



# MINISTERIALBLATT

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

43. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 25. Mai 1990

Nummer 36

## Inhalt

### I.

**Veröffentlichungen, die in die Sammlung des bereinigten Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen (SMBl. NW.) aufgenommen werden.**

| Glied-Nr. | Datum      | Titel  | Seite |
|-----------|------------|--|-------|
| 203204    | 9. 4. 1990 | RdErl. d. Finanzministers<br>Verwaltungsverordnung zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen . . . . . | 570   |

## I.

203204

**Verwaltungsverordnung  
zur Ausführung der Verordnung  
über die Gewährung von Beihilfen  
in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen**

RdErl. d. Finanzministers v. 9. 4. 1990 -  
B 3100 - 07 - IV A 4

Mein RdErl. v. 9. 4. 1965 (SMBl. NW. 203204) wird im Einvernehmen mit dem Innenminister wie folgt geändert:

## I.

## 1. Nummer 4.2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

Die Summe dieser Einkünfte, erhöht um den nachzuversteuernden Betrag nach § 10 a EStG und den Hinzurechnungsbetrag nach § 2 Abs. 1 Satz 3 Auslandsinvestitionsgesetz bzw. § 2 a Abs. 3 Satz 3 EStG sowie vermindert um den Verlustabzugsbetrag nach § 2 a Abs. 3 Satz 1 EStG, den Altersentlastungsbetrag nach § 24 a EStG, den Ausbildungsplatz-Abzugsbetrag nach § 24 b EStG, den Abzug für Land- und Forstwirte nach § 13 Abs. 3 EStG und die nach § 34 c Abs. 2, 3 und 6 EStG abgezogene Steuer, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte.

## 2. Nummer 5.1 Buchstabe a erhält folgende Fassung:

a) über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres in der Fassung vom 26. 4. 1976 (Bundesarbeitsblatt 1977 S. 32), zuletzt geändert durch Bekanntmachung vom 24. 8. 1989 (Bundesarbeitsblatt 10/1989 S. 37),

## 3. In Nummer 5.1 Buchstabe b wird der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgender Buchstabe c angefügt:

c) über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten vom 24. 8. 1989 (Bundesarbeitsblatt 10/1989 S. 44).

## 4. In Nummer 7.5 werden die Worte „§ 405 RVO“ durch die Worte „§ 257 SGB V“ ersetzt.

## 5. Nummer 9.3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden die Worte „Nummern 2, 3 und 4.1 Satz 2“ durch die Worte „Nummern 2 und 3“ ersetzt sowie in Buchstabe a hinter dem Wort „ergeben“ folgende Worte eingefügt: „- bestehen Zweifel an der Qualifikation des Behandlers, ist nach Buchstabe b zu verfahren -“.

b) In Satz 2 zweiter Spiegelstrich wird hinter dem Wort „gekennzeichneten“ das Wort „orangefarbenen“ eingefügt.

c) In Satz 3 dritter Spiegelstrich werden die Worte „in zweifacher Ausfertigung“ durch die Worte „in dreifacher Ausfertigung“ ersetzt.

d) In Satz 3 vierter Spiegelstrich wird hinter dem Wort „gekennzeichneten“ das Wort „roten“ eingefügt.

e) In Satz 3 fünfter Spiegelstrich werden die Worte „Diplompsychologen/Psychagogen“ durch die Worte „Diplompsychologen/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten“ ersetzt.

f) In Satz 4 wird das Klammerzitat gestrichen.

g) An die Stelle der Sätze 5 und 6 und des Buchstabens c treten folgende Sätze:

Der Gutachter teilt seine Stellungnahme nach Formblatt Anlage 8 in zweifacher Ausfertigung der Festsetzungsstelle mit. Eine Ausfertigung leitet die Festsetzungsstelle dem behandelnden Arzt zu; die zweite Ausfertigung ist in einem verschlossenen Umschlag aufzubewahren. Ein Anerkennungsbescheid ist dem Beihilfeberechtigten nach Formblatt Anlage 9 zu erteilen.

## 6. Nummer 9.4 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 erhält das Klammerzitat folgende Fassung:  
(Nummer 2.1 und 3.1 der Anlage zu § 4 Nr. 1 Satz 5 BVO)

## b) Satz 3 erhält folgende Fassung:

Dies bedeutet, daß die jeweilige Festsetzungsstelle bei Nummer 1 oder Nummer 21 beginnt und weitere Anträge dann entsprechend der Reihenfolge (Nummer 2 bzw. Nummer 20) übersendet.

## c) In Abschnitt B des Verzeichnisses erhält die Überschrift folgende Fassung:

Gutachter für Verhaltenstherapie (Nummer 3 der Anlage zu § 4 Nr. 1 Satz 5 BVO)

## 7. Nummer 9.5 erhält folgende Fassung:

9.5 Hält es die Festsetzungsstelle im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens für notwendig, ein Obergutachten einzuholen, veranlaßt sie den Beihilfeberechtigten, daß der behandelnde Arzt eine Kopie seines Berichts an den Gutachter (Formblatt Anlage 6) in einem verschlossenen, deutlich erkennbar als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag der Festsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Obergutachter übersendet.

Die Festsetzungsstelle beauftragt einen vom Finanzminister benannten Obergutachter mit der Erstellung eines Gutachtens; sie leitet ihm dazu gleichzeitig

- den ungeöffneten Umschlag mit der Kopie des Berichts des Arztes,

- das Psychotherapie-Gutachten (Formblatt Anlage 8),

- einen an die Festsetzungsstelle adressierten, als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten roten Freiumschlag sowie ggf. eine erneute Stellungnahme des behandelnden Therapeuten zu.

Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten.

## 8. Hinter Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:

## 9a Zu § 4 Nr. 2

Die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, ist durch den Pflegesatz nach der Bundespflegesatzverordnung abgegolten. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses können ausnahmsweise bis zur Höhe von 25 DM täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes die Betreuung durch eine Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

## 9. In Nummer 10.1 Satz 1 werden die Worte „§ 4 Nr. 7 Satz 2 BVO“ durch die Worte „§ 4 Nr. 7 Satz 3 Buchstabe a zweiter Halbsatz BVO“ ersetzt.

## 10. In Nummer 10.2 werden die Worte „§ 4 Nr. 7 Satz 2 BVO“ durch die Worte „§ 4 Nr. 7 Satz 3 Buchstabe a BVO“ ersetzt.

## 11. Hinter Nummer 10.3 werden folgende Nummern 10.4 und 10.5 angefügt:

10.4 Von einer erheblichen Grunderkrankung im Sinne des § 4 Nr. 7 Satz 3 Buchstabe d BVO ist insbesondere bei folgenden Krankheiten auszugehen: Querschnittlähmung, Multiple Sklerose, Krebserkrankung des Darmtrakts, Zustand nach Myokardinfarkt sowie Nierenerkrankung, die eine Dialysebehandlung erfordert.

10.5 Zu den Mitteln, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, gehören auch ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglings-

frühnahrung, Mineral- und Heilwässer (z. B. Fachinger, Heppinger, St. Margareten Heilwasser), medizinische Körperpflegemittel und dergleichen. In Ausnahmefällen kommt allerdings sog. vollbilanzierten Formeldiäten Arzneimittelcharakter zu. Aufwendungen hierfür sind beihilfefähig, wenn die Formeldiät auf Grund einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung notwendig ist bei

- Ahornsirupkrankheit
- Colitis ulcerosa
- Kurzdarmsyndrom
- Morbus Crohn
- Mukoviszidose bei starkem Untergewicht
- Phenylketonurie
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z. B. Mundboden- und Zungenkarzinom)
- Tumortherapien (auch nach der Behandlung)
- postoperativer Nachsorge.

In den Fällen des Satzes 3 sind die Aufwendungen für Formeldiäten beihilfefähig, soweit sie durchschnittlich monatlich 200 DM übersteigen.

12. Nummer 11.3 erhält folgende Fassung:

11.3 Aufwendungen für Brillenfassungen können bis 40 DM als angemessen und beihilfefähig anerkannt werden. Kann wegen der Stärke der Brillengläser zu diesem Preis eine Fassung nicht erworben werden, sind die Kosten bis 100 DM beihilfefähig. Mehraufwendungen für die Entspiegelung von Brillengläsern sind nur bei Trübungen der brechenden Medien des Auges wie zentralen Hornhautnarben oder Linsentrübungen beihilfefähig. Mehraufwendungen für phototrope Gläser (z. B. Colormaticgläser, Umbramaticgläser) sind nur bei Albinismus, Pupillotonie und totaler Aniridie (Fehlen der Regenbogenhaut) beihilfefähig. Aufwendungen für Sportbrillen sind nur beihilfefähig, wenn sie von Schülern während des Schulsports getragen werden müssen.

13. Nummer 11.4 Satz 2 erhält folgende Fassung:

Als Kürzungsbetrag sind bei Erwachsenen 140 DM (für Hausschuhe 60 DM) und bei Kindern bis zu 16 Jahren 84 DM (für Hausschuhe 36 DM) anzusetzen.

14. Hinter Nummer 11.5 werden folgende Nummern 11.6 und 11 a eingefügt:

11.6 Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln zählen Treppenlift und Auffahrrampe.

11 a Zu § 4 Nr. 11

Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für Fahrten eines Elternteils zum Besuch eines im Krankenhaus oder Sanatorium aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung eines Amts- oder Vertrauensarztes der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist; dies gilt nicht für Fahrten am Wohnort einschließlich der Nachbargemeinden.

15. In Nummer 13.2 werden hinter den Worten „eine Sanatoriumsbehandlung“ die Worte „- ggf. auch nachträglich -“ eingefügt.

16. Die Nummern 15 und 15 a entfallen.

17. Die Überschrift in Nummer 16 erhält folgende Fassung:

16 Zu § 7 Abs. 3

18. In Nummer 18.1 wird das Klammerzitat „(§ 218 b StGB)“ durch das Klammerzitat „(§ 218 b Abs. 1 Nr. 2 StGB)“ ersetzt.

19. Hinter Nummer 24 wird folgende Nummer 24 a eingefügt:

24 a Zu § 13 Abs. 4

Die Antragsgrenze von 200 DM gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

20. In Nummer 26 wird folgender Satz angefügt:

Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis seines Todes danach noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlaß des Todes nicht zurückzunehmen.

## II.

Die Anlagen 1, 5 bis 7 und 9 werden durch die diesem Erlaß beigefügten Vordrucke ersetzt.

Anlagen  
1, 5 bis 7  
und 9

## III.

Die Anlage 3 zur Verwaltungsverordnung (Kurortverzeichnis) wird wie folgt geändert:

## 1. Hinter „Feilnbach“ ist einzufügen:

|         |              |   |                         |
|---------|--------------|---|-------------------------|
| Fischen | 8975 Fischen | G | Heilklimatischer Kurort |
|---------|--------------|---|-------------------------|

## 2. Bei „Manderscheid“ ist die Artbezeichnung zu ergänzen um „Kneippkurort“.

## 3. Bei „Münster/Stein“ ist die Artbezeichnung zu ergänzen um „Heilklimatischer Kurort“.

## 4. Hinter „Norderney“ ist einzufügen:

|           |                |   |                         |
|-----------|----------------|---|-------------------------|
| Nümbrecht | 5223 Nümbrecht | G | Heilklimatischer Kurort |
|-----------|----------------|---|-------------------------|

## 5. Hinter „Peterstal-Griesbach“ ist einzufügen:

|      |           |   |         |
|------|-----------|---|---------|
| Plön | 2320 Plön | G | Heilbad |
|------|-----------|---|---------|

## 6. Bei „Schömberg“ ist die Artbezeichnung zu ergänzen um „Kneippkurort“.

## 7. Bei „Titisee-Neustadt“ ist der Ortsteil „Neustadt“ und die Artbezeichnung „Kneippkurort“ zu streichen.

## 8. Bei „Wimpfen“ ist der Buchstabe „G“ durch die Worte „Wimpfen am Berg (mit Erbach, Fleckinger Mühle und Höhenhöfe)“ zu ersetzen.

## IV.

In meinem RdErl. v. 14. 3. 1988 (SMBI. NW. 203204) werden in dem „Verzeichnis der Analogbewertungen“ hinter Nummer 703 folgende Nummern eingefügt:

|     |   |     |     |       |
|-----|---|-----|-----|-------|
| 870 | Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten  | 861 | 690 | 75,90 |
| 871 | Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, ggf. Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer | 862 | 345 | 37,95 |

## V.

Abschnitt I Nr. 8, Nr. 12 Satz 1 und 2 sowie Nrn. 13 und 14 tritt am 1. Juli 1990, Nr. 12 Satz 3 mit Wirkung vom 1. Januar 1990 in Kraft. Mein RdErl. v. 24. 5. 1989 (SMBI. NW. 203204) wird aufgehoben.

# Antrag auf Gewährung einer Beihilfe

An

.....  
 .....  
 .....

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| Zutreffendes ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen   |                                  |
| Name, Vorname des Antragstellers  | Geburtsdatum                     |
| Vorname des Ehegatten   | Geburtsdatum                     |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort   |                                  |
| Telefon   |                                  |
| Dienststelle  | Amtsbezeichnung/Vergütungsgruppe |
| Familienstand <span style="float:right">seit</span>   |                                  |
| <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend |                                  |

**Ich beantrage eine Beihilfe zu den in der Anlage aufgeführten und durch Belege nachgewiesenen Aufwendungen.**

| 1 | Kinder<br>(Bitte alle berücksichtigungsfähigen Kinder - § 2 Abs. 2 BVO - angeben, auch wenn für diese keine Aufwendungen entstanden sind.)<br>Name, Vorname | Geburtsdatum | Erhalten Sie oder Ihr Ehegatte für das Kind Kindergeld? |                               | Falls nein: Ist das Kind im Ortszuschlag berücksichtigt oder berücksichtigungsfähig? |                               | Anspruchszeitraum <sup>1)</sup> | Hat eine andere Person für das Kind Anspruch auf Beihilfe?<br>Falls ja: Bitte die Originalbelege beifügen |                               | Falls ja: Gehört das Kind zu Ihrem Haushalt? |                               |
|---|---|--------------|---|-------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|---|-------------------------------|--|-------------------------------|
|   |   |              | <input type="checkbox"/> ja                             | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |                                 | <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja                  | <input type="checkbox"/> nein |
| 1 |   |              | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      |                                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>      |
| 2 |   |              | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      |                                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>      |
| 3 |   |              | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      |                                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>      |
| 4 |   |              | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      |                                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>      |
| 5 |   |              | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>      |                                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                     | <input type="checkbox"/>      |

**2 Nur ausfüllen, wenn Aufwendungen für Ehegatten oder Kinder geltend gemacht werden:**  
 Sind oder waren Ehegatte oder berücksichtigungsfähige Kinder in den letzten 24 Monaten berufstätig, Empfänger von beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen, von Arbeitslosengeld oder -hilfe, von Unterhaltsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz oder von Erziehungsgeld?  ja  nein

| Name dieser Person | Zeitraum der Berufstätigkeit bzw. der Zahlung der vorgenannten Bezüge | Name und Anschrift des Arbeitgebers bzw. Angabe der Art der vorgenannten Bezüge | Falls selbst beihilfeberechtigt, bitte ankreuzen |
|--------------------|---|---|--|
|                    |   |   | <input type="checkbox"/>                         |
|                    |   |   | <input type="checkbox"/>                         |
|                    |   |   | <input type="checkbox"/>                         |

**3a Antragsteller, Ehegatte und Kinder sind wie folgt gegen Krankheit versichert:**

| Personen<br>(Reihenfolge der Kinder wie unter 1) | Nicht versichert         | Privat versichert bei | In einer gesetzlichen Krankenversicherung |                           |                         | Zuschuß eines Arbeitgebers zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 257 SGB V wurde gezahlt <sup>1)</sup> |                            |  |
|--|--------------------------|-----------------------|---|---------------------------|-------------------------|---|----------------------------|--|
|  |                          |                       | pfllicht-versichert bei                   | freiwillig versichert bei | familien-versichert bei | für die Zeit vom bis  | Zuschuß im Antragsmonat DM | Krankenversicherungsbeitrag im Antragsmonat DM |
|  | 2                        | 3                     | 4   | 5                         | 6                       | 7   | 8                          | 9  |
| Antragsteller (A)                                | <input type="checkbox"/> |                       |   |                           |                         |   |                            |  |
| Ehegatte (E)                                     | <input type="checkbox"/> |                       |   |                           |                         |   |                            |  |
| Kind 1 (K 1)                                     | <input type="checkbox"/> |                       |   |                           |                         |   |                            |  |
| Kind 2 (K 2)                                     | <input type="checkbox"/> |                       |   |                           |                         |   |                            |  |
| Kind 3 (K 3)                                     | <input type="checkbox"/> |                       |   |                           |                         |   |                            |  |
| Kind (K )  | <input type="checkbox"/> |                       |   |                           |                         |   |                            |  |

**b Bestehen Ansprüche auf Grund von sonstigen Rechtsvorschriften (z.B. Reichsversicherungsordnung, Angestelltenversicherungsgesetz, Reichsknappschaftsgesetz, Unfallfürsorgebestimmungen, Bundesentschädigungsgesetz, Bundesversorgungsgesetz) oder von arbeitsvertraglichen Vereinbarungen zu den geltend gemachten Aufwendungen?**  
 nein  ja **Angabe der Rechtsvorschrift, der Art und der Höhe der Leistung bzw. der zustehenden Leistung bitte auf besonderem Blatt.**

<sup>1)</sup> Nur ausfüllen, wenn der Anspruch auf Kindergeld oder Berücksichtigung im Ortszuschlag im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen oder im Zeitpunkt der Antragstellung nicht bestand.  
<sup>2)</sup> Bei Landesbediensteten bitte die Bescheinigung des Landesamtes für Besoldung und Versorgung NRW beifügen; in diesen Fällen entfallen die Angaben in Spalten 7 und 8.

|   |  |   |   |   |   |  |
|---|--|---|---|---|---|--|
| 4 |  | <b>Nur auszufüllen</b>  |   |   |   |  |
| a | von Antragstellern, die für den Ehegatten eine Beihilfe beantragen | Wird der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihres Ehegatten im lfd. Kalenderjahr möglicherweise 30000 DM übersteigen?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |   |   |   |  |
|   |  | Mir ist bekannt, daß ich verpflichtet bin, die Beihilfe für meinen Ehegatten ohne besondere Aufforderung zurückzahlen, falls der Gesamtbetrag seiner Einkünfte im lfd. Kalenderjahr 30000 DM übersteigt (dies gilt nicht hinsichtlich der Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen, für die der Ehegatte seitens der Krankenversicherung wegen Leistungsausschlusses oder Leistungseinstellung keine Erstattung erhält).  |   |   |   |  |
|   |  | Personen  | Besteht Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge?       |   |   |  |
|   |  | Wird vom Rentenversicherungsträger ein Zuschuß zum Krankenversicherungsbeitrag gezahlt?   |   |   |   |  |
| b | von Versorgungsempfängern  |   |   |   | Falls ja, Höhe des Zuschusses im Antragsmonat | Bei Zuschüssen unter 100 DM Höhe des Krankenversicherungsbeitrages im Antragsmonat |
|   |  | Antragsteller   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | DM  | DM   |
|   |  | Ehegatte  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | DM  | DM   |
|   | Kind   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | DM  | DM  |  |
| c | in Geburtsfällen   | <input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Zuschuß für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung.   |   |   |   |  |
| d | bei Adoption von Kindern   | <input type="checkbox"/> Ich beantrage einen Zuschuß für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung.<br><input type="checkbox"/> Die Adoption erfolgte vor Vollendung des 2. Lebensjahres des Kindes<br><input type="checkbox"/> Das Kind wurde vor Vollendung des 2. Lebensjahres in meinen Haushalt aufgenommen und die erforderliche Einwilligung erteilt.<br><br>Ein derartiger Zuschuß ist aus Anlaß der Geburt des Kindes bereits gewährt worden:<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |   |   |   |  |
| e | in Pflegefällen (ab 1. 1. 1991)                                    | <input type="checkbox"/> Ich beantrage eine Pauschalbeihilfe nach § 5 Abs. 3 BVO.<br><br>Name der gepflegten Person: _____<br><br>Aus diesem Anlaß bestehen gesetzliche Ansprüche auf häusliche Pflegehilfe oder an deren Stelle auf eine Geldleistung<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |   |   |   |  |
| f | in Todesfällen   | <input type="checkbox"/> Ich beantrage eine Beihilfe nach § 11 Abs. 1 BVO.<br><br>Name des Verstorbenen _____ Todestag _____<br>Die Friedhofsgebühren wurden nach dem Tarif für Kinderbestattungen berechnet: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja.<br>Ich versichere, daß meine Aufwendungen für Leichenschau, Sarg, Einsargung, Aufbahrung, Einäscherung, Urne, Erwerb und Anlegung der Grabstelle oder des Beisetzungplatzes der Urne einschließlich der Grundlage für das Grabdenkmal und die Beisetzung nicht geringer sind als 1200 DM bzw. 800 DM (bei Kinderbestattung). |   |   |   |  |
| g | bei Unfällen   | Falls Aufwendungen durch einen Unfall (dazu gehören auch Sport-, Spiel- und Schulunfälle) verursacht wurden, Unfallschilderung, Name und Anschrift des Ersatzpflichtigen oder Begründung, warum keine Ersatzpflicht besteht (Fortsetzung ggf. auf besonderem Blatt):  |   |   |   |  |
| 5 | Ich beantrage  | die Erhöhung des Bemessungssatzes gem. § 12 Abs. 3 BVO zu Aufwendungen für Krankheiten, die von Versicherungsleistungen ausgeschlossen oder für die Versicherungsleistungen auf Dauer eingestellt sind (die Nachweise sind beigelegt).  |   |   |   |  |
|   |  | Beleg-Nr.   |   |   |   |  |
|   |  | Betrag  |   |   |   |  |

|   |  |   |                                    |              |
|---|--|---|------------------------------------|--------------|
| Auf die hiermit beantragte Beihilfe habe ich durch die (Kasse)    |  | am  | einen Abschlag in Höhe von         | DM erhalten. |
| Ich bitte, die Beihilfe<br><input type="checkbox"/> bar zu zahlen | <input type="checkbox"/> zu überweisen auf das Konto Nr. |   | bei (Bank, Sparkasse, Postgiroamt) |              |
|   | Bankleitzahl   | Falls Postgiroamt: dort angegebener Wohnort |                                    |              |

Ich versichere nach bestem Wissen die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, daß ich nachträgliche Preisermäßigungen oder Preisnachlässe auf die Kosten sofort der Festsetzungsstelle anzuzeigen habe.

Mit diesem Beihilfeantrag sind keine Aufwendungen für Untersuchungen, Beratungen oder Verrichtungen sowie Begutachtungen geltend gemacht worden, die von Ehegatten, Kindern, Enkelkindern, Eltern, Großeltern, Geschwistern, Verschwägerten ersten Grades sowie Schwäger oder Schwägerin durchgeführt worden sind.

Für die geltend gemachten Aufwendungen wurde eine Beihilfe bisher nicht beantragt.

Ort, Datum

Unterschrift des Beihilfeberechtigten



Ort und Datum

1. An

.....  
.....  
.....  
.....

**Betritt:** Gewährung einer Beihilfe zu den umseitig aufgeführten Aufwendungen  
**Anl.:** Rechnungsbelege

Sehr geehrte(r) Antragsteller(in)!

Auf Ihren Antrag wird Ihnen die auf der Rückseite berechnete Beihilfe gewährt.

Die vorgelegten Rechnungsbelege erhalten Sie hiermit zurück. Sofern die Beihilfe bei ambulanter Behandlung mehr als 1000 DM, bei stationärer Behandlung und bei Heilkuren mehr als 2000 DM beträgt, sind die Belege - soweit sie nicht bei Ihrer Versicherung verbleiben - noch 3 Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

**Gilt nur, falls eine Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen Ihres Ehegatten gewährt wurde.**

Falls der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihres Ehegatten im Jahr der Antragstellung 30000 DM übersteigt, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für Ihren Ehegatten gewährte Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen ohne besondere Aufforderung zurückzuzahlen. Dies gilt nicht hinsichtlich der Beihilfe zu Aufwendungen, für die Ihr Ehegatte seitens der Krankenversicherung wegen Leistungsausschlusses oder Leistungseinstellung keine Erstattungen erhält. Die Beihilfe zu den Aufwendungen Ihres Ehegatten in Krankheitsfällen wird unter dem Vorbehalt gewährt, daß Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle nachweisen, daß die Einkünfte Ihres Ehegatten den Betrag von 30000 DM nicht überschreiten.

Die Beihilfe wird Ihnen durch die zuständige Kasse wie beantragt ausgezahlt. Die gewährten Abschläge in Höhe von ..... DM werden bei der Auszahlung verrechnet.

Mit freundlichen Grüßen

2. Auszahlungsanordnung über .....DM fertigen - Kapitel ..... Titel ..... Erl. ....  
Namenszeichen, Datum

Abschlag von .....DM abziehen (Verfügung vom ..... HÜL-A-Nr. ....)

noch zu zahlen .....DM

3. In die Haushaltsüberwachungsliste eintragen HÜL-A-Nr. .... (Sammel- Anordnungen vom .....)  
(Einzel-

4. Rechnungsamt (nach Weisung des Leiters des Rechnungsamtes)

5. Reinschrift absenden. Erl. ....  
Namenszeichen, Datum

6. Z. d. A.

Sachlich richtig

.....





.....  
Ort und Datum  
.....  
.....  
.....

An  
.....  
.....  
.....  
.....

**Betrifft:** Gewährung einer Beihilfe zu den umseitig aufgeführten Aufwendungen

**Anl.:** Rechnungsbelege

Sehr geehrte(r) Antragsteller(in)!

Auf Ihren Antrag wird Ihnen die auf der Rückseite berechnete Beihilfe gewährt.

Die vorgelegten Rechnungsbelege erhalten Sie hiermit zurück. Sofern die Beihilfe bei ambulanter Behandlung mehr als 1000 DM, bei stationärer Behandlung und bei Heilkuren mehr als 2000 DM beträgt, sind die Belege – soweit sie nicht bei Ihrer Versicherung verbleiben – noch 3 Jahre nach Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

**Gilt nur, falls eine Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen Ihres Ehegatten gewährt wurde.**

Falls der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) Ihres Ehegatten im Jahr der Antragstellung 30 000 DM übersteigt, sind Sie verpflichtet, die Ihnen für Ihren Ehegatten gewährte Beihilfe zu Aufwendungen in Krankheitsfällen ohne besondere Aufforderung zurückzuzahlen. Dies gilt nicht hinsichtlich der Beihilfe zu Aufwendungen, für die Ihr Ehegatte seitens der Krankenversicherung wegen Leistungsausschlusses oder Leistungseinstellung keine Erstattungen erhält. Die Beihilfe zu den Aufwendungen Ihres Ehegatten in Krankheitsfällen wird unter dem Vorbehalt gewährt, daß Sie auf Anforderung der Festsetzungsstelle nachweisen, daß die Einkünfte Ihres Ehegatten den Betrag von 30 000 DM nicht überschreiten.

Die Beihilfe wird Ihnen durch die zuständige Kasse wie beantragt ausgezahlt. Die gewährten Abschläge in Höhe von ..... DM werden bei der Auszahlung verrechnet.

Mit freundlichen Grüßen

# Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit für Psychotherapie

I **Name des Beihilfeberechtigten**

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie

....., den .....

.....  
Unterschrift des Beihilfeberechtigten

## II Auskunft des Patienten

### A. Wer wird behandelt?

Name, Vorname, Geburtsdatum des Patienten

### B. Schweigepflichtentbindung

Ich ermächtige Herrn/Frau ..... dem Fachgutachter der Festsetzungsstelle Auskunft zu geben und entbinde ihn/sie von der ärztlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, daß der Fachgutachter der Beihilfenfestsetzungsstelle mitteilt, ob und in welchem Umfang die Behandlung medizinisch notwendig ist.

....., den .....

.....  
Unterschrift des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters

---

## III Bescheinigung des Arztes

1. Welche Krankheit wird durch die Psychotherapie behandelt?

Diagnose

b. w.

## 2. Welcher Art ist die Psychotherapie?

- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  
 analytische Psychotherapie  
 Verhaltenstherapie

## 3. Wurde bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt?

wann ..... Anzahl der Sitzungen .....

## 4. Mit wievielen Sitzungen ist zu rechnen?

Anzahl der Einzelsitzungen  Anzahl der Gruppensitzungen

## 5. Wird bei Kindern und Jugendlichen auch eine Bezugsperson beraten?

- ja  nein

## 6. Gebührenziffern

Gebührenhöhe je Sitzung DM

## 7. Die Behandlung führe ich selbst durch

- ja  nein

Mir ist durch die Ärztekammer .....

seit dem ..... die Zusatzbezeichnung .....

verliehen.

## 8. Die Behandlung soll unter meiner allgemeinen ärztlichen Verantwortung durchgeführt werden von:

|               |                   |         |
|---------------|-------------------|---------|
| Name, Vorname | Berufsbezeichnung |         |
| Wohnort       | Straße            | Telefon |

Hochschulabschluß am ..... im Fachgebiet .....

..... an der Hochschule .....

Abschluß der Zusatzausbildung am ..... als .....

an dem Weiterbildungsinstitut .....

## Bei fehlender Zusatzausbildung ist eine Bestätigung beizufügen, daß der Vorgenannte

- bei tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Behandlungen bereits vor dem 1. Oktober 1985 mindestens 6 Jahre in Zusammenarbeit mit Ärzten behandelt hat.\*)
- für verhaltenstherapeutische Behandlungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist.

....., den .....

Stempel und Unterschrift des Arztes

\*) Mit der Behandlung muß vor dem 1. 1. 1990 begonnen worden sein.

Absender .....  
 Name und Anschrift des Arztes

**Bericht**  
**an den Gutachter zum Antrag**  
**auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit**  
**für Psychotherapie**

Der Bericht ist in einem verschlossenen, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten orangefarbenen Umschlag an die Beihilfenfestsetzungsstelle zur Weiterleitung an den Gutachter zu übersenden.

**I. Angaben über den Patienten**

|               |            |               |  |
|---------------|------------|---------------|--|
| Name, Vorname |            | Familienstand |  |
| Geburtsdatum  | Geschlecht | Beruf         |  |

**II. Bericht zu den folgenden Punkten:**

1. Diagnose: .....
2. Art der vorgesehenen Therapie: .....
3. Datum des Therapiebeginns: .....
4. Anzahl der seit Therapiebeginn durchgeführten Einzel- oder Gruppensitzungen: .....
5. Anzahl der voraussichtlich noch erforderlichen Einzel- oder Gruppensitzungen (insgesamt und wöchentlich): .....
6. Symptomatik:

**7. Mitteilungen, die dem Gutachter die Beurteilung der Therapie ermöglichen:**

- bei tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie: Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der Psychogenese und der Persönlichkeitsstruktur, Psychodynamik des unbewussten, neurotischen Konfliktes, Diagnose und Differentialdiagnose, Behandlungsplan und Prognose
- bei Verhaltenstherapie: Anamnese mit Verhaltensanalyse und funktionaler Bedingungsanalyse der Symptomatik, Behandlungsplan und Prognose
- bei Folgeberichten: Darstellung des therapeutischen Prozesses, bereits erreichte und bei Fortführung zu erwartende Therapiefortschritte

....., den .....

.....  
Stempel und Unterschrift des Arztes

(Dienststelle)

..... den .....

┌  
└ (Anschrift des Gutachters)  
┌

Betr.: Beihilfenverordnung (BVO);  
hier: Psychotherapie-Gutachten

Anlg.: 1 Antrag mit Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht  
1 Bericht in verschlossenem Umschlag  
1 Gutachtenformblatt (dreifach)  
1 Freiumschlag

Sehr geehrte(r) Herr/Frau

Ich bitte um gutachtliche Stellungnahme zu der psychotherapeutischen Behandlung des/der Herrn/Frau

---

Neben dem Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist der Bericht des behandelnden Arztes in einem verschlossenen Umschlag beigelegt.

Es wurde bereits eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt (Gutachten vom ....., Anzahl der Sitzungen ....., Name des Gutachters .....).\*)

Ihr Gutachten bitte ich mir in zweifacher Ausfertigung unter Verwendung des anliegenden Formblattes nebst einer Rechnung über die Kosten des Gutachtens in Höhe von 80,- DM zuzuleiten.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

\*) Nur bei Folgegutachten.

(Dienststelle)

....., den .....

┌  
 (Anschrift des Beihilfeberechtigten)  
 └

**Betr.:** Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Psychotherapie**Bezug:** Ihr Antrag vom

Sehr geehrte

Aufgrund

des Psychotherapie-Gutachtens                       der Leistungszusage Ihrer Krankenversicherung

werden die Kosten einer

- tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie  
 analytischen Psychotherapie  
 Verhaltenstherapie

für ..... durch den .....

für eine Einzelbehandlung/Gruppenbehandlung bis zu – weiteren – ..... Sitzungen

für eine begleitende Behandlung der Bezugsperson bis zu – weiteren – ..... Sitzungen

nach Maßgabe der Beihilfenverordnung als beihilfefähig anerkannt.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

– MBl. NW. 1990 S. 570.

**Einzelpreis dieser Nummer 4,40 DM**  
 zuzügl. Porto- und Versandkosten

Bestellungen, Anfragen usw. sind an den A. Bagel Verlag zu richten. Anschrift und Telefonnummer wie folgt für

**Abonnementsbestellungen:** Grafenberger Allee 100, Tel. (0211) 6888/238 (8.00–12.30 Uhr), 4000 Düsseldorf 1**Bezugspreis** halbjährlich 81,40 DM (Kalenderhalbjahr). Jahresbezug 162,80 DM (Kalenderjahr), zahlbar im voraus. Abbestellungen für Kalenderhalbjahresbezug müssen bis zum 30. 4. bzw. 31. 10., für Kalenderjahresbezug bis zum 31. 10. eines jeden Jahres beim A. Bagel Verlag vorliegen.

Reklamationen über nicht erfolgte Lieferungen aus dem Abonnement werden nur innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Erscheinen anerkannt.

**In den Bezugs- und Einzelpreisen ist keine Umsatzsteuer i. S. d. § 14 UStG enthalten.****Einzelbestellungen:** Grafenberger Allee 100, Tel. (0211) 6888/241, 4000 Düsseldorf 1

Von Vorabesendungen des Rechnungsbetrages – in welcher Form auch immer – bitten wir abzusehen. Die Lieferungen erfolgen nur aufgrund schriftlicher Bestellung gegen Rechnung. Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Ministerialblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer beim A. Bagel Verlag vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen. Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen. Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgeber: Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Haroldstraße 5, 4000 Düsseldorf 1  
 Herstellung und Vertrieb im Namen und für Rechnung des Herausgebers: A. Bagel Verlag, Grafenberger Allee 100, 4000 Düsseldorf 1  
 Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach

ISSN 0177-3569