



Gesetz- und Verordnungsblatt

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

72. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 14. Dezember 2018

Nummer 29

Glied.- Nr.	Datum	Inhalt	Seite
2022	12. 6. 2018	Zweiundzwanzigste Änderung der Satzung der Rheinischen Zusatzversorgungskasse	642
20320	6. 12. 2018	Neunte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW	644
301	30. 11. 2018	Verordnung zur Änderung der in den Verordnungen des Ministeriums der Justiz enthaltenen Befristungen	665
223	27. 11. 2018	Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung zur berufsbegleitenden Ausbildung zum Erwerb des Lehramts für sonderpädagogische Förderung	666
822	6. 12. 2018	14. Satzung zur Änderung der Satzung der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen	666

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.

2022

**Zweiundzwanzigste
Änderung der Satzung
der Rheinischen Zusatzversorgungskasse
Vom 12. Juni 2018**

Aufgrund des § 13 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes über die kommunalen Versorgungskassen und Zusatzversorgungskassen im Lande Nordrhein-Westfalen – VKZVKG – hat der Kassenausschuss in der Sitzung am 12. Juni 2018 wie folgt beschlossen:

Die Satzung der Rheinischen Zusatzversorgungskasse vom 29. Oktober 2002 (GV. NRW. 2002 S. 540) in der Fassung der 21. Satzungsänderung vom 13. Juni 2017 (GV. NRW. 2017, S. 688 ff., StAnz.RhPf. 2017, S. 730 ff.) wird wie folgt geändert:

1

Im Anschluss an die Regelung des § 14 wird folgender neuer § 14a eingefügt:

„§ 14a

Insolvenz des Mitglieds

(1) Die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Mitglieds stellt eine Auflösung im Sinne von § 14 Absatz 1 Buchstabe a dar, die eine Beendigung der Mitgliedschaft zur Folge hat.

(2) ¹Nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens kann zwischen der Kasse und dem Insolvenzverwalter bzw. der Eigenverwaltung eine Individualabrede über die vorläufige Fortsetzung der Mitgliedschaft mit Rückwirkung auf den Zeitpunkt der Eröffnung vereinbart werden (Fortsetzungsvereinbarung), deren Vertragsbedingungen zwischen den Parteien im Einzelnen ausgehandelt werden. ²Die Fortsetzung kann befristet oder unbefristet vereinbart werden.

(3) ¹Die Kasse ist nicht verpflichtet, eine Fortsetzungsvereinbarung zu schließen. ²Sie kann den Abschluss einer Fortsetzungsvereinbarung von Bedingungen abhängig machen. ³Insbesondere kann sie die Vorlage eines Sanierungskonzepts verlangen, das entweder die Fortsetzung des Mitglieds oder die Übertragung der Aufgaben und der Pflichtversicherten des Mitglieds auf ein anderes Mitglied der Kasse zum Ziel hat.

(4) ¹Die Fortsetzungsvereinbarung endet mit Ablauf der vereinbarten Frist, spätestens mit Aufhebung des Insolvenzverfahrens. ²Wird das Mitglied fortgesetzt, besteht die ursprüngliche Mitgliedschaft mit allen Rechten und Pflichten nach Maßgabe der Satzung fort. § 11 Absatz 1 Buchstabe d gilt entsprechend. ³Für diesen Fall soll die Fortsetzungsvereinbarung gemäß Absatz 2 die Verpflichtung des Mitglieds vorsehen, die Folgen einer erneuten Insolvenz gegenüber der Kasse abzusichern sowie eine „going-concern“-Bestätigung im Sinne von § 13 Absatz 6 beizubringen.

(5) ¹Wird die gemäß Absatz 2 fortgesetzte Mitgliedschaft beendet, steht der Kasse ein finanzieller Ausgleich unter den Voraussetzungen der §§ 15 ff. (bei Mitgliedern im Abrechnungsverband I) bzw. der §§ 59 a ff. (bei Mitgliedern im Abrechnungsverband II) für den Zeitraum ab Insolvenzeröffnung zeitanteilig gegenüber der Insolvenzmasse zu. ²Für den Zeitraum bis zur Insolvenzeröffnung wird der zeitanteilig berechnete Ausgleichsbetrag gem. § 15 a (bei Mitgliedern im Abrechnungsverband I) bzw. Einmalbetrag gem. § 59 b (bei Mitgliedern im Abrechnungsverband II) endgültig zur Insolvenztabelle angemeldet.

(6) Absatz 5 findet im Falle des Absatzes 4 Satz 2 keine Anwendung.“

§ 55 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird nach Satz 2 folgender Satz 3 eingefügt:

„³Die Übertragung von Mitteln von einem Teilvermögen in ein anderes Teilvermögen ist ausschließlich nach Maßgabe des § 59 Absatz 3 Satz 3 zulässig und bedarf der Zustimmung des Kassenausschusses sowie der Genehmigung der Versicherungsaufsicht.“

b) Der bisherige Satz 3 wird zu Satz 4.

§ 56 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) ¹Für die Pflichtversicherung (Abrechnungsverband II) und die freiwillige Versicherung ist jeweils nach Maßgabe des versicherungstechnischen Geschäftsplans eine Deckungsrückstellung mindestens in Höhe des versicherungsmathematischen Barwerts aller am Bilanzstichtag bestehenden Anwartschaften und Ansprüche in die Bilanz einzustellen. ²Die für die Ermittlung der Rückstellung zu berücksichtigenden Annahmen zum Rechnungszins, zur Biometrie und zu den Verwaltungskosten werden nach den anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik bestimmt und im Rahmen des versicherungstechnischen Geschäftsplans festgelegt. ³Zur Berücksichtigung zusätzlicher versicherungstechnischer Risiken können auf Vorschlag der/des Verantwortlichen Aktuarin/Aktuars weitere versicherungstechnische Rückstellungen gebildet werden.“

b) Absatz 4 wird gestrichen.

4. § 57 erhält folgende Fassung:

„(1) Zur Deckung von Fehlbeträgen in der kapitalgedeckten Pflichtversicherung (Abrechnungsverband II) und der freiwilligen Versicherung ist jeweils eine Verlustrücklage zu bilden.

(2) ¹Der Verlustrücklage sind jährlich mindestens 5 v.H. des sich aus der versicherungstechnischen Bilanz des jeweiligen Abrechnungsverbandes insgesamt ergebenden Überschusses zuzuführen, bis diese einen Stand von 10 v.H. der Deckungsrückstellung erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht. ²Der Kassenausschuss kann im Hinblick auf die Kapitalausstattung in der kapitalgedeckten Pflichtversicherung (Abrechnungsverband II) und der freiwilligen Versicherung weitere Vorgaben zur Dotierung der jeweiligen Verlustrücklage beschließen.“

5. § 58 wird wie folgt geändert:

Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„¹Der Überschuss in der kapitalgedeckten Pflichtversicherung (Abrechnungsverband II) und der freiwilligen Versicherung, der sich entsprechend dem versicherungstechnischen Geschäftsplan ergibt, wird jeweils in eine Rückstellung für Überschussbeteiligung eingestellt, soweit er nicht zur Dotierung der Verlustrücklage verwendet wird.“

6. § 59 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach dem Wort „jeweilige,“ die Wörter „noch nicht für die einzelvertragliche Zuteilung gebundene“ eingefügt.

b) In Absatz 2 Satz 1 werden die Wörter „Rückstellung für Überschussbeteiligung“ durch die Wörter „nicht gebundenen Rückstellung für Überschussbeteiligung“ ersetzt.

c) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) ¹Verbleibt nach Inanspruchnahme der Verlustrücklage und der nicht gebundenen Rückstellung für Überschussbeteiligung gemäß Absatz 1 im Abrechnungsverband der freiwilligen Versicherung ein bilanzieller Fehlbetrag, ist dieser nach der Ursache seiner Entstehung den in der freiwilligen Versicherung gemäß § 68 Absatz 2 gebildeten Gewinnverbänden entsprechend den Vorgaben des versicherungstechnischen Geschäftsplans zuzuordnen. ²Weist der Gewinnverband des Tarifs 2002 einen bilanziellen Fehlbetrag aus, können die Anwartschaften und Ansprüche in diesem Tarif um bis zu 25 v. H. ihres ursprünglichen Betrages herabgesetzt werden. ³Ansonsten wird der einem Gewinnverband zurechenbare bilanzielle Fehlbetrag unter Beachtung des § 55 Absatz 2 Satz 3 durch Überführung entsprechender finanzieller Mittel aus dem Abrechnungsverband I der Pflichtversicherung in den Abrechnungsverband der freiwilligen Versicherung ausgeglichen.“

d) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Die Umsetzung von Maßnahmen nach den Absätzen 1 bis 3 ist auf Vorschlag der/des Verantwortlichen Aktuarin/Aktuars vom Kassenausschuss zu beschließen und deren Ausgestaltung im versicherungstechnischen Geschäftsplan festzulegen.“

7. § 60 wird wie folgt geändert:

Hinter Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) ¹Im Falle eines Vermögenstransfers gemäß § 55 Absatz 2 Satz 3 sind die Versicherten im Hinblick auf eine eventuelle Eigenbeteiligung an der Umlage bei einer Neufestsetzung des Finanzierungssatzes im Abrechnungsverband I so zu stellen, als ob ein Vermögenstransfer nicht stattgefunden hätte. ²Die hierfür notwendigen Vergleichsberechnungen erfolgen durch den Verantwortlichen Aktuar im Rahmen der Feststellung des Finanzbedarfs nach Absatz 2.“

8. § 66 wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 wird nach Satz 3 folgender Satz 4 angefügt:

„⁴Soweit Mittel aus dem Abrechnungsverband I zur Deckung eines bilanziellen Fehlbetrages gemäß § 59 Absatz 3 Satz 3 in die freiwillige Versicherung überführt werden, sind diese Mittel dem Abrechnungsverband I bei der Aufstellung der versicherungstechnischen Bilanz als fiktives Vermögen nach Maßgabe des versicherungstechnischen Geschäftsplans hinzuzurechnen, um die Versicherten bezogen auf die Feststellung der Überschüsse im Ergebnis so zu stellen, als ob ein Vermögenstransfer nicht stattgefunden hätte.“

9. § 68 erhält folgende Fassung:

§ 68

Überschussbeteiligung

(1) Die Beteiligung an den Überschüssen und deren vertragsindividuelle Zuteilung richtet sich nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die freiwillige Versicherung im Anhang zur Satzung sowie den Bestimmungen des versicherungstechnischen Geschäftsplans.

(2) ¹Jedem Tarif in der freiwilligen Versicherung wird nach Maßgabe des versicherungstechnischen Geschäftsplans ein Anteil an den Posten der versicherungstechnischen Bilanz des Abrechnungsverbandes zugeordnet und auf diese Weise ein tarifbezogener Gewinnverband eingerichtet. ²Das sich aus der versicherungstechnischen Bilanz des Abrechnungsverbandes nach Berücksichtigung der gemäß § 57 Absatz 2 für die Dotierung der Verlustrücklage erforderlichen Mittel ergebende Jahresergebnis ist durch die Verantwortliche Aktuarin/den Verantwortlichen Aktuar nach den Ursachen seiner Entstehung zu analysieren und nach Maßgabe des versicherungstechnischen Geschäftsplans den einzelnen Gewinnverbänden zuzuordnen.

(3) ¹Überschüsse, die auf Gewinnverbände ohne gemäß § 59 Absatz 3 Satz 3 ausgeglichenen Fehlbetrag entfallen, können für eine Mindestüberschussbeteiligung der jeweiligen Versicherten verwendet werden. ²Die dafür erforderlichen Mittel sind insoweit der Rückstellung für Überschussbeteiligung zuzuführen und für die vertragsindividuelle Zuteilung zu binden. ³Danach verbleibende Überschüsse sind nach Maßgabe des versicherungstechnischen Geschäftsplans für den gewinnverbandsübergreifenden Ausgleich von Fehlbeträgen zu verwenden, bevor sie der Verlustrücklage und der Rückstellung für Überschussbeteiligung zugeführt werden.

(4) Über die Verwendung der einem Gewinnverband in der Rückstellung für Überschussbeteiligung zugeordneten Mittel entscheidet der Kassenausschuss auf Vorschlag der/des Verantwortlichen Aktuarin/Aktuars.“

10. § 72 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„¹Soweit die Summe aus der Startgutschrift ohne Berücksichtigung von § 73 Absatz 1 Satz 3 bis 7, dem Zuschlag zur Startgutschrift nach § 73 Absatz 1 a sowie dem Betrag, der nach § 73 Absatz 3 a als zusätzliche Startgutschrift ermittelt wurde, die Höhe der Anwartschaft nach § 73 Absatz 1 erreicht oder übersteigt, verbleibt es bei der bereits mitgeteilten Startgutschrift. ²Die Kasse teilt den Versicherten im Rahmen des Versicherungsnachweises nach § 51 mit, dass es entweder bei der bisherigen Startgutschrift verbleibt oder sie informiert über die Höhe der neu berechneten Startgutschrift. ³Neben der Information über den Versicherungsnachweis nach Satz 2 bedarf es keiner gesonderten Mitteilung.“

11. § 73 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden folgende Sätze 3 bis 7 angefügt:

„³Bei Anwendung von Satz 1 ist an Stelle des Faktors von 2,25 v.H. nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 Satz 1 BetrAVG der Faktor zu berücksichtigen, der sich ergibt, indem man 100 v.H. durch die Zeit in Jahren vom erstmaligen Beginn der Pflichtversicherung bis zum Ende des Monats, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird, teilt; der Faktor beträgt jedoch mindestens 2,25 v.H. und höchstens 2,5 v.H. ⁴Bei Anwendung von Satz 3 werden Teilmonate ermittelt, indem die Pflichtversicherungszeit unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Tage des betreffenden Monats durch 30 dividiert wird. ⁵Aus der Summe der (Teil-) Monate werden die Jahre der Pflichtversicherung berechnet. ⁶Die sich nach Satz 4 und 5 ergebenden Werte werden jeweils auf zwei Nachkommastellen gemeinüblich gerundet. ⁷Der sich durch die Division mit der Zeit in Jahren ergebende Faktor wird auf vier Nachkommastellen gemeinüblich gerundet.“

b) In Absatz 1 a Satz 1 Nummer 2 Satz 1 werden die Wörter „bisherige Vorphundertatz nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 Satz 1 BetrAVG“ durch die Wörter „ohne Anwendung von Absatz 1 Satz 3 bis 7 nach § 18 Absatz 2 Nummer 1 Satz 1 BetrAVG berechnete Vorphundertatz“ ersetzt.

c) Dem Absatz 7 wird folgender Satz 3 angefügt:

„³Satz 2 gilt für die Jahre bis 2016 auch für eine Erhöhung der Startgutschrift infolge der Berechnung nach Absatz 1 Satz 3 bis 7.“

12. § 74 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„¹Auf einen gesetzlichen Anspruch nach § 18 Absatz 2 BetrAVG sind § 73 Absatz 1 Satz 3 bis 7 und Absatz 1 a entsprechend anzuwenden. ²Für die Dynamisierung der Anwartschaften gilt § 73 Absatz 7 entsprechend.“

13. § 78 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Sätze 2 und 3 werden wie folgt gefasst:

„²Für Beschäftigte mit Mutterschutzzeiten vor dem 1. Januar 2002 gilt Satz 1 bei entsprechendem Antrag der Versicherten bzw. der Rentenberechtigten sinngemäß für die Berechnung ihrer Startgutschriften. ³Am 31. Dezember 2001 Rentenberechtigte mit Mutterschutzzeiten vor dem 1. Januar 2002 erhalten auf Antrag einen Zuschlag zu ihrer Besitzstandsrente, der sich ergibt, wenn auf der Grundlage der Entgelte gemäß Satz 1 Buchstabe b entsprechend § 34 Versorgungspunkte gutgeschrieben würden.“

b) Hinter Absatz 2 wird folgender Absatz 3 angefügt:

„¹Erhöhen sich durch die Neuberechnungen nach § 73 Absatz 1 Satz 3 bis 7 und § 74 Absatz 4 die Startgutschriften in bereits laufenden Betriebsrentenfällen, führt dies zur rückwirkenden Erhöhung der Rentenleistungen. ²Die Erhöhungsbeträge werden unaufgefordert unverzinst von der Kasse nachgezahlt; Teilzahlungs-, Nichtzahlungs- und Ruhensregelungen sind zu berücksichtigen.“

2

Inkrafttreten

¹Diese Satzungsänderung tritt mit Wirkung vom 12. Juni 2018 in Kraft. ²Abweichend von Satz 1 treten 1 Nummern 10 bis 12 am 1. Januar 2001 und Nummer 13 Buchstabe a zum 1. Januar 2012 in Kraft.

Nümbrecht, den 12. Juni 2018

R a e t z

Vorsitzender des Kassenausschusses

B o i s

Schriftführer

Die vorstehende Zweiundzwanzigste Änderung der Satzung der Rheinischen Zusatzversorgungskasse (RZVK) hat das Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Gleichstellung des Landes Nordrhein-Westfalen am 23. November 2018 angenommen. Sie wird nach § 13 Absatz 4 Satz 1 des Gesetzes über die kommunalen Versorgungskassen und Zusatzversorgungskassen im Lande Nordrhein-Westfalen bekannt gemacht.

Köln, den 12. Juni 2018

Rheinische Versorgungskassen

Die Leiterin der Kassen

L u b e k

– GV. NRW. 2018 S. 642

20320

**Neunte Verordnung
zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW
Vom 6. Dezember 2018**

Auf Grund des § 75 Absatz 8 des Landesbeamtengesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310, ber. S. 642) verordnet das Ministerium der Finanzen:

Artikel 1

Änderung der Beihilfenverordnung NRW

Die Beihilfenverordnung NRW vom 5. November 2009 (GV. NRW. S. 602), die zuletzt durch Verordnung vom 15. Dezember 2017 (GV. NRW. S. 967) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 4 Satz 2 wird das Wort „Landesbesoldungsgesetzes“ durch das Wort „Landesbeamtengesetzes“ ersetzt.
2. § 3 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Person“ die Wörter „individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL), freiwillige Satzungsleistungen oder“ eingefügt.
 - b) In Satz 2 werden die Wörter „sowie Leistungen auf Grund der Bestimmung über die vollständige oder teilweise Kostenbefreiung (§ 62 Absatz 4 SGB V)“ gestrichen.
 - c) In Satz 4 wird die Angabe „§ 28 Absatz 4,“ gestrichen und die Angabe „§ 33 Absatz 2“ wird durch die Angabe „§ 33 Absatz 8“ ersetzt.
3. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„medizinische Leistungen, die durch Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen

und – therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Hebammen und Entbindungspfleger sowie nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4 i Absatz 2 in Verbindung mit der Anlage 5 Abschnitt I erbracht werden.“

- bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richten sich für ärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966) geändert worden ist, für zahnärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, für ambulante durchgeführte psychotherapeutische Leistungen, Maßnahmen der psychotherapeutischen Grundversorgung und der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach den §§ 4 a bis 4 e und der Anlage 1 zu dieser Verordnung, für durch Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker erbrachte Leistungen nach der Anlage 4 zu dieser Verordnung, für durch nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erbrachte Leistungen nach § 4 i Absatz 2 in Verbindung mit der Anlage 5 zu dieser Verordnung und für durch Hebammen und Entbindungspfleger erbrachte Leistungen nach der Hebammengebührenordnung Nordrhein-Westfalen vom 30. Juni 2015 (GV. NRW. S. 541), in der jeweils geltenden Fassung.“

- b) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Behandlungen in Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die entstanden sind für

- a) allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8 c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, sowie gemäß § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6ba des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist,
- b) gesondert berechnete ärztliche und zahnärztliche Leistungen (§§ 17, 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung) abzüglich zehn Euro täglich für höchstens 20 Tage im Kalenderjahr sowie gesondert berechnete Unterkunft (Zweibettzimmer mit separater Dusche und WC ohne Komfortleistungen) abzüglich 15 Euro täglich für insgesamt höchstens 20 Tage im Kalenderjahr,
- c) vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
- d) die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes),

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

Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern nach § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind nur insoweit als angemessen (§ 3 Absatz 1 Satz 1) anzuerkennen, als sie den Kosten (Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskos-

ten) entsprechen, die die dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) für eine medizinisch gleichwertige Behandlung abzüglich eines Betrags von 25 Euro täglich für höchstens 20 Tage im Kalenderjahr berechnen würde. Die Selbstbeteiligungen sind innerhalb eines Kalenderjahres für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zu einem Betrag von jeweils insgesamt 500 Euro in Abzug zu bringen.“

c) In Nummer 6 Satz 1 wird die Angabe „9“ durch die Angabe „11“, die Angabe „72“ durch die Angabe „88“ und die Angabe „5c“ durch die Angabe „5b“ ersetzt.

d) In Nummer 8 wird das Wort „vom“ durch die Wörter „von einer Ärztin oder von einem“ ersetzt.

e) Nummer 10 Satz 10 wird wie folgt gefasst:

„Die Beihilfefähigkeit von Hilfsmitteln und die Angemessenheit der Aufwendungen bestimmt sich – soweit dort aufgeführt – nach Anlage 3 zu dieser Verordnung.“

f) Die Nummern 10 a bis 10 c werden aufgehoben.

4. § 4 a wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift zu § 4 a wird wie folgt gefasst:

„§ 4 a

Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung“

b) In Absatz 1 wird die Angabe „2 und 3“ durch die Angabe „3 und 4“ ersetzt.

c) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Aufwendungen für Leistungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung sind bis zur Entscheidung über die Durchführung einer Therapie nach den §§ 4 c und 4 d beihilfefähig, wenn

1. ein akuter Behandlungsbedarf in einer probatorischen Sitzung festgestellt wird,
2. ein Gutachterverfahren bei der Beihilfestelle beantragt worden ist und
3. die Akutbehandlung als Einzeltherapie, gegebenenfalls auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen, in Einheiten von mindestens 25 Minuten je Krankheitsfall durchgeführt wird.

Im Fall eines positiven Gutachtens wird die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 4 c und 4 d angerechnet.“

d) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden die Absätze 3 und 4.

5. § 4 c wird wie folgt geändert:

a) Die Absätze 1 und 2 werden durch die folgenden Absätze 1 bis 4 ersetzt:

„(1) Aufwendungen für psychoanalytisch begründete Verfahren mit ihren beiden Behandlungsformen, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und der analytischen Psychotherapie (Nummern 860 bis 865 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte), sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
im Ausnahmefall	40 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

2. analytische Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	160 Sitzungen	80 Sitzungen
im Ausnahmefall	140 weitere Sitzungen	70 weitere Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	90 Sitzungen	60 Sitzungen
im Ausnahmefall	90 weitere Sitzungen	30 weitere Sitzungen

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen
im Ausnahmefall	80 weitere Sitzungen	30 weitere Sitzungen

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend durchgeführten Behandlung. Überwiegt die Einzelbehandlung, so werden zwei als Gruppenbehandlung durchgeführte Sitzungen als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. Überwiegt die Gruppenbehandlung, so wird eine als Einzelbehandlung durchgeführte Sitzung als zwei Sitzungen der Gruppenbehandlung gewertet.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor Vollendung des 21. Lebensjahr begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahr beihilfefähig.

(3) In besonderen Ausnahmefällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine über die in Absatz 1 Satz 1 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus im Einvernehmen mit dem Ministerium der Finanzen anerkannt werden, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.

(4) Aufwendungen für Sitzungen, in die auf Grund einer durch Gutachten belegten medizinischen Notwendigkeit Bezugspersonen einbezogen werden, sind bei Einzelbehandlung bis zu einem Viertel und bei Gruppenbehandlung bis zur Hälfte der bewilligten Zahl von Sitzungen zusätzlich beihilfefähig, wenn die zu therapierende Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, werden die Sitzungen, in die Bezugspersonen einbezogen werden, in voller Höhe auf die bewilligte Zahl der Sitzungen angerechnet.“

b) Die bisherigen Absätze 3 und 4 werden die Absätze 5 und 6.

6. § 4 d Absatz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„(1) Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie (Nummern 870 und 871 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
	60 Sitzungen	60 Sitzungen
	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

- (2) § 4 c Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.“
7. In § 4 h Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 wird jeweils die Angabe „SGB V“ durch die Wörter „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
8. § 4 i wird wie folgt geändert:
- Absatz 2 wird wie folgt geändert:
 - Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Die verordnete Heilbehandlung muss nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen und, soweit nicht von Ärztinnen, Ärzten, Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern erbracht, von Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern nach Anlage 5 Nummer I zu dieser Verordnung durchgeführt werden.“
 - Satz 2 wird aufgehoben.
 - Im neuen Satz 2 werden die Wörter „Behandlern nach Satz 2“ durch die Wörter „Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Anlage 5 Abschnitt I zu dieser Verordnung“ ersetzt.
 - In Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „von“ die Angabe „§ 4“ nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „Nummer 1“ und nach dem Wort „und“ die Angabe „§ 4 i“ eingefügt.
 - In Absatz 6 werden die Wörter „5 d Absatz 2 oder 6“ durch die Angabe „5 f Absatz 2“ ersetzt.
9. § 5 wird wie folgt geändert:
- In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „Fähigkeit“ durch das Wort „Fähigkeiten“ ersetzt.
 - In Absatz 3 wird das Wort „beihilfefähige“ durch das Wort „beihilfefähigen“ ersetzt.
10. In § 5 f Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „gewährt“ durch das Wort „gezahlt“ ersetzt.
11. In § 5 g Absatz 1 Nummer 1 wird die Angabe „4“ durch die Angabe „5“; die Wörter „in der eigenen Häuslichkeit“ durch die Wörter „im eigenen Haushalt“ und die Angabe „6“ durch die Angabe „5“ ersetzt.
12. In § 6 c Satz 1 werden nach dem Wort „von“ die Wörter „Ärztinnen oder“ eingefügt und die Angabe „SGB V“ durch die Wörter „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
13. In § 7 Absatz 2 Buchstabe d werden nach dem Wort „Gutachten“ die Wörter „der zuständigen Amtsärztin oder“ und nach dem Wort „ist“ die Wörter „(Beamtinnen und Beamte sowie Richterinnen und Richter mit Dienstbezügen, die das 63. Lebensjahr vollendet haben, sind ausgenommen)“ eingefügt.
14. § 8 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- In Satz 1 Nummer 4 wird die Angabe „SGB V“ durch die Wörter „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
 - In Satz 6 wird die Angabe „§ 27 a Absatz 4 SGB V“ durch die Wörter „§ 27 a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ ersetzt.
15. § 12 wird wie folgt geändert:
- In Absatz 4 Satz 1 wird im Satzteil vor Buchstabe a) die Angabe „, 3 und 4“ durch die Angabe „und 3“ ersetzt.
 - In Absatz 5 wird die Angabe „5“ durch die Angabe „4 Satz 1“ ersetzt.
16. § 12 a Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 7“ durch die Angabe „Absatz 6“ ersetzt.
 - In Satz 2 werden die Wörter „12 und/oder 14 LBesG“ durch die Wörter „33 und/oder 62 des Landesbesoldungsgesetzes“ ersetzt.
17. § 13 wird wie folgt geändert:
- In Absatz 3 Satz 1 werden im Satzteil vor Nummer 1 die Wörter „eines Jahres“ durch die Wörter „von 24 Monaten“ und die Wörter „ein Jahr“ durch die Wörter „24 Monate“ ersetzt.
 - Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Nach dem Tod der beihilfeberechtigten Person kann die Beihilfe auf ein Konto der durch Erbschein ausgewiesenen Erben, ein anderes Konto, das von der verstorbenen Person im Antrag oder in einer Vollmacht angegeben wurde oder, soweit Erben nicht vorhanden sind, auf das Bezügekonto der verstorbenen Person überwiesen werden.“
 - Absatz 5 wird aufgehoben.
 - Die Absätze 6 bis 12 werden die Absätze 5 bis 11.
18. In § 15 Absatz 4 Satz 4 wird die Angabe „4“ durch die Angabe „2“ ersetzt.
19. In § 16 Absatz 1 werden die Wörter „§ 4 c Absatz 1 Satz 2“ durch die Angabe „§ 4 c Absatz 3“ ersetzt und die Wörter „§ 4 d Absatz 1 Satz 2,“ gestrichen.
20. Dem § 17 a wird folgender Absatz 11 angefügt:
- „(11) Die Regelungen der Neunten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 6. Dezember 2018 (GV. NRW S.###) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2018 entstehen.“
21. Die Anlage 3 erhält die aus dem Anhang 1 zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.
22. Die Anlage 5 erhält die aus dem Anhang 2 zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.
23. Anlage 6 wird wie folgt geändert:
- Abschnitt I wird wie folgt geändert:
 - In Nummer 1 wird die Angabe „93“ durch die Angabe „94“ ersetzt.
 - In Nummer 5 wird die Angabe „93“ durch die Angabe „94“ ersetzt.
 - In Nummer 41 wird die Angabe „99“ durch die Angabe „100“ ersetzt.
 - In Nummer 47 wird die Angabe „85“ durch die Angabe „86“ und die Angabe „139“ durch die Angabe „140“ ersetzt.
 - Nach Nummer 83 wird folgende Nummer 84 eingefügt:

„84. Kernspin-Resonanz-Therapie (MBS-Therapie);“
 - Die bisherigen Nummern 84 bis 87 werden die Nummern 85 bis 88.
 - Nach Nummer 89 wird folgende Nummer 90 eingefügt:

„90. Neurostimulation nach Molsberger (NSM);“
 - Die bisherigen Nummern 90 bis 142 werden die Nummern 91 bis 143.
 - Abschnitt II wird wie folgt geändert:
 - Der Nummer 3 wird folgender Satz angefügt:

„Alternative Schwermetallausleitungen gehören nicht zur Behandlung einer Schwermetallvergiftung; die Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.“
 - In Nummer 5 Satz 1 Nummer 3 wird das Wort „Fasziitis“ durch das Wort „Fasciitis“ ersetzt.
 - Nummer 7 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - In Nummer 7 wird das Wort „oder“ durch ein Komma ersetzt.
 - Nach Nummer 7 wird folgende Nummer 8 eingefügt:

„8. diabetischen Fußsyndromen ab Wagner Stadium II oder“

ccc) Die bisherige Nummer 8 wird Nummer 9.

dd) Nummer 12 wird wie folgt gefasst:

„12. Protonentherapie

Die Aufwendungen sind grundsätzlich nur bei eingeschränkten Indikationen (Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus des Gemeinsamen Bundesausschusses) und nur in der Höhe beihilfefähig, wie sie die Behandlerin oder der Behandler mit der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung der erkrankten Person vereinbart hat.“

ee) In Nummer 13 Satz 1 werden nach dem Wort „radialis“ die Wörter „oder Fasciitis plantaris“ eingefügt.

24. In Anlage 7 Teil B wird der Nummer der 28 folgender Satz angefügt:

„Maßnahmen zur Retention (dazu werden Lingualretainer eingesetzt) sind ebenfalls in den Nummern 6030 bis 6080 GOZ berücksichtigt.“

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2019 in Kraft und gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2018 entstehen.

Düsseldorf, den 6. Dezember 2018

Der Minister der Finanzen
des Landes Nordrhein-Westfalen

Lutz L i e n e n k ä m p e r

Anlage 3

Aufwendungen für Hilfsmittel

Für die nachfolgenden Hilfsmittel gelten in Ergänzung des § 4 Absatz 1 Nummer 10 folgende Regelungen:

1. Allergiebettwäsche (Komplettset Encasings)

Aufwendungen für ein Komplettset Allergiebettbezüge (Kopfkissen, Oberbett- und Matratzenbezug) sind bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro (Doppelbetten 240 Euro) beihilfefähig.

Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung sind nach einer Mindestnutzungsdauer von

- a) 2 Jahren, bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr,
- b) 4 Jahren, bei Kindern bis zum vollendeten 16. Lebensjahr und
- c) 6 Jahren bei Personen ab dem 17. Lebensjahr

beihilfefähig.

2. Blindenführhund

- a) Die Anschaffungs- und Ausbildungskosten eines Blindenführhundes sind beihilfefähig.
- b) Die Unterhaltskosten (unter anderem: Tierarzt, Futter, Versicherungen) sind ohne Nachweis bis zu 140 Euro im Monat beihilfefähig. Werden höhere Kosten geltend gemacht, ist die Vorlage von Belegen erforderlich.

3. Blindenhilfsmittel

a) Computerspezialausstattung

Spezialhardware und Spezialsoftware sind bis zu einem Betrag von 3 500 Euro beihilfefähig. Eine gegebenenfalls notwendige Braillezeile (40 Module) ist zusätzlich bis zu 5 400 Euro einschließlich aller Zusatzgeräte beihilfefähig.

b) Blindenlangstöcke und Unterweisung in den Gebrauch von Blindenhilfsmitteln und für Training in Orientierung und Mobilität

aa) Aufwendungen für die Anschaffung zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte sind beihilfefähig.

bb) Aufwendungen für die Unterweisung in den Gebrauch des Langstocks sowie Training in Orientierung und Mobilität sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

aaa) Einzeltraining ambulant oder stationär in einer Spezialeinrichtung bis zu 100 Stunden, Minstdauer 60 Minuten (einschließlich der Vor- und Nachbereitung), je Stunde 66,75 Euro.

bbb) Fahrzeitentschädigung für Fahrten der Trainerin oder des Trainers, je angefangene fünf Minuten 4,42 Euro.

ccc) Fahrkosten der Trainerin oder des Trainers (0,30 Cent je gefahrenen Kilometer bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges; im Übrigen die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels).

ddd) Kosten für Unterkunft und Verpflegung der Trainerin oder des Trainers, wenn eine Rückfahrt zum Wohnort am Tag des Trainings nicht zumutbar ist, je Tag 26 Euro.

Trainiert die Trainerin oder der Trainer an einem Tag mehrere blinde Menschen, sind die oben genannten Kosten nur anteilig beihilfefähig.

cc) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z.B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Schrestes oder bei Wechsel des Wohnortes) sind entsprechend Buchstabe bb) beihilfefähig.

dd) Aufwendungen für ein ergänzendes Training an Blindenleitgeräten sind bis zu 30 Stunden entsprechend Buchstabe bb) beihilfefähig. Aufwendungen für weitere Stunden sind beihilfefähig, wenn die Trainerin oder der Trainer oder eine Ärztin oder ein Arzt die Notwendigkeit begründet.

ee) Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Rechnung einer Blindenorganisation oder der Trainerin oder des Trainers, die oder der zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist, nachzuweisen. Wenn Umsatzsteuerpflicht besteht, erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

4. Blutdruckmessgerät

Als beihilfefähiger Höchstbetrag wird ein Betrag von 50 Euro festgesetzt.

5. Blutzuckermessgerät

Aufwendungen zur kontinuierlichen interstitiellen Gewebezuckermessung mit Real-Time Messgeräten einschließlich der erforderlichen Sensoren sind bei insulinpflichtiger Diabetes mellitus, die einer intensivierten Insulinbehandlung bedarf, beihilfefähig, wenn das Gerät von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie oder Diabetologie, von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendmedizin jeweils mit der Anerkennung „Diabetologie“ oder „Diabetologin oder Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder mit vergleichbarer Qualifikation oder einer Fachärztin oder einem Facharzt „Kinder- und Jugendmedizin mit entsprechender Zusatzqualifikation“ verordnet wird. Beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für die notwendige Schulung in der sicheren Handhabung des Gerätes. Die Versorgung mit einem Gerät zur kontinuierlichen Gewebezuckermessung schließt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ein konventionelles Blutzuckermessgerät (beihilfefähiger Höchstbetrag 100 Euro) einschließlich der erforderlichen Blutteststreifen nicht aus.

6. Blutzuckerteststreifen (Glucose-Teststreifen)

Beihilfefähig je Teststreifen ist ein Höchstbetrag von 0,70 Euro.

7. Hörgerät

Beihilfefähig sind Hinter-dem-Ohr-Geräte (HdO-Geräte), In-dem-Ohr-Geräte (IdO-Geräte), Taschengeräte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte (C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals) und drahtlose Hörhilfen bis zu einem Betrag von 1 500 Euro pro Ohr. Mit diesem Betrag sind sämtliche Nebenkosten einschließlich der Aufwendungen einer Otoplastik sowie der medizinisch notwendigen Fernbedienung abgegolten. Die Mindesttragedauer beträgt 5 Jahre.

Cochlea-Implantate sind keine Hilfsmittel, sondern sind beihilferechtlich als Körperersatzstücke zu behandeln. Der Selbstbehalt nach § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 2 gilt hierfür nicht.

8. Neurodermitis-Overalls

Bei an Neurodermitis erkrankten Kindern sind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr die Aufwendungen für jährlich zwei Neurodermitis-Overalls bis zu einem Höchstbetrag von jeweils 80 Euro beihilfefähig.

9. Orthopädische Maßschuhe

- a) Aufwendungen für orthopädische Maßschuhe (auch Orthesenschuhe) sind um den Betrag für eine normale Fußbekleidung zu kürzen (häusliche Ersparnis). Als Kürzungsbetrag sind bei Erwachsenen 70 Euro (für Hausschuhe 30 Euro) und bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr 40 Euro (für Hausschuhe 20 Euro) anzusetzen.
- b) Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen sind höchstens für zwei Paar Schuhe und ein Paar Hausschuhe pro Jahr beihilfefähig.

10. Perücke

Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Perücke sind bis zu einem Höchstbetrag von 800 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (zum Beispiel: Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (zum Beispiel infolge einer Schädelverletzung), oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall (zum Beispiel in Folge einer Chemotherapie) vorliegt. Aufwendungen für eine Zweitperücke sind beihilfefähig, wenn die Tragedauer laut ärztlichem Attest den Zeitraum von 12 Monaten überschreiten wird. Eine Ersatzbeschaffung ist frühestens nach 24 Monaten möglich; dies gilt nicht, wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraums die Kopfform geändert hat.

11. Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen)

- a) Aufwendungen für die Erstbeschaffung einer ärztlich verordneten Brille oder von ärztlich verordneten Kontaktlinsen sind in angemessenem Umfang beihilfefähig. Aufwendungen für höherbrechende Gläser sind ab 6 Dioptrien beihilfefähig.
- b) Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Sehhilfen (zwei Brillengläser oder Kontaktlinsen) sind bei Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, bei einer Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien (sphärischer Wert) beihilfefähig. Bei gleichbleibender Sehschärfe sind die Aufwendungen einer Ersatzbeschaffung von Kontaktlinsen nach zwei Jahren bis zu 170 Euro je Kontaktlinse und nach drei Jahren von 220 Euro je Brillenglas (bis 5,75 Dioptrien) oder 250 Euro je Glas (ab 6 Dioptrien) beihilfefähig.
- c) Für die Ersatzbeschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen mit Ausnahme einer Prismenbrille reicht anstelle der ärztlichen Verordnung die Refraktionsbestimmung durch eine Augenoptikerin oder einen Augenoptiker aus. Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.
- d) Aufwendungen für ein Brillengestell sind bis zu 70 Euro sowie die Einschleifkosten der Brillengläser in das Gestell bis zu einem Betrag von 25 Euro je Glas beihilfefähig.

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

Beihilfefähig ist der Grundpreis der jeweils einfachsten Ausführung des Hilfsmittels. Von diesem Grundpreis ist als Selbstbehalt für die häusliche Ersparnis der Anschaffung eines Hilfsmittels ohne Elektrounterstützung 700 Euro (für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 300 Euro) in Abzug zu bringen. Für ein Hilfsmittel mit Elektrounterstützung (medizinische Notwendigkeit muss hinreichend begründet sein) ist ein einheitlicher Selbstbehalt in Höhe von 2 000 Euro in Abzug zu bringen. Auf Grund der jeweiligen Körperbehinderung notwendige Zusatzkosten für Sonderausstattungen sind dem Grundpreis hinzurechnen.

Anlage 5

Aufwendungen für Heilbehandlungen durch nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

I.

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen setzt voraus, dass die ärztlich oder zahnärztlich (nach der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte/HeilM-RL ZÄ vom 15. Dezember 2016 (BANZ AT 14.3.2017 B2) in der jeweils geltenden Fassung) verordnete Heilbehandlung aus einem der folgenden Bereiche, von einer oder einem der nachfolgenden Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer erbracht wird und die Heilbehandlung dem jeweiligen Berufsbild der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer entspricht.

Es sind dies für den Bereich

1. Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie

- a) Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten,
- b) Masseurinnen und medizinische Bademeisterinnen oder Masseure und medizinischer Bademeister,
- c) Krankengymnastinnen oder Krankengymnasten.

2. Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

- a) Logopädinnen oder Logopäden,
- b) staatlich anerkannte Sprachtherapeutinnen oder staatlich anerkannte Sprachtherapeuten,
- c) staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen oder -lehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,
- d) medizinische Sprachheilpädagoginnen oder medizinische Sprachheilpädagogen,
- e) klinische Linguistinnen oder klinische Linguisten,
- f) klinische Sprechwissenschaftlerinnen oder klinische Sprechwissenschaftler,
- g) bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Poltern auch
- aa) Sprachheilpädagoginnen oder Sprachheilpädagogen,
- bb) Diplomlehrerinnen oder – lehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
- cc) Diplomvorschulerzieherinnen oder – erzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
- dd) Diplomerzieherinnen oder – erzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
- h) Diplompätholinguistinnen oder Diplompätholinguisten.

3. Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

- a) Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten,
- b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutinnen oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten.

4. Podologie

- a) Podologinnen oder Podologen,

b) medizinische Fußpflegerinnen oder medizinische Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes.

5. Ernährungstherapie

a) Diätassistentinnen oder Diätassistenten,

b) Oecotrophologinnen oder Oecotrophologen mit dem Abschlusssdiplom (ernährungswissenschaftliche Ausrichtung) Bachelor of Science oder Master of Science,

c) Ernährungswissenschaftlerinnen oder Ernährungswissenschaftler mit dem Abschlusssdiplom Bachelor of Science oder Master of Science.

II.

Beihilferechtlich angemessen sind nur die nachfolgenden Höchstbeträge:

Abschnitt 1

Leistungsverzeichnis Heilbehandlungen

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
Bereich Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	8,80 €
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80 €
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50 €
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90 €
	b) mittels Hauben	18,20 €
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans	16,50 €
4	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als	25,70 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	33,80 €
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	45,30 €
7	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 - 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	8,20 €
8	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 - 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,30 €
9	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	71,40 €
10	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20 €
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,50 €
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60 €
11	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	29,70 €
12	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00 €
13	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	10,20 €
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,60 €
14	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20 €
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer	19,50 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60 €
15	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Abschnitt 2 ist zu beachten)	108,10 €
16	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischem Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr (Abschnitt 3 ist zu beachten)	46,20 €
17	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch), als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80 €
Bereich Massagen		
18	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20 €
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	18,20 €
19	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	25,70 €
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	38,50 €
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,30 €
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	12,40 €
20	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50 €
Bereich Palliativversorgung		
21	Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten (Abschnitt 4 ist zu beachten)	66,00 €
Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder		

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
22	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60 €
23	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60 €
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aa) Teilpackung	36,20 €
	bb) Großpackung	47,80 €
24	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70 €
25	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20 €
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30 €
26	Heublumensack, Peloidkompressen	12,10 €
27	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10 €
28	Trockenpackung	4,10 €
29	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10 €
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10 €
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40 €
30	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20 €
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40 €
31	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	b) Vollbad	17,60 €
32	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10 €
33	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30 €
	b) Vollbad	52,70 €
34	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90 €
	b) Vollbad	43,30 €
35	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30 €
36	Medizinisches Bad mit Zusatz	
	a) Hand- oder Fußbad	8,80 €
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60 €
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40 €
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10 €
37	Gashaltiges Bad	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70 €
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70 €
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70 €
	d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40 €
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	4,10 €
38	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.	

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
Bereich Kälte- und Wärmebehandlung		
39	Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90 €
40	Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50 €
41	Ultraschall-Wärmetherapie	11,90 €
Bereich Elektrotherapie		
42	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20 €
43	Elektrostimulation bei Lähmungen	15,60 €
44	Iontophorese	8,20 €
45	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90 €
46	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00 €
Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie		
47	Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans, einmal je Behandlungsfall	108,00 €
48	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	41,80 €
	b) Richtwert: 45 Minuten	59,00 €
	c) Richtwert: 60 Minuten	68,90 €
	d) Richtwert: 90 Minuten	103,40 €
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	
49	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und	

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	50,40 €
	b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60 €
	c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	67,60 €
	d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10 €
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	
	Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)	
50	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80 €
51	Einzelbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	41,80 €
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	54,80 €
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	72,30 €
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten	128,20 €
	e) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall	
	aa) bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit	
	aaa) bei motorisch-funktionellen Störungen	40,70 €
	bbb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen	54,40 €
	bb) bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit bei psychisch-funktionellen Störungen	67,70 €
52	Gruppenbehandlung	
	a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,00 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60 €
	c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	37,90 €
	d) bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 180 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	70,20 €
53	Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	46,20 €
54	Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	20,60 €
Bereich Podologie		
55	Hornhautabtragung an beiden Füßen	26,70 €
56	Hornhautabtragung an einem Fuß	18,90 €
57	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	25,10 €
58	Nagelbearbeitung an einem Fuß	18,90 €
59	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	41,60 €
60	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,70 €
61	Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen	194,60 €
62	Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	37,40 €
63	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell, einschließlich Applikation	64,80 €
64	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen	74,80 €
65	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich	37,40 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen Aufwendungen nach den Nummern 55 bis 60 sind nur beihilfefähig bei Personen, die nach der ärztlichen Verordnung gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb bei der Fußpflege der Hilfe durch Andere bedürfen oder unter einem „Diabetischen Fußsyndrom“ leiden. Bereich Ernährungstherapie 66 Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall 67 Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten je Einheit 68 Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten je Einheit Aufwendungen für in den Nummern 67 und 68 bezeichnete Behandlungen sind für insgesamt maximal 12 Einheiten innerhalb von 12 Monaten beihilfefähig. Bereich Sonstiges 69 Ärztlich verordneter Hausbesuch 70 Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels 71 Bei Besuchen mehrerer Patientinnen oder Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 69 und 70 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	66,00 € 33,00 € 11,00 € 12,10 €

Richtwert im Sinne des Abschnitts 1 ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung ohne die erforderliche Nachruhe. Als erforderliche Nachruhe einer Behandlung (soweit im Leistungsinhalt enthalten) ist eine Mindestzeit von 5 Minuten zu berücksichtigen. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

Abschnitt 2

Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

1. Aufwendungen für eine EAP nach Abschnitt 1 Nummer 15 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Therapie in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist, durchgeführt wird. Weitere Voraussetzung ist, dass die EAP von Krankenhausärztinnen und -

ärzten, von Fachärztinnen und -ärzten für Orthopädie, Neurologie, Chirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Allgemeinärztinnen und -ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ und nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen verordnet wird:

- a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
 - bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
 - ee) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose von mehr als 50 Grad nach Cobb,
- b) Operation am Skelettsystem
 - aa) posttraumatische Osteosynthesen,
 - bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
- c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit
 - aa) Schulterprothesen,
 - bb) Knieendoprothesen,
 - cc) Hüftendoprothesen,
- d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
 - aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
 - bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
 - aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
 - bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
 - ccc) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),
 - ddd) Impingement-Syndrom,
 - eee) Schultergelenkluxation,
 - fff) tendinosis calcarea,
 - ggg) periathritis humero-scapularis,
 - cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,
- e) Amputationen.

2. Eine Verlängerung der EAP erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei der Einrichtung beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

3. Die EAP umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- a) Krankengymnastische Einzeltherapie,

- b) Physikalische Therapie,
 - c) Medizinisches Aufbautraining (MAT).
4. Werden Lymphdrainagen, Massagen, Bindegewebsmassagen, Isokinetik oder Unterwassermassagen zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 15 abgegolten.
5. Die Behandelten müssen die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

Abschnitt 3 **Medizinisches Aufbautraining (MAT)**

1. Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes MAT nach Abschnitt 1 Nummer 16 mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn
- a) das Training von Krankenhausärztinnen und -ärzten, Fachärztinnen und -ärzten für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie, Ärztinnen und Ärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ verordnet wird,
 - b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von Ärztinnen oder Ärzten der Therapieeinrichtung vorgenommen werden und
 - c) jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.
2. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.
3. Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von Ärztinnen oder Ärzten erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:
- a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte ist nach Abschluss der Behandlungsserie beihilfefähig.
 - b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte, zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings analog Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte und begleitender krankengymnastischer Übungen nach Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Nummern 506, analog 558 sowie analog 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind pro Sitzung jeweils nur einmal beihilfefähig.
4. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern nach § 4i Absatz 2 der Beihilfenverordnung NRW in Verbindung mit

Nummer I erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Abschnitt 1 Nummer 16.

5. Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen nach Nummer 1 entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

Abschnitt 4 **Palliativversorgung**

1. Aufwendungen für Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 2 umfasst sind.

2. Aufwendungen für Palliativversorgung werden als beihilfefähig anerkannt bei

- a) passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,
- b) aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder –insuffizienz,
- c) atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,
- d) spastischen Lähmungen (cerebral oder spinal bedingt),
- e) schlaffen Lähmungen,
- f) abnormen Bewegungen/Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,
- g) Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,
- h) funktionellen Störungen von Organsystemen (zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen, Lungen-/Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur),
- i) unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.

3. Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 21 umfassen folgende Leistungen:

- a) Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan,
- b) Wahrnehmungsschulung,
- c) Behandlung von Organfehlfunktionen (zum Beispiel Atemtherapie),
- d) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübungen),
- e) angepasstes, gerätegestütztes Training,
- f) Anwendung entstauender Techniken,
- g) Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung,
- h) ergänzende Beratung,
- i) Begleitung in der letzten Lebensphase,
- j) Anleitung oder Beratung der Bezugsperson,

- k) Hilfsmittelversorgung,
- l) interdisziplinäre Absprachen.

301

Verordnung zur Änderung der in den Verordnungen des Ministeriums der Justiz enthaltenen Befristungen

Vom 30. November 2018

Auf Grund

des § 78 Absatz 1 Satz 1 und 3 des Gerichtsverfassungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Mai 1975 (BGBl. I S. 1077),

des § 8a Absatz 2 Satz 1 und 3 und des § 9 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Handelsgesetzbuchs in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, von denen § 8a Absatz 2 Satz 1 zuletzt durch Artikel 190 Nummer 1 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert und § 9 Absatz 1 zuletzt durch Artikel 1 Nummer 2 des Gesetzes vom 10. November 2006 (BGBl. I S. 2553) neu gefasst worden ist,

des § 156 Absatz 1 Satz 1 des Genossenschaftsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. Oktober 2006 (BGBl. I S. 2230), der durch Artikel 8 Nummer 3 Buchstabe a des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541) geändert worden ist, in Verbindung mit § 8a Absatz 2 Satz 1 und 3 und § 9 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Handelsgesetzbuchs in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, von denen § 8a Absatz 2 Satz 1 zuletzt durch Artikel 190 Nummer 1 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert und § 9 Absatz 1 zuletzt durch Artikel 1 Nummer 2 des Gesetzes vom 10. November 2006 (BGBl. I S. 2553) neu gefasst worden ist,

des § 376 Absatz 2 Satz 1 und des § 387 Absatz 1 des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586, 2587), von denen § 376 Absatz 2 Satz 1 zuletzt durch Artikel 6 Nummer 26 des Gesetzes vom 5. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2418) geändert worden ist,

des § 5 Absatz 2 des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes vom 25. Juli 1994 (BGBl. I S. 1744), der zuletzt durch Artikel 22 des Gesetzes vom 23. Oktober 2008 (BGBl. I S. 2026) geändert worden ist, in Verbindung mit § 8a Absatz 2 Satz 1 und 3 und § 9 Absatz 1 Satz 2 und 3 des Handelsgesetzbuchs in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, von denen § 8a Absatz 2 Satz 1 zuletzt durch Artikel 190 Nummer 1 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert und § 9 Absatz 1 zuletzt durch Artikel 1 Nummer 2 des Gesetzes vom 10. November 2006 (BGBl. I S. 2553) neu gefasst worden ist,

des § 55a Absatz 1 und des § 79 Absatz 5 des Bürgerlichen Gesetzbuches in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), von denen § 79 Absatz 5 zuletzt durch Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe b des Gesetzes vom 24. September 2009 (BGBl. I S. 3145) geändert worden ist,

des § 23d des Gerichtsverfassungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Mai 1975 (BGBl. I S. 1077), der durch Artikel 22 Absatz 10 des Gesetzes vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586) eingefügt worden ist,

des § 74 Absatz 1 Nummer 6 und Absatz 2 des Personenstandsgesetzes vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122), von denen Absatz 2 durch Artikel 1 Nummer 22 Buchstabe b des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2522) geändert worden ist,

des § 1 Absatz 2, des § 163 Absatz 1 in Verbindung mit § 1 Absatz 2 und des § 170a Absatz 2 Satz 1 in Verbindung mit §§ 163 Absatz 1, 1 Absatz 2 des Gesetzes über die Zwangsversteigerung und die Zwangsverwaltung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 310-14, veröffentlichten bereinigten Fassung in Verbindung mit Artikel 129 Absatz 1 des Grundgesetzes, von denen § 1 Absatz 2 durch § 28 des Gesetzes vom 8. Februar 1957 (BGBl. I S. 18) eingefügt worden ist, § 163 Absatz 1 durch Artikel 2 Nummer 24 des Gesetzes vom 1. Februar 1979 (BGBl. I S. 127) geändert worden ist und

§ 170a Absatz 2 Satz 1 durch Artikel III Absatz 2 Nummer 2 des Gesetzes vom 8. Mai 1963 (BGBl. I S. 293) geändert worden ist,

des § 4 Absatz 6 des Insolvenzstatistikgesetzes vom 7. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2582, 2589),

jeweils in Verbindung mit § 1 Absatz 2 Satz 1 des Justizgesetzes Nordrhein-Westfalen vom 26. Januar 2010 (GV. NRW. S. 30), verordnet das Ministerium der Justiz:

301

Artikel 1

Änderung der Verordnung über die Bildung auswärtiger Strafkammern

§ 2 Satz 2 der Verordnung über die Bildung auswärtiger Strafkammern vom 28. Oktober 2008 (GV. NRW. S. 685), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 19. September 2013 (GV. NRW. S. 558) geändert worden ist, wird aufgehoben.

301

Artikel 2

Änderung der Registerverordnung Amtsgerichte

Die Registerverordnung Amtsgerichte vom 8. Mai 2013 (GV. NRW. S. 248), die zuletzt durch Verordnung vom 4. Dezember 2017 (GV. NRW. S. 942) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 1 werden die Wörter „zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. Februar 2013 (BGBl. I S. 266) durch die Wörter „in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.
2. § 11 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Absatzbezeichnung „(1)“ wird gestrichen.
 - b) Absatz 2 wird aufgehoben.
3. In der Anlage wird im Abschnitt „**Landgerichtsbezirk Essen**“ das Wort „Gelsenkirchen-Buer“ gestrichen.

301

Artikel 3

Änderung der Verordnung über die Bestimmung des zuständigen Amtsgerichts für gerichtliche Verfahren nach dem Personenstandsgesetz

§ 2 Satz 2 der Verordnung über die Bestimmung des zuständigen Amtsgerichts für gerichtliche Verfahren nach dem Personenstandsgesetz vom 6. Mai 2008 (GV. NRW. S. 401), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 19. September 2013 (GV. NRW. S. 558) geändert worden ist, wird aufgehoben.

301

Artikel 4

Änderung der Verordnung zur Bildung gemeinsamer Amtsgerichte für Zwangsversteigerungs- und Zwangsverwaltungssachen

§ 3 Satz 2 der Verordnung zur Bildung gemeinsamer Amtsgerichte für Zwangsversteigerungs- und Zwangsverwaltungssachen vom 23. September 2008 (GV. NRW. S. 626), die durch Artikel 3 der Verordnung vom 19. September 2013 (GV. NRW. S. 558) geändert worden ist, wird aufgehoben.

301

Artikel 5

Änderung der Insolvenzstatistikverordnung

§ 5 Satz 2 der Insolvenzstatistikverordnung vom 31. Januar 2013 (GV. NRW. S. 39) wird aufgehoben.

Artikel 6

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Düsseldorf, den 30. November 2018

Der Minister der Justiz
des Landes Nordrhein-Westfalen
Peter B i e s e n b a c h

– GV. NRW. 2018 S. 665

223

**Zweite Verordnung
zur Änderung der Verordnung zur berufs-
begleitenden Ausbildung zum Erwerb
des Lehramts für sonderpädagogische Förderung**

Vom 27. November 2018

Auf Grund des § 20 Absatz 10 des Lehrerausbildungsgesetzes vom 12. Mai 2009 (GV. NRW. S. 308), der durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. Juli 2018 (GV. NRW. S. 404) geändert worden ist, verordnet das Ministerium für Schule und Bildung im Einvernehmen mit dem Ministerium des Innern und dem Ministerium der Finanzen:

Artikel 1

Die Verordnung zur berufsbegleitenden Ausbildung zum Erwerb des Lehramts für sonderpädagogische Förderung vom 20. Dezember 2012 (GV. NRW. 2013 S. 4), die zuletzt durch Verordnung vom 7. Februar 2018 (GV. NRW. S. 105) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 4 Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „zum 1. April oder zum 1. Oktober eines Jahres für den jeweils folgenden Ausbildungstermin“ durch die Wörter „zu einem von der Bezirksregierung festgelegten Zeitpunkt“ ersetzt.
2. In § 18 Satz 2 wird die Angabe „2018“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Düsseldorf, den 27. November 2018

Die Ministerin für Schule
und Bildung des Landes
Nordrhein-Westfalen
Yvonne G e b a u e r

– GV. NRW. 2018 S. 666

822

**14. Satzung
zur Änderung der Satzung
der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen**

Vom 6. Dezember 2018

Die Vertreterversammlung der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen hat in ihrer Sitzung am 6. Dezember 2018 in Bochum gemäß § 33 Absatz 1 Satz 1 und § 34 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363) folgende Satzungsänderung beschlossen:

Artikel 1

Die Satzung der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen vom 28. November 2007 (GV. NRW. S. 621, ber. 2008 S. 54), die zuletzt durch Satzung vom 7. Dezember 2017 (GV. NRW. S. 1031) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Doktoranden oder Diplomanden (einschließlich Masteranwärter), die sich erlaubterweise im Auftrag oder mit Zustimmung der Hochschule auf der Stätte der Hochschule zu Forschungszwecken oder zu sonstigen Zwecken in Bezug auf Angelegenheiten der von ihnen zu fertigenden wissenschaftlichen Arbeiten aufhalten, sind während ihres dortigen Aufenthaltes gegen die Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten versichert, soweit sie nicht schon nach anderen Vorschriften der Versicherung unterliegen (§ 3 Absatz 1 Nummer 2 SGB VII). Dies gilt nur dann, wenn die Unfallkasse für die aufgesuchte Hochschule zuständig ist. Die Versicherung umfasst auch Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.“

- b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

2. In § 24 Absatz 6 Satz 1 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „; bei der Erstattung durch Datenübertragung ist anzugeben, welches Mitglied des Betriebs- oder Personalrats vor der Absendung von ihr Kenntnis genommen hat.“ ersetzt.

3. In § 27 wird die Überschrift wie folgt gefasst:

„§ 27**Beiträge, Beitragszuschläge“**

4. In § 40 Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „mit Stand“ durch das Wort „zum“ ersetzt.
5. In § 43 Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „mit Stand“ durch das Wort „zum“ ersetzt.
6. Der Anhang zu § 21 wird wie folgt geändert:

- a) In § 2 Satz 1 und Satz 5 wird jeweils die Angabe „25“ durch die Angabe „28“ ersetzt.

- b) § 3 wird wie folgt geändert:

- aa) In Absatz 1 wird die Angabe „650“ durch die Angabe „715“ ersetzt.

- bb) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „90 000“ durch die Angabe „100 000“ ersetzt.

- c) § 4 wird wie folgt geändert:

- aa) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „6 500“ durch die Angabe „7 100“ ersetzt.

- bb) In Absatz 2 Satz 1 und in Absatz 3 wird die Angabe „650“ durch die Angabe „715“ ersetzt.

- cc) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „30 000“ durch die Angabe „33 000“ ersetzt.

- dd) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „39 000“ durch die Angabe „44 000“ und die Angabe „650“ durch die Angabe „715“ ersetzt.

- ee) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

- (1) In Satz 1 wird die Angabe „20 000“ durch die Angabe „22 000“ ersetzt.

- (2) In Satz 2 wird die Angabe „400“ durch die Angabe „440“ ersetzt.

- a) Dem § 5 Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Auf die Höhe der gemäß den seit 1. Januar 2015 geltenden Mehrleistungsbestimmungen festgestellten Mehrleistungen finden bei laufend gezahlten Mehrleistungen die zur Zeit der jeweiligen Auszahlung, bei einmaligen Mehrleistungen die im Zeitpunkt des sie auslösenden Versicherungsfalles geltenden Bestimmungen Anwendung.“

7. Der Anhang zu § 27 wird wie folgt geändert:

a) § 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „(§ 7 Abs. 8)“ durch die Angabe „(§ 9)“ ersetzt.

bb) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aaa) In Abschnitt LA2 wird nach dem 4. Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

„– Personen, die Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst ausüben, wenn diese Tätigkeiten neben einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes oder neben einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt werden (§ 2 Abs. 1 Nr. 13 d SGB VII)“

bbb) In Abschnitt LS3 wird nach dem 2. Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

„– Doktoranden oder Diplomanden (einschließlich Masteranwärter), die sich erlaubterweise im Auftrag oder mit Zustimmung der Hochschule auf der Stätte der Hochschule zu Forschungszwecken oder zu sonstigen Zwecken in Bezug auf Angelegenheiten der von ihnen zu fertigenden wissenschaftlichen Arbeiten aufhalten, soweit sie nicht schon nach anderen Vorschriften der Versicherung unterliegen und sofern die Unfallkasse für die aufgesuchte Hochschule zuständig ist (§ 3 Absatz 1 Nummer 2 SGB VII, § 5 Abs. 3)“

aa) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aaa) In Abschnitt KA2 wird nach dem 5. Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

„– Personen, die Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst ausüben, wenn diese Tätigkeiten neben einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes oder neben einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt werden (§ 2 Abs. 1 Nr. 13 d SGB VII)“

bbb) In Abschnitt KS3 wird nach dem 2. Spiegelstrich folgender Spiegelstrich eingefügt:

„– Doktoranden oder Diplomanden (einschließlich Masteranwärter), die sich erlaubterweise im Auftrag oder mit Zustimmung der Hochschule auf der Stätte der Hochschule zu Forschungszwecken oder zu sonstigen Zwecken in Bezug auf Angelegenheiten der von ihnen zu fertigenden wissenschaftlichen Arbeiten aufhalten, soweit sie nicht schon nach anderen Vorschriften der Versicherung unterliegen und sofern die Unfallkasse für die aufgesuchte Hochschule zuständig ist (§ 3 Absatz 1 Nummer 2 SGB VII, § 5 Abs. 3)“

a) 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 4 wird Satz 1 durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Beitragsmaßstab für die Umlagegruppen KA1 und LA1 ist, vorbehaltlich der Sätze 2 bis 4, die durch die Zahl 1 000 dividierte Summe der mit dem elektronischen Lohnnachweis (§ 26a der Satzung) für das Beitragsjahr gemeldeten Arbeitsstunden der Versicherten in den der jeweiligen Umlagegruppe

zugeordneten Unternehmen. Die mit dem elektronischen Lohnnachweis gemeldeten Arbeitsstunden der gemäß § 2 Absatz 1 Nummer 4 SGB VII Versicherten werden in Höhe von 5 Prozent berücksichtigt.“

bb) In dem neuen Satz 4 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

a) In § 5 Absatz 3 wird die Angabe „§ 4 Absatz 4“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 4 Satz 1, 3 und 4“ ersetzt.

b) § 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „§ 4 Absatz 4 Satz 1“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 4 Satz 1 und 2“ ersetzt.

bb) In Absatz 2 Satz 3 werden die Wörter „4 Absatz 4 Satz 1“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 4 Satz 1 und 2“ ersetzt.

cc) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter „4 Absatz 4 Satz 1“ durch die Wörter „§ 4 Absatz 4 Satz 1 und 2“ ersetzt.

Artikel 2

Diese Satzungsänderung tritt am 1. Januar 2019 in Kraft.

Bochum, den 6. Dezember 2018

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung

Prof. Dr. Andreas Meyer-Falcke

Der Vorsitzende des Vorstandes

Uwe Meyerling

GENEHMIGUNG

Die von der Vertreterversammlung der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen am 06. Dezember 2018 beschlossene Vierzehnte Änderung der Satzung der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen wird gemäß § 34 Abs. 1 SGB IV i. V. m. § 114 Abs. 2 SGB

VII genehmigt.

Düsseldorf, 07.12.2018

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales des Landes
Nordrhein-Westfalen

III B 2 – 6196

Im Auftrag

Friedrich

Siegel

– GV. NRW. 2018 S. 666

Einzelpreis dieser Nummer 5,40 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.**Einzelbestellungen:** Grafenberger Allee 82, Fax (02 11) 96 82/2 29, Tel. (02 11) 96 82/2 41, 40237 Düsseldorf

Von Vorabesendungen 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: Im Namen der Landesregierung, das Ministerium für Inneres und Kommunales NRW, Friedrichstraße 62–80, 40217 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