenrechtsrahmengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. März 1999 (BGBl. I S. 654), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. August 2002 (BGBl. I S. 3322),

c) von der Präsidentin des Landesrechnungshofs auf Grund des § 3 Abs. 5 des Gesetzes über den Landesrechnungshof in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juni 1994 in Verbindung mit § 3 Abs. 3 und 4 des Landesbeamtengesetzes und des § 126 Abs. 3 Nr. 2 Satz 2 des Beamtenrechtsrahmengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. März 1999 (BGBl. I S. 654).

Hinweis

(Artikel II der 19. ÄndVO v. 12. 12. 2003 (GV. NRW. S. 756))

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2004 in Kraft. Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2003 entstehen. Artikel I Nr. 2 Buchstabe a) gilt für Personen mit erstmalig anerkannten Rentenanspruch ab 1. Januar 2004. Artikel I Nr. 4 Buchstabe f) gilt für Behandlungen, die nach dem 31. Dezember 2003 begonnen werden.

Anlage 1  
(zu § 4 Abs. 1 Nr. 1 Satz 5)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen  
und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1  
Allgemeines

1.1 Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren sind nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 4 beihilfefähig.

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.

1.2 Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.

1.3 Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 2, 3 und 4 schließen sich aus.

2  
Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

2.1 Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen, die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

2.2 Indikationen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
- vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie, - Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z.B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

2.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

2.3.1

bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

#### 2.3.2

bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

#### 2.3.3

bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden; in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

#### 2.3.4

bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

#### 2.3.5

bei einer die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. Abweichungen bedürfen der Begründung. Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.

#### 2.4.1

Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" oder "Psychoanalyse" sein. Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung "Psychotherapie" kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. 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, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

#### 2.4.2.1

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

#### 2.4.2.2

Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder

- in das Arztregister eingetragen sein oder

- 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.

Ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform ( tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregerister eingetragen ist. Ein Psychologischer Psychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

#### 2.4.3.1

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

#### 2.4.3.2

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

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregerister eingetragen sein oder
- 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.

Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform ( tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregerister eingetragen ist. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

#### 2.4.4

Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4 .2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4 .2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

#### 2.5

Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden ( Konsiliarbericht).

#### 3

Verhaltenstherapie

##### 3.1.1

Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Die Aufwendungen für höchstens fünf probatorische Sitzungen einschließlich des Erstellens der Verhaltensanalyse sind beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn sich die Verhaltenstherapie als nicht notwendig erweist.

Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, dass bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens 50minütiger Dauer nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100minütiger Dauer 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 aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

### 3.2

Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z.B. Angstneurosen, Phobien),
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z.B. schicksalhafte psychische Traumen),
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen - besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden - erkennen lassen.

### 3.3

Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, wie deren Dauer je Krankheitsfall in Einzelbehandlung

- 40 Sitzungen,
- bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen einschließlich einer notwendigen begleitenden Behandlung ihrer Bezugspersonen 50 Sitzungen

nicht überschreiten.

Bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens 100 Minuten sind die Aufwendungen für 40 Sitzungen beihilfefähig. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Fällen eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 40 weiteren Sitzungen anerkannt werden. Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 3.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.

#### 3.4.1

Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" sein. Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

#### 3.4.2.1

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

#### 3.4.2.2

Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

#### 3.4.3

Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch

einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4 .2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4 .2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

### 3.5

Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden ( Konsiliarbericht).

## 4

### Psychosomatische Grundversorgung

Die psychosomatische Grundversorgung umfasst verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und die Anwendung übender und suggestiver Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

#### 4.1

Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:

- bei verbaler Intervention als einzige Leistung zehn Sitzungen;
- bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen;
- bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.

#### 4.2

Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Facharzt für Augenheilkunde, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Kinderheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder Facharzt für Urologie durchgeführt wird.

#### 4.3

Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht wird, soweit dieser über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt.

#### 4.4

Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.

## 5

### Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentriative Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heileurythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse, neuropsychologische Behandlung.

Katathymes Bilderleben ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

Rational Emotive Therapie ist nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

### Anlage 2\*

(zu § 4 Abs. 1 Nr. 10 Satz 11)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel

Für die Angemessenheit der Aufwendungen zur 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 1050 Euro festgesetzt.

Mit diesem Betrag sind sämtliche Nebenkosten bis auf die Kosten einer medizinisch notwendigen Fernbedienung abgegolten.

3.  
Perücke

Als beihilfefähiger Höchstbetrag wird ein Betrag von 1050 Euro festgesetzt.

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 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 0,60 Euro festgesetzt.

\*Anlage 2 zuletzt geändert durch Neunzehnte VO v. 12. 12. 03 (GV. NRW. S. 756).

Fn 1 GV. NRW. 1975 S. 332, geändert durch VO v. 30.7.1976 (GV. NRW. S. 290), 15.6.1979 (GV. NW. S. 464), 5.12.1980 (GV. NW. S. 1081), 31.7.1981 (GV. NW. S. 430), 15.10.1982 (GV. NW. S. 686), 14.7.1987 (GV. NW. S. 266), 21.3.1988 (GV. NW. S. 156), 9.2.1990 (GV. NW. S. 118), 19.12.1991 (GV. NW. S. 10), 17.11.1992 (GV. NW. S. 452), 7.5.1993 (GV. NW. S. 260), 16.6.1995 (GV. NW. S. 580), 31.10.1996 (GV. NW. S. 441), 25.6.1997 (GV. NW. S. 197), 3.9.1998 (GV. NW. S. 550), 17.12.1998 (GV. NRW. S. 750), 16.12.1999 (GV. NRW. S. 673), 27. April 2001 (GV. NRW. S. 219), Artikel 4 d. EuroAnpG NRW v. 25.9.2001 (GV. NRW. S. 708), 17.9.2002 (GV. NRW. S. 449); Artikel II des Gesetzes v. 18.12.2002 (GV. NRW. S. 660), in Kraft getreten am 1. Januar 2003; Neunzehnte VO v. 12. 12. 2003 (GV. NRW. S. 756), in Kraft getreten am 1. Januar 2004.

Fn 2 SGV. NRW. 2030.

Fn 3 § 1 zuletzt geändert durch VO v. 16.12.1999 (GV. NW. S. 673); in Kraft getreten am 1. Januar 2000.

Fn 4 § 2 Abs. 2 zuletzt geändert durch VO v. 3.9.1998 (GV. NW. S. 550); in Kraft getreten am 1. Oktober 1998.

Fn 5 § 2 Abs. 1 zuletzt geändert durch Neunzehnte VO v. 12. 12. 2003 (GV. NRW. S. 756); in Kraft getreten am 1. Januar 2004 (Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2003 entstanden sind).

Fn 6 § 3 zuletzt geändert durch Neunzehnte VO v. 12. 12. 2003 (GV. NRW. S. 756); in Kraft getreten am 1. Januar 2004 (Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2003 entstanden sind).

Fn 7 § 4 zuletzt geändert durch Neunzehnte VO v. 12. 12. 2003 (GV. NRW. S. 756); in Kraft getreten am 1. Januar 2004 (Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2003 entstanden sind).

Fn 8 Übergangsregelungen siehe Artikel II (GV. NRW. 1999 S. 673).

Fn 9 § 5 zuletzt geändert durch Neunzehnte VO v. 12. 12. 2003 (GV. NRW. S. 756); in Kraft getreten am 1. Januar 2004 (Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2003 entstanden sind).

Fn 10 In Fällen, in denen bei Inkrafttreten der Änd. VO v. 14. Juli 1987 (GV. NW. S. 266) eine dauernde Anstaltsunterbringung vorliegt, kann die oberste Dienstbehörde zur Vermeidung einer Härte zulassen, daß von der Berücksichtigung der Rente nach § 5 Abs. 1 Buchstabe b) ganz oder teilweise abgesehen wird.

Fn 11 § 6 zuletzt geändert durch Artikel 4 d. Gesetzes v. 25.9.2001 (GV. NRW. S. 708); in Kraft getreten am 1. Januar 2002.

Fn 12 § 7 neugefasst durch Neunzehnte VO v. 12. 12. 2003 (GV. NRW. S. 756); in Kraft getreten am 1. Januar 2004 (Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2003 entstanden sind).

Fn 13 § 8 zuletzt geändert durch Neunzehnte VO v. 12. 12. 2003 (GV. NRW. S. 756); in Kraft getreten am 1. Januar 2004 (Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2003 entstanden sind).

Fn 14 § 9 zuletzt geändert durch Artikel 4 d. Gesetzes v. 25.9.2001 (GV. NRW. S. 708); in Kraft getreten am 1. Januar 2002.

Fn 15 § 10 zuletzt geändert durch Neunzehnte VO v. 12. 12. 2003 (GV. NRW. S. 756); in Kraft getreten am 1. Januar 2004 (Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2003 entstanden sind).

Fn 16 § 11 zuletzt geändert durch Artikel 4 d. Gesetzes v. 25.9.2001 (GV. NRW. S. 708); in Kraft getreten am 1. Januar 2002.

Fn 17 § 12 geändert durch VO v. 17.9.2002 (GV. NRW. S. 449); in Kraft getreten am 1. Oktober 2002.

Fn 18 § 13 geändert durch VO v. 17.9.2002 (GV. NRW. S. 449); in Kraft getreten am 1. Oktober 2002.

- Fn 18§ 13 geändert durch VO v. 17.9.2002 (GV. NRW. S. 449); in Kraft getreten am 1. Oktober 2002.
- Fn 19§ 14 Abs. 2 geändert durch VO v. 3.9.1998 (GV. NW. S. 550); in Kraft getreten am 1. Oktober 1998.
- Fn 20§ 15 geändert durch VO v. 17.9.2002 (GV. NRW. S. 449); in Kraft getreten am 1. Oktober 2002.
- Fn 21§ 12a zuletzt geändert durch Artikel II d. Gesetzes v. 18.12.2002 (GV. NRW. S. 660); in Kraft getreten am 1. Januar 2003.
- Fn 22§ 16 geändert durch Artikel II d. Gesetzes v. 18.12.2002 (GV. NRW. S. 660); in Kraft getreten am 1. Januar 2003.
- Fn 23§ 1 Abs 1 geändert durch Neunzehnte VO v. 12. 12. 2003 (GV. NRW. S. 756); in Kraft getreten am 1. Januar 2004 (Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2003 entstanden sind).
- Fn 24§ 12a Abs. 5 zuletzt geändert durch Neunzehnte VO v. 12. 12. 2003 (GV. NRW. S. 756); in Kraft getreten am 1. Januar 2004 (Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2003 entstanden sind).