



Gesetz- und Verordnungsblatt

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

66. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 17. Dezember 2012

Nummer 37

Glied.- Nr.	Datum	Inhalt	Seite
20320	9. 12. 2012	Zweite Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW	642

Hinweis:

Die Gesetz- und Verordnungsblätter, die Ministerialblätter, die Sammlung aller Gesetze und Verordnungen des Landes NRW (SGV. NRW.) sowie die Sammlung der in Teil I des MBl. NRW. veröffentlichten Erlasse (SMBL. NRW.) stehen **im Intranet des Landes NRW** zur Verfügung.

Dasselbe wird **auch im Internet angeboten**. Die Adresse ist: <https://recht.nrw.de>. Hingewiesen wird auf die kostenlosen Angebote im Internet unter der genannten Adresse. Dort finden Sie Links zu vielen qualitativ hochwertigen Rechtsangeboten.

Wollen Sie die Inhaltsangabe eines jeden neuen Gesetzblattes oder Ministerialblattes per Mail zugesandt erhalten? Dann können Sie sich in das **Newsletter-Angebot** der Redaktion eintragen. Adresse: <https://recht.nrw.de>, dort: kostenlose Angebote.

20320

**Zweite Verordnung
zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW
Vom 9. Dezember 2012**

Auf Grund des § 77 Absatz 8 des Landesbeamtengesetzes vom 21. April 2009 (GV. NRW. S. 224) wird verordnet:

Artikel 1

Die Beihilfenverordnung NRW vom 5. November 2009 (GV. NRW. S. 602), geändert durch Verordnung vom 9. Dezember 2011 (GV. NRW. S. 703), wird wie folgt geändert:

1. § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Eine wirtschaftliche Unselbstständigkeit liegt nicht vor, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte [§ 2 Absätze 3 und 5 a des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I. S. 3366, 3862), zuletzt geändert durch Gesetz vom 8. Mai 2012 (BGBl. I. S. 1030)] des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18 000 Euro übersteigt.“

2. § 3 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. zur Früherkennung von Krankheiten und zur Vorsorge,

- a) bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres sowie zwischen dem vollendeten siebten und vor Vollendung des elften Lebensjahres für eine ärztliche Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden,
- b) bei Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr sowie zwischen dem vollendeten 16. Lebensjahr und vor Vollendung des 18. Lebensjahres für eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, wobei die Untersuchung auch zwölf Monate vor oder nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),
- c) bei Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres an jährlich für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, zusätzlich jährlich der Brust ab dem 30. Lebensjahr, sowie zusätzlich der Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust (Mammographie-Screening) ab dem 50. Lebensjahr bis zum Ende des 70. Lebensjahres,
- d) bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an für jährlich eine ärztliche Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales,
- e) bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an für eine Untersuchung in jedem zweiten Jahr zur Früherkennung von Hautkrebs-, Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit und
- f) bei Personen von der Vollendung des 50. Lebensjahres an für Untersuchungen des Rektums und des übrigen Dickdarms,

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

- b) Nummer 3 wird wie folgt gefasst:

„3. für prophylaktische Leistungen nach Abschnitt

B und der Nummer 2000 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I. S. 2316), zuletzt geändert durch Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I. S. 2661) sowie Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Kindern, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben.“

- c) Nummer 5 wird wie folgt gefasst:

„5. für Schutzimpfungen, soweit sie nach den jeweils gültigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) öffentlich empfohlen werden, für Impfungen, die in Zusammenhang mit einer privaten Auslandsreise stehen sowie für FSME- (Frühsommer-Meningoenzephalitis) und Gripeschutzimpfungen.“

3. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

- a) In Nummer 1 wird Satz 6 gestrichen.

- b) In Nummer 2 Satz 1 wird die Angabe „17. März 2009 (BGBl. I. S. 534)“ jeweils durch die Angabe „21. Juli 2012 (BGBl. I. S. 1613)“ ersetzt.

- c) Nummer 7 wird wie folgt geändert:

- aa) Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst:

„Die von Behandlern nach Nummer 1 bei ihren Verrichtungen verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten apothekenpflichtigen Arzneimittel [§ 2 Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Dezember 2005 (BGBl. I. S. 3394) in der jeweils geltenden Fassung], Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes in der jeweils aktuellen Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt und nach Anlage V der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß 91 SGB V über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien) nach den dort genannten Maßgaben zur Verordnung zugelassen sind. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

1. für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von der vertragsärztlichen Verordnung ausgeschlossen sind und
2. für nichtverschreibungspflichtige apothekenpflichtige und nicht apothekenpflichtige Arzneimittel.“

- bb) Sätze 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

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

- d) In Nummer 9 Satz 3 werden nach dem Wort „einem“ die Wörter „Akademischen Sprachtherapeuten mit Zulassung nach § 124 SGB V,“ eingefügt.

4. § 4 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

- a) Buchstabe b wird wie folgt gefasst:

„b) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I. S. 2316), zuletzt geändert durch Verordnung vom

5. Dezember 2011 (BGBl. I. S. 2661), einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sowie der Suprakonstruktionen sind bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen im notwendigen Umfang beihilfefähig:

1. größere Kiefer- und Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in
 - a) Tumoroperationen,
 - b) Entzündungen des Kiefers,
 - c) Operationen infolge großer Zysten (zum Beispiel große follikuläre Zysten oder Keratozysten),
 - d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
 - e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder
 - f) Unfällen

haben,

2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsreich (z.B. Spastiken),
5. implantatbasierter Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer,
6. Einzelzahnücke, soweit nicht beide Nachbarzähne überkront sind oder
7. Freierücke, wenn zumindest die Zähne 6, 7 und 8 fehlen.

Im Falle des Satzes 1 Nummer 5 sind höchstens die Aufwendungen für zwei Implantate je Kieferhälfte einschließlich vorhandener Implantate, zu denen eine Beihilfe gewährt wurde, beihilfefähig. Liegen die Indikationen nach Satz 1 nicht vor, sind – im Hinblick auf die Kosten einer herkömmlichen Zahnversorgung – die Aufwendungen für höchstens acht Implantate (zwei je Kieferhälfte) pauschal bis zu 500 Euro je Implantat beihilfefähig. Mit dem Pauschalbetrag sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Behandlung einschließlich notwendiger Anästhesie und der Kosten u.a. für die Implantate selbst, die Implantataufbauten, die implantatbedingten Verbindungselemente, Implantatprovisorien, notwendige Instrumente (zum Beispiel Bohrer, Fräsen), Membranen und Membrannägel, Knochen- und Knochenersatzmaterial, Nahtmaterial, Röntgenleistungen, Computertomographie und Anästhetika abgegolten. Die Aufwendungen für die Suprakonstruktion sind neben dem Pauschalbetrag nach Satz 3 beihilfefähig. Bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion einheitlich 300 Euro je Implantat beihilfefähig. Das Finanzministerium kann abweichend von Satz 1 und 2 in besonders begründeten medizinischen Einzelfällen Ausnahmen zulassen. Weitere Voraussetzung für die Zahlung einer Beihilfe ist, dass der Festsetzungsstelle ein Kostenvoranschlag vorgelegt wird und diese auf Grund eines Gutachtens (gilt nicht für Sätze 3 und 6) des zuständigen Amtszahnarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der beabsichtigten Maßnahme und die Angemessenheit der Kosten anerkannt hat (Vorankennungsverfahren). Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle.“

- b) In Buchstabe c wird Satz 1 wie folgt gefasst:

„Aufwendungen für Zahnersatz (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnkronen (Nummern 2140 bis 2170, 2200 bis 2240 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 und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig.“

5. § 4 a wird wie folgt gefasst:

„§ 4 a

Psychotherapeutische Leistungen

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

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

1. affektiven Störungen (depressiven Episoden, rezidivierenden depressiven Störungen, Dysthymie),
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen),
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und
9. Verhaltensstörungen und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

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

1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
2. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substitutionsgestützter Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,
3. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
4. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe und
5. psychischer Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

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

(4) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen

der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung seelischer Krankheiten nach Absatz 1 dienen, bei denen Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie höchstens acht probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
3. die Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines ärztlichen Gutachtens zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

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

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

(6) Aufwendungen für

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

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

(8) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 4 b bis 4 d und
 2. die in Anlage 1 Nummer 1 aufgeführten Behandlungsverfahren.“
6. Nach § 4 d werden die folgenden §§ 4 e bis 4 g eingefügt:

„§ 4 e

Neuropsychologische Therapie

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

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

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

5. ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,

6. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder

7. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten,

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

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen anlässlich der Behandlung von

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

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

1. bis zu fünf probatorische Sitzungen,
2. Einzelbehandlung, einschließlich gegebenenfalls notwendiger begleitender Behandlung von Bezugspersonen

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

und

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

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

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

§ 4 f

Komplextherapien und integrierte Versorgung

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

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

(3) Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen einer integrierten Versorgung erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind in Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, die in Verträgen zwischen Leistungserbringern und privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbart wurden oder soweit Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140b SGB V bestehen.

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

§ 4g Soziotherapie

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

1. des schizophrenen Formenkreises
 - a) Schizophrenie,
 - b) schizotype Störung,
 - c) anhaltende wahnhaftige Störung,
 - d) induzierte wahnhaftige Störung und
 - e) schizoaffektive Störung,

sowie

2. der affektiven Störung
 - a) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung,
 - b) schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und
 - c) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung.

(2) Die Verordnung von Soziotherapie dürfen nur Ärzte vornehmen, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung „Psychiatrie oder Nervenheilkunde“ zu führen. Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. Es können gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen insgesamt höchstens 120 Therapieeinheiten je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren berücksichtigt werden. Die Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Bei Gruppenbehandlung umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten, wobei die Höchststundenzahl nach Satz 3 insgesamt nicht überschritten werden darf.

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

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

7. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3 wird in Satz 2 das Wort „vollstationären“ durch das Wort „stationären“ ersetzt.
- b) In Absatz 4 werden die nachfolgenden Sätze 4 bis 8 angefügt:

„Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung (ambulant betreute Wohngruppe

– § 38a SGB XI), gilt Satz 3 entsprechend. Der Gesamtbetrag je Maßnahme zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes ist auf 10 228 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die beteiligten Pflegeversicherungen aufgeteilt. Soweit die Pflegeversicherungen einmalig einen weiteren Betrag in Höhe von bis zu 2 500 Euro nach § 45e SGB XI gewähren, ist dieser Betrag zusätzlich beihilfefähig. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Pflegeversicherungen der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Die Mitteilung der Pflegeversicherung des Beihilfeberechtigten ist für die Beihilfestelle bindend und zunächst abzuwarten.“

c) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:

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

d) Die bisherigen Absätze 6 und 7 werden die Absätze 7 und 8.“

8. § 5 a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Während der Ersatzpflege ist der nach § 5 a Absatz 2 beihilfefähige Pauschalbetrag zusätzlich für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr zu 50 v.H. beihilfefähig; § 5 a Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.“

b) In Absatz 4 wird folgender Satz 4 angefügt:

„Eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 ist während einer Kurzzeitpflege (§ 5 b Absatz 6 und 7) und einer Verhinderungspflege (Absatz 3) zusätzlich jeweils für bis zu vier Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege gezahlten Pauschale beihilfefähig.“

9. § 5 b wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 7 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Während der Kurzzeitpflege ist der bisher nach § 5 a Absatz 2 beihilfefähige Pauschalbetrag zu 50 v.H. beihilfefähig; § 5 a Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.“

b) Absatz 8 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „18“ durch die Angabe „25“ ersetzt.

bb) Satz 2 erhält folgende Fassung:

„§ 5 c Absatz 6 gilt insoweit nicht.“

10. § 5 c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

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

1. bei Beihilfeberechtigten mit

a) einem Angehörigen vierzig vom Hundert,

b) mehreren Angehörigen fünfunddreißig vom Hundert

des um 520 Euro – bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 390 Euro – verminderten Einkommens oder

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

wird der übersteigende Anteil als Beihilfe ausgezahlt.

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

- b) In Absatz 6 Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und die Wörter „§ 38 Satz 5 SGB XI ist zu beachten“ angefügt.

11. § 5 d wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „vollstationärer“ durch das Wort „stationärer“ ersetzt.
- b) In Absatz 1 werden die Wörter „Absätze 2 bis 3“ durch die Wörter „Absätze 2 bis 7“ ersetzt.
- c) In Absatz 4 wird das Wort „vollstationären“ durch das Wort „stationären“ ersetzt und nach dem Wort „nach“ die Wörter „§ 5 b Absatz 2 und“ eingefügt.
- d) Die folgenden Absätze 5 bis 7 werden angefügt:

„(5) Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegegruppen I, II oder III in ambulant betreuten Wohngruppen sind pauschal 200 Euro monatlich zusätzlich beihilfefähig, wenn die Personen Anspruch auf Beihilfe nach § 5 a haben und die Pflegeversicherung hierzu Leistungen nach § 38 a SGB XI erbringt.

(6) Bei Personen ohne Pflegestufe nach Absatz 1 gilt § 5 a entsprechend mit der Maßgabe, dass nach Absatz 1 bis zu 225 Euro und nach Absatz 2 120 Euro monatlich beihilfefähig sind. § 5 Absatz 4 Sätze 1 und 3 gelten entsprechend.

(7) Bei pflegebedürftigen Personen nach Absatz 1 erhöht sich der beihilfefähige Betrag nach

1. § 5 a Absatz 1 in der
 - a) Stufe I um 215 Euro auf 665 Euro und
 - b) Stufe II um 150 Euro auf 1 250 Euro,
2. § 5 a Absatz 2 in der
 - a) Stufe I um 70 Euro auf 305 Euro und
 - b) Stufe II um 85 Euro auf 525 Euro.“

12. In § 6 Absatz 2 Satz 2 werden nach Angabe „§ 107 Absatz 1“ die Wörter „in Verbindung mit § 108“ eingefügt.

13. nach § 6 a werden die folgenden §§ 6 b bis 6 d eingefügt:

„§ 6 b

Familienorientierte Rehabilitation

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

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

(3) Für die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, Kurtaxe sowie Fahrtkosten der begleitenden Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) wird pro Person ein Zuschuss von 40 Euro, höchstens aber insgesamt 100 Euro täglich gezahlt. Entstehen den begleitenden Familienangehörigen Aufwendungen für

ärztliche Behandlungen, die in Zusammenhang mit der Behandlung des erkrankten Kindes stehen, sind diese Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig; § 12 Absatz 2 Buchstabe b gilt entsprechend.

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

§ 6 c

Sozialmedizinische Nachsorge

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

§ 6 d

Rehabilitationssport und Funktionstraining

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

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

Die Maßnahmen müssen unter ärztlicher Überwachung durchgeführt werden.

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

(3) Nicht beihilfefähig sind Mitgliedsbeiträge, Aufwendungen für den Besuch eines Fitness-Studios oder für allgemeine Fitness-Übungen und –Geräte, für notwendige Sportbekleidung sowie die Fahrtkosten zum Veranstaltungsort. Dies gilt auch für die Aufwendungen einer ggf. notwendigen Begleitperson.“

14. Anlage 1 (zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5) erhält die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

Artikel 2

(1) Diese Verordnung tritt mit Ausnahme von Absatz 2 am 1. Januar 2013 in Kraft. Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2012 entstehen.

(2) Artikel 1 Nummern 5 b und 5 c, 6 bis 7 sowie 8 b treten mit Wirkung vom 30. Oktober 2012 in Kraft; sie gelten für Aufwendungen, die nach dem 29. Oktober 2012 entstanden sind.

Düsseldorf, den 9. Dezember 2012

Der Finanzminister
des Landes Nordrhein-Westfalen
Dr. Norbert Walter-Borjans

„Anlage 1

(zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung**Abschnitt 1****Psychotherapeutische Leistungen**

1. Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für:
 - a) Familientherapie,
 - b) Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs,
 - c) Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers),
 - d) Gestalttherapie,
 - e) Körperbezogene Therapie,
 - f) Konzentrierte Bewegungstherapie,
 - g) Logotherapie,
 - h) Musiktherapie,
 - i) Heileurhythmie,
 - j) Psychodrama,
 - k) Respiratorisches Biofeedback und
 - l) Transaktionsanalyse.
2. Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 4 a bis 4 d gehören
 - a) Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind,
 - b) Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung,
 - c) Heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen und
 - d) psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

Abschnitt 2**Psychosomatische Grundversorgung**

1. Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von Fachärzten für
 - a) Allgemeinmedizin,
 - b) Augenheilkunde,
 - c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - d) Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - e) Innere Medizin,
 - f) Kinder- und Jugendlichenmedizin,
 - g) Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
 - h) Neurologie,
 - i) Phoniatrie und Pädaudiologie,
 - j) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - k) Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
 - l) Urologie.
2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von
 - a) Ärzten,
 - b) Psychologischen Psychotherapeuten oder
 - c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

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

Abschnitt 3**Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie**

1. Wird die Behandlung von einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
 - a) Psychotherapeutische Medizin,
 - b) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie oder
 - d) Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie sowie ein Arzt mit der Berufsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte) durchführen.
2. Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
3. Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 Psychotherapeutengesetz durchgeführt, muss diese Person
 - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen,
 - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
 - c) über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
4. Ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Therapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte).
5. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
6. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 Psychotherapeutengesetz durchgeführt, muss er
 - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
 - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
 - c) über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychothe-

rapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

7. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Therapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte).
8. Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einer Person durchgeführt, die weder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der der Berechtigung nach den Nummern 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

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

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

Abschnitt 4 Verhaltenstherapie

1. Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss er Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
 - a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,
 - b) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
 - d) Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

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

2. Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz kann Verhaltenstherapie durchführen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
3. Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 Psychotherapeutengesetz durchgeführt, muss diese Person
 - a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
 - b) in das Arztregister eingetragen sein oder
 - c) über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

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

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

– GV. NRW. 2012 S. 642

Einzelpreis dieser Nummer 1,35 Euro

zuzügl. Porto- und Versandkosten

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

Abonnementsbestellungen: Grafenberger Allee 82, Fax (02 11) 96 82/2 29, Tel. (02 11) 96 82/2 38 (8.00–12.30 Uhr), 40237 Düsseldorf

Bezugspreis halbjährlich 33,50 Euro (Kalenderhalbjahr). Jahresbezug 67,- Euro (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 vier Wochen nach Erscheinen anerkannt.

In den Bezugs- und Einzelpreisen ist keine Umsatzsteuer i. S. d. § 14 UStG enthalten.

Einzelpbestellungen: Grafenberger Allee 82, Fax (02 11) 96 82/2 29, Tel. (02 11) 96 82/2 41, 40237 Düsseldorf

Von Vorabinsendungen des Rechnungsbetrages – in welcher Form auch immer – bitten wir abzusehen. Die Lieferungen erfolgen nur auf Grund schriftlicher Bestellung gegen Rechnung. Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Gesetz- und Verordnungsblattes 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, 40213 Düsseldorf

Herstellung und Vertrieb im Namen und für Rechnung des Herausgebers: A. Bagel Verlag, Grafenberger Allee 82, 40237 Düsseldorf

Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach

ISSN 0177-5359