



Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [GV. NRW. 2006 Nr. 36](#)
Veröffentlichungsdatum: 22.11.2006
Seite: 596

Einundzwanzigste Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung

20320

Einundzwanzigste Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung

Vom 22. November 2006

Auf Grund des § 88 Landesbeamtengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 1. Mai 1981 (GV. NRW. S. 234, ber. 1982 S. 256), zuletzt geändert durch Artikel 5 Nr. 6 des Hochschulfreiheitsgesetzes vom 31. Oktober 2006 ([GV. NRW. S. 474](#)), wird im Einvernehmen mit dem Innenministerium verordnet:

Artikel I

Die Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfenverordnung – BVO -) vom 27. März 1975 ([GV. NRW. S. 332](#)), zuletzt geändert durch Artikel 6 Nr. 4 des Hochschulfreiheitsgesetzes vom 31. Oktober 2006 ([GV. NRW. S. 474](#)), wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 3 Nr. 3 erhält folgende Fassung:

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

2. § 3 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Sie kann bei Zweifel über die Notwendigkeit und den angemessenen Umfang, soweit die Verwaltungsvorschriften keine Regelung vorsehen, ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes (- zahnarztes) einholen.“

b) Absatz 6 Satz 1 Halbsatz 1 erhält folgende Fassung:

„Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit von Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnerinnen oder eingetragenen Lebenspartnern, Kindern und Eltern des Behandelten;“.

3. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 2b wird wie folgt geändert:

Vor dem Wort „Pflegesatzes“ werden die Angaben „angemessenen (§ 3 Abs. 2 Satz 1)“ eingefügt.

bb) Nummer 7 erhält folgende Fassung:

„7. Die von Behandlern nach Nummer 1 bei ihren Verrichtungen verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten zugelassenen Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen.

Nicht beihilfefähig sind

a) Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien – AMR) von der Verordnung ausgeschlossen sind,

b) Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind.

Satz 2 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Das Finanzministerium kann abweichend von Satz 2 in begründeten Einzelfällen sowie allgemein in Anlage 2 und in den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung 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 auch für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen.

Das Finanzministerium kann weiterhin in Anlage 2 und ergänzend in den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung Arzneimittel von der Beihilfefähigkeit ausschließen, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten, deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist."

cc) In Nummer 10 Satz 12 werden die Angaben „Anlage 2“ durch die Angaben „Anlage 3“ ersetzt.

dd) Nummer 11 Satz 4 Buchstabe a wird gestrichen. Die bisherigen Buchstaben „b“ bis „e“ werden Buchstaben „a“ bis „d“.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Buchstabe b Satz 1 werden nach dem Wort „Leistungen“ die Wörter „sowie der Suprakonstruktionen“ eingefügt.

bb) In Buchstabe b 1. Spiegelstrich werden in der zweiten Klammer nach dem Wort „Gaumenspalten“ ein Komma und die Wörter „ektodermale Dysplasien“ eingefügt.

4. In § 5 Abs. 4 Satz 2 wird das Wort „Sanatoriumsbehandlung“ durch die Wörter „stationären Rehabilitationsmaßnahme“ ersetzt.

5. § 6 erhält folgende Fassung:

„§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind neben den Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 und 9 die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe für höchstens 23 Kalendertage (es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich) einschließlich der Reisetage sowie den ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Festsetzungsstelle auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der Maßnahme anerkannt hat, die Behandlung nicht durch eine Maßnahme nach § 7 oder durch andere ambulante Maßnahmen ersetzt werden kann und im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine als bei-

hilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Maßnahme nach § 6 a oder § 7 durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt oder ein Vertrauensarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwerer Fall von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet. Wird die Maßnahme nicht innerhalb von 6 Monaten nach Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides begonnen, ist ein neues Anerkennungsverfahren durchzuführen. Die Behandlungskosten nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 und 9 sind auch dann beihilfefähig, wenn die Beihilfefähigkeit der Rehabilitationsmaßnahme nicht anerkannt wird. Die Kosten der amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten sind beihilfefähig. Zu den Kosten der Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird bei notwendigen Behandlungen in einem Ort außerhalb von Nordrhein-Westfalen insgesamt ein Zuschuss von 100 Euro, innerhalb von Nordrhein-Westfalen von 50 Euro gewährt.

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

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

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

6. Nach § 6 wird folgender § 6a eingefügt:

„§ 6a

Beihilfefähige Aufwendungen für stationäre

Müttergenesungskuren oder Mutter-/Vater-Kind Kuren

(1) Zu den Kosten einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes (Müttergenesungskur) oder in einer gleichartigen Einrichtung, die Leistungen in

Form einer Mutter-/Vater-Kind-Kur erbringt (§ 41 Abs. 1 SGB V) werden – soweit die Einrichtungen über Versorgungsverträge nach § 111a SGB V verfügen – Beihilfen bis zu einer Dauer von 23 Kalendertagen (bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen) einschließlich der Reisetage gewährt. § 7 Abs. 2 gilt entsprechend.

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

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

7. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift erhält folgende Fassung:

„§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen“.

b) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

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

c) In Absatz 2 Buchstabe b wird das Wort „Sanatoriumsbehandlung“ durch die Wörter „stationäre Rehabilitationsmaßnahme“ ersetzt.

d) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Beihilfefähig sind bei ambulanten Kurmaßnahmen die Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 und 9, für das amtsärztliche Gutachten sowie den ärztlichen Schlussbericht. Zu den Fahrkosten,

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

d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

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

8. § 8 Abs. 3 und 4 erhalten folgende Fassung:

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

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

1. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
2. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
3. ausschließlich Ei- und Samenzellen des Beihilfeberechtigten und seines Ehegatten verwendet werden,
4. sich der Beihilfeberechtigte und sein Ehegatte vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a SGB V erteilt worden ist.

Dies gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. Bei anderen Inseminationen ist Satz 1 Nr. 1 zweiter Halbsatz und Nr. 4 nicht anzuwenden. Weitere Voraussetzung ist, dass die Ehegatten das 25. Lebensjahr, die Ehefrau noch nicht das 40. Lebensjahr und der Ehemann noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet haben. Für die Zuordnung der Aufwendungen für die ICSI- und die IVF-Behandlung ist das Kostenteilungsprinzip zu beachten.

Die Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung treffen nähere Regelungen.“

9. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung am inländischen Wohnort oder in dem ihm am nächsten gelegenen inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären. § 6 und § 7 gelten sinngemäß. Bei ambulanten Kurmaßnahmen in den in Satz 1 genannten Staaten sind die Aufwendungen nur dann beihilfefähig, wenn der Nachweis erbracht werden kann, dass der Behandlungsort als Kurort anerkannt ist. Wird die Behandlung außerhalb der in Satz 1 genannten Staaten durchgeführt, sind die Aufwendungen nach Satz 1 nur dann beihilfefähig, wenn im Inland oder in den in Satz 1 genannten Staaten kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist und die Behandlung vor Beginn vom Finanzministerium auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens anerkannt worden ist. Hinsichtlich der Beförderungskosten gilt Absatz 1 Satz 3 und 4.“

b) Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Bei Aufwendungen von im Ausland wohnenden Beihilfeberechtigten und im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Personen gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend.“

10. § 12a Abs. 6 erhält folgende Fassung:

„(6) Die Höhe der Kostendämpfungspauschale des laufenden Kalenderjahres richtet sich - unabhängig vom Entstehen der mit dem ersten Beihilfeantrag des Jahres geltend gemachten Aufwendungen - nach den zum Zeitpunkt der erstmaligen Antragstellung im laufenden Kalenderjahr maßgebenden Verhältnissen.“

11. § 13 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 Nr. 1 erhält folgende Fassung:

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

b) In Absatz 4 Satz 1 wird die Zahl „100“ durch die Zahl „200“ ersetzt.

c) In Absatz 7 wird das Wort „Heilkuren“ durch die Angaben „ambulanten Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen“ ersetzt.

d) Absatz 8 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Dies gilt nicht für Aufwendungen nach § 6, § 6 a und § 7.“

12. § 14 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Die Beihilfe ist nach dem Hundertsatz zu bemessen, der dem verstorbenen Beihilfeberechtigten zugestanden hat.“

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

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

c) Absatz 3 wird gestrichen.

13. Folgender § 16 wird eingefügt; der bisherige § 16 wird § 17:

„§ 16

Verwaltungsverordnung

Das Finanzministerium erlässt im Einvernehmen mit dem Innenministerium die Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung (Verwaltungsverordnung zur Ausführung der Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen – VVzBVO -). Die Verwaltungsvorschriften bestimmen die weiteren Einzelheiten und Voraussetzungen (insbesondere Art

und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen und Maßnahmen), die zur Ausführung dieser Verordnung erforderlich sind.“

14. Folgende Anlage 2 wird angefügt; die bisherige Anlage 2 wird Anlage 3:

**„Anlage 2
(zu § 4 Abs. 1 Nr. 7 BVO)**

1. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für alle nach dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln – Arzneimittelgesetz – in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. 12. 2003 (BGBl. I S. 3394), geändert durch Gesetz vom 14. 08. 2006 (BGBl. I S. 1869), zugelassenen verschreibungspflichtigen Arzneimittel, sofern sie nicht nach § 4 Abs. 1 Nr. 7 Satz 2 oder im Rahmen dieser Anlage ausgeschlossen sind.

2. Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption nur bei Personen bis zur Vollendung des zwanzigsten Lebensjahres und bei Personen ab Vollendung des 48. Lebensjahres. Das Finanzministerium kann im Einzelfall oder allgemein in den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung Ausnahmen zulassen.

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

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

a)

Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen. Es sind dies z.B. Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, so genannte Krankenkost und diätetische Lebensmittel einschließlich Produkte für Säuglinge oder Kleinkinder. Abweichend von Satz 1 sind beihilfefähig Aufwendungen für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung im Zusammenhang mit Enteraler und Parentaler Ernährung im Rahmen der jeweils aktuellen Fassung des Abschnitts E der Arzneimittel-Richtlinien/AMR in der Fassung vom 31. August 1993 – veröffentlicht im BAnz. 1993, Nr. 246; S. 11 155, zuletzt geändert am 18. Juli

2006 – veröffentlicht im BAnz. 2006, Nr. 198 S. 6849, sowie den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung.

b)

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

- nicht oder nicht ausschließlich zur Behandlung von Krankheiten dienen,
- zur individuellen Bedürfnisbefriedigung oder zur Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen,
- zur Behandlung von Befunden angewandt werden, die lediglich Folge natürlicher Alterungsprozesse sind und deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist,
- zur Anwendung bei kosmetischen Befunden angewandt werden, deren Behandlung in der Regel nicht notwendig ist oder
- der Verbesserung des Aussehens dienen.

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

Das Finanzministerium kann im Einzelfall oder allgemein in den Verwaltungsvorschriften zur dieser Verordnung Ausnahmen zulassen.“

15. In Anlage 3 (zu § 4 Abs. 1 Nr. 10 Satz 11) erhält Nummer 3 folgende Fassung:

„3. Perücke

Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zu einem Höchstbetrag von 800 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z.B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung, (z.B. infolge Schädelverletzung), oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall (z.B. auf Grund einer Chemotherapie) vorliegt. Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn die Tragedauer laut ärztlichem Attest den Zeitraum von 12 Monaten überschreiten wird. Die Kosten für die Ersatzbeschaffung einer Perücke sind beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens 12 Monate, bei der gleichzeitigen Nutzung von 2 Perücken mindestens 24 Monate vergangen sind. Dies gilt nicht bei Kindern, deren Kopfform sich verändert hat.“

Artikel II

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2007 in Kraft. Sie gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2006 entstehen.

Düsseldorf, den 22. November 2006

Der Finanzminister
des Landes Nordrhein-Westfalen

Dr. Helmut L i n s s e n

GV. NRW. 2006 S. 596