



LRGV - Landesrecht Gesetze und Verordnungen

Stammnorm

Ausfertigungsdatum: 05.11.2009

Fassung

Gültig ab: 01.04.2026

NEW_Version_Verordnung über Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (Beihilfenverord- nung NRW – BVO NRW)

Vollzitat

Beihilfenverordnung NRW vom 5. November 2009 (GV. NRW. S. 602), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025 (GV. NRW. S. 1072) geändert worden ist

Fußnoten zum Dokument

Anlage 2 und 3 neu gefasst und Anlage 4, 5, 6 und 7 geändert sowie Anlage 8 angefügt durch Verordnung vom 12. Dezember 2019 ([GV. NRW. S. 944](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2020; Anlage 2, 3, 6 und 7 geändert sowie Anlage 5 neu gefasst durch Verordnung vom 1. Dezember 2021 ([GV. NRW. S. 1446](#)), in Kraft getreten am 24. Dezember 2021; Anlage 1 und 5 neu gefasst sowie Anlage 2 und 4 geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023; Anlage 5 neu gefasst durch Verordnung vom 10. Juli 2023 ([GV. NRW. S. 1016](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juni 2023; Anlage 5 neu gefasst durch Verordnung vom 19. Dezember 2023 ([GV. NRW. S. 1441](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2024; Anlagen 1, 4 und 5 neu gefasst durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024; Anlage 5 neu gefasst durch Verordnung vom 2. Februar 2025 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2025.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Anlagen 1, 2, 3, 5 und 6 neu gefasst durch Verordnung vom 25. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

Vom 5. November 2009

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

§ 1 **Beihilfeberechtigte Personen**

Fußnoten zu § 1 Beihilfeberechtigte Personen

§ 1 zuletzt geändert durch Verordnung vom 6. Dezember 2018 (GV. NRW. S. 644, ber. S. 749), in Kraft getreten am 1. Januar 2019.

(1) In Krankheits-, Geburts-, Pflege- und Todesfällen sowie in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation sind beihilfeberechtigt:

1. Beamte und Richter mit Ausnahme der Ehrenbeamten,
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter,
3. Witwer, hinterbliebene eingetragene Lebenspartner, sowie Kinder (§ 28 des Landesbeamtensversorgungsgesetzes vom 14. Juni 2016 ([GV. NRW. S. 310](#), ber. S. 642)) der unter Nummer 1 und 2 bezeichneten Personen,
4. Verwaltungslehrlinge, Verwaltungspraktikanten und Schulpraktikanten,

solange sie Dienstbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld, Unterhaltsbeihilfe, Unterhaltsbeiträge nach den Abschnitten 2, 3 oder 4 oder Übergangsgeld nach Abschnitt 5 des Landesbeamtensversorgungsgesetzes erhalten.

(2) Beihilfen werden abweichend von Absatz 1 auch dann gewährt, wenn die Versorgungsbezüge auf Grund der §§ 66 bis 69 des Landesbeamtensversorgungsgesetzes voll ruhen oder auf Grund von § 26 Absatz 1 Satz 2 oder § 33 Absatz 2 Satz 3 oder Absatz 5 Satz 2 des Landesbeamtensversorgungsgesetzes nicht gezahlt werden und der Versorgungsberechtigte keine Beihilfeberechtigung in anderer Eigenschaft erworben hat.

(3) Beihilfen werden nicht gezahlt

1. an Beamte und Richter,

a) wenn sie für weniger als ein Jahr beschäftigt werden, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 43 Absatz 6 des Landesbesoldungsgesetzes vom 14. Juni 2016 ([GV. NRW. S. 310](#), ber. S. 642), das durch Artikel 29 des Gesetzes vom 14. Juni 2016 ([GV. NRW. S. 310](#)) geändert worden ist,) tätig sind, oder

b) wenn ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt,

2. an Versorgungsempfänger (Absatz 1 Nummer 2 und 3) für die Dauer einer Beschäftigung, die zum Bezug von Beihilfen berechtigt,

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 geltenden Fassung oder nach entsprechenden Regelungen dem Grunde nach bestehen.

(4) Wird ein Beamter zu einem Dienstherrn abgeordnet, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, zahlt der jeweilige Dienstherr Beihilfen zu den Aufwendungen, die während des Zeitraums der Dienstleistung bei ihm entstehen. Bei Abordnungen von oder zu Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung ist § 14 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Beamtenstatusgesetzes vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010), das durch Artikel 15 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert worden ist in Verbindung mit § 24 Absatz 6 des Landesbeamtengesetzes zu beachten.

(5) Beihilfeberechtigt sind auch Beamte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind. Das Ministerium der Finanzen kann im Rahmen der Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung ergänzende Regelungen treffen, die die besonderen Verhältnisse und Erschwernisse im Ausland berücksichtigen.

(6) Wird ein Beamter zu einem Dienstherrn versetzt, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, werden von dem aufnehmenden Dienstherrn Beihilfen zu Aufwendungen gezahlt, die nach dem Zeitpunkt der Versetzung entstanden sind. Bei einer Versetzung zu einem Dienstherrn, in dessen Dienstbereich diese Verordnung nicht gilt, werden zu den bis zum Zeitpunkt der Versetzung entstandenen Aufwendungen Beihilfen nach dieser Verordnung gezahlt.

(7) Versorgungsempfänger mit mehreren Ansprüchen auf Versorgungsbezüge erhalten Beihilfen von der Stelle, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge (§ 67 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes) zuständig ist. Dies gilt nicht, soweit es sich bei dem neuen Versorgungsbezug um eine Hinterbliebenenversorgung handelt; in diesem Fall bleibt die bisherige Beihilfestelle zuständig.

§ 2 Beihilfefälle

Fußnoten zu § 2 Beihilfefälle

§ 2 zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen

1. in Krankheits- und Pflegefällen

a) für den Beihilfeberechtigten selbst,

b) für nicht selbst beihilfeberechtigte Ehegattinnen und Ehegatten oder für nicht selbst beihilfeberechtigte eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, wenn deren Einkünfte nach § 2 Absatz 2 und 5a des Einkommensteuergesetzes vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862) in der jeweils geltenden Fassung im Kalenderjahr vor Entstehen der Aufwendungen 20 000 Euro nicht übersteigen. Den Einkünften werden hinzugerechnet:

aa) die Differenz zwischen dem Besteuerungs- oder Ertragsanteil nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe a des Einkommensteuergesetzes und dem Bruttobetrag bei erstmaligem Rentenbezug ab dem 1. Januar 2022 und

bb) ausländische Einkünfte im Sinne von § 34d des Einkommensteuergesetzes, die nicht in Satz 1 enthalten sind. Doppelbuchstabe aa gilt entsprechend.

Der Betrag nach Satz 1 wird regelmäßig im gleichen Verhältnis, wie sich der Rentenwert West erhöht, angepasst und auf volle Euro aufgerundet. Die Anpassung erfolgt erstmals ab einer Rentenerhöhung West im Kalenderjahr 2022 mit Wirkung für das auf die Rentenerhöhung folgende Kalenderjahr. Bei Überschreitung dieser Einkommensgrenze sind aus Fürsorgegründen Aufwendungen beihilfefähig, wenn der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner trotz einer ausreichenden Krankenversicherung für bestimmte Erkrankungen von Leistungen ausgeschlossen ist oder die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind; beihilfefähig ist der 1.000 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag. Für einen getrennt lebenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner werden Beihilfen nur gewährt, soweit dieser einen Unterhaltsanspruch gegen den Beihilfeberechtigten hat,

c) für die in Absatz 2 bezeichneten Kinder;

Aufwendungen für Schutzimpfungen, Aufwendungen zur Früherkennung bestimmter Krankheiten (§ 3 Absatz 1 Nummer 2) sowie Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen (§ 3 Absatz 1 Nummer 3) werden den Aufwendungen in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit gleichgestellt;

2. in Geburtsfällen

a) einer Beihilfeberechtigten,

b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau oder eingetragenen Lebenspartnerin oder der Beihilfeberechtigten,

c) der nicht selbst beihilfeberechtigten Mutter eines nicht ehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten,

d) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter des Beihilfeberechtigten;

3. im Todesfall

a) eines Beihilfeberechtigten,

b) seines nicht selbst beihilfeberechtigt gewesenen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners,

c) eines im Absatz 2 bezeichneten Kindes, bei Totgeburten, wenn der Beihilfeberechtigte im Falle der Lebendgeburt zu Krankheitsaufwendungen des Kindes Anspruch auf Beihilfen hätte;

4. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs

a) einer Beihilfeberechtigten,

b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau oder eingetragenen Lebenspartnerin des oder der Beihilfeberechtigten,

c) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter des Beihilfeberechtigten;

5. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation

a) eines Beihilfeberechtigten,

b) des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners des Beihilfeberechtigten,

c) eines im Absatz 2 bezeichneten Kindes.

(2) Beihilfen zu Aufwendungen nach Absatz 1 werden nur für nicht selbst beihilfeberechtigte, im Familienzuschlag nach § 43 des Landesbesoldungsgesetzes berücksichtigte oder berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten gezahlt. Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig oder ist bei verheirateten oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kindern neben dem beihilfeberechtigten Elternteil der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner des Kindes beihilfeberechtigt, wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen des Kindes nur dem Beihilfeberechtigten gezahlt, der den entsprechenden Anteil des Familienzuschlags erhält.

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

§ 3

Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

Fußnoten zu § 3 Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

Veröffentlichung [MB.NRW 2025 Nr. 180](#)

§ 3 zuletzt geändert durch Verordnung vom 2. Februar 2025, in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2025.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Absatz 4 zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang

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

2. zur Früherkennung und Vorsorge von Krankheiten nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses [§§ 91, 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482) in der jeweils geltenden Fassung] zu den §§ 20i, 25, 25a und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

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

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

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

6. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs,

7. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und

8. in Fällen einer Präexpositionsprophylaxe entsprechend § 20j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Über die beihilferechtliche Notwendigkeit und den wirtschaftlich angemessenen Umfang von Aufwendungen entscheidet die Beihilfestelle. Sie kann bei Zweifeln über die Notwendigkeit und den wirtschaftlich angemessenen Umfang ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes – beziehungsweise Zahnarztes, einer Fachklinik oder des Medizinischen Dienstes der Gesetzlichen Krankenversicherungen einholen. Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle; dies

gilt auch für Gutachten in Zusammenhang mit beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahren, soweit die nachfolgenden Vorschriften nicht etwas anderes bestimmen.

(3) a) Erhalten in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig oder pflichtversicherte Beihilfberechtigte oder gesetzlich versicherte berücksichtigungsfähige Personen Sach- oder Dienstleistungen (ärztliche und zahnärztliche Versorgung, ambulante und stationäre Krankenhausbehandlung, Heilmittel und so weiter), werden hierzu keine Beihilfen gezahlt. Als Sach- oder Dienstleistungen gelten auch Geldleistungen bei künstlicher Befruchtung, bei kieferorthopädischer Behandlung, bei Arznei- und Verbandmitteln, bei Heilmitteln, bei häuslicher Krankenpflege, bei Haushaltshilfe (§§ 27a, 29, 31 Absatz 1 und 2, §§ 32, 37 Absatz 4, § 38 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden Fassung) und bei Hilfsmitteln (§ 33 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 40 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015) in der jeweils geltenden Fassung, mit Ausnahme der Personen nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 4).

b) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass Pflichtversicherte an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 oder 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch wählen oder erhalten, sowie Aufwendungen, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übernimmt.

c) Aufwendungen, die gesetzlich versicherten Personen bei Inanspruchnahme von freiwilligen Leistungen ihrer Krankenkasse außerhalb des Leistungskatalogs des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Rahmen der jeweiligen Satzung, eines Bonusprogramms oder eines Gesundheitskontos entstehen, sind nicht beihilfefähig. Aufwendungen, die in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) entstehen, sind bei pflichtversicherten Personen nicht und bei freiwillig versicherten Personen nur insoweit beihilfefähig, als sie den Aufwendungen nach Absatz 1 und § 4 entsprechen.

d) Zuzahlungen, die gesetzlich Versicherte nach § 23 Absatz 6, § 24 Absatz 3, § 31 Absatz 3, § 32 Absatz 2, § 33 Absatz 8, § 37 Absatz 5, § 37a Absatz 3, § 38 Absatz 5, § 39 Absatz 4, § 40 Absatz 5 und 6, § 41 Absatz 3 und § 60 Absatz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie § 32 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und § 40 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden Fassung erbringen müssen, sind nicht beihilfefähig.

(4) Besteht ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen, sind die auf Grund dieser Vorschriften zustehenden Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abziehen. Dies gilt nicht hinsichtlich der Schadensersatzansprüche, die nach § 81 des Landesbeamtengesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310, ber. S. 642) auf den Dienstherrn oder eine Versorgungskasse übergehen, sowie nicht hinsichtlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung bzw. der gesetzlichen Rentenversicherung

1. für Personen, die freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und denen dem Grunde nach kein Beitragszuschuss nach § 257 SGB V zusteht, sofern nicht nach § 224 SGB V Beitragsfreiheit besteht,

2. für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Kinder, die von der gesetzlichen Krankenversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung einer anderen Person erfasst werden, an deren Beiträgen kein Arbeitgeber beteiligt ist, oder - bei Beteiligung eines Arbeitgebers - wenn Leistungen aus dieser Versicherung nicht in Anspruch genommen werden,
3. für in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherte, die im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht pflichtversichert waren und vom Arbeitgeber keinen Zuschuss zu den Prämien einer Lebensversicherung erhalten haben, wenn Leistungen aus dieser Versicherung nicht in Anspruch genommen werden,
4. für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten,
5. für Personen, die ihre Beiträge zur Pflegeversicherung (SGB XI) allein zu tragen haben,
6. für Personen, die am 31. Dezember 1993 als Rentner in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren.

Satz 1 und Satz 2 Nummer 2 gelten entsprechend für Personen, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen kranken- und pflegeversichert sind, sofern zu dieser Versicherung ein Zuschuss nach §§ 26 Absatz 2 SGB II, 257 SGB V oder 61 SGB XI gewährt oder der Beitrag auf Grund des § 174 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595) in der jeweils geltenden Fassung übernommen wird; übersteigt die Hälfte des Beitrages für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit den Beitragszuschuss nach §§ 26 Absatz 2 SGB II, 257 SGB V oder 61 SGB XI bzw. den nach § 174 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch übernommenen Beitrag, so gelten die Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung nur im Verhältnis des Beitragszuschusses bzw. des übernommenen Beitrages zur Hälfte des Kranken- oder Pflegeversicherungsbeitrages als zustehende Leistungen im Sinne des Satzes 1. Maßgebend sind die Beiträge, der Beitragszuschuss und der übernommene Beitrag im Zeitpunkt der Antragstellung. Satz 2 Nummer 1 und Satz 3 gelten entsprechend für Personen, die einen Zuschuss nach § 44a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten. Personen, denen Sachleistungen auf Grund des Vierzehnten Buches Sozialgesetzbuch vom 12. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2652) in der jeweils geltenden Fassung, des Häftlingshilfegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Juni 1993 (BGBl. I S. 838) in der jeweils geltenden Fassung oder des Soldatenentschädigungsgesetzes vom 20. August 2021 (BGBl. I S. 3932, 3933) in der jeweils geltenden Fassung zustehen, sind nicht verpflichtet, diese in Anspruch zu nehmen; Satz 1 ist insoweit nicht anzuwenden. Satz 1 findet keine Anwendung, soweit durch die Heilfürsorge eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erstattet wird; dies gilt als Sachleistung nach Absatz 3 Buchstabe a. In diesen Fällen sind Aufwendungen für zusätzlich in Anspruch genommene Wahlleistungen sowie für seitens der Rehabilitationseinrichtung verordnete oder verabreichte Arzneimittel nicht beihilfefähig.

(5) Voraussetzung für eine Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist, dass im Zeitpunkt ihres Entstehens eine Beihilfeberechtigung nach § 1 oder bei Angehörigen von Beihilfeberechtigten eine Berücksichtigungsfähigkeit nach § 2 besteht. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird. Innerhalb der Frist nach § 13 Ab-

satz 3 kann eine Beihilfe auch dann beantragt werden, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung kein Anspruch nach Satz 1 mehr besteht.

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit von Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern, Kindern und Eltern des Behandelten; Kosten, die dem behandelnden Angehörigen im Einzelfall - z.B. für Materialien, Verbandmittel und Arzneimittel - entstehen und deren Geldwert nachgewiesen ist, sind im Rahmen der Verordnung beihilfefähig. § 5 a Absatz 3 bleibt unberührt.

§ 4

Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

Fußnoten zu § 4 Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

§ 4 zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für:

1. 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 im Sinne des § 4j Absatz 2 erbracht werden. Beihilfefähig sind nur medizinisch notwendige und der Höhe nach angemessene Aufwendungen in wirtschaftlichem Umfang (§ 3 Absatz 1 und 2)

a) zur Gesundheitsvorsorge,

b) zur Empfängnisregelung, im Geburtsfall, bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation,

c) in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, zur Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden,

d) bei ambulanten und stationären Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen oder

e) um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

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) in der jeweils geltenden Fassung, 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 §§ 4a bis 4f und der Anlage 1 zu dieser Verordnung, für durch Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker erbrachte Leistungen nach der Anlage 4 zu dieser Verordnung, für durch nichtärztliche Leistungserbringerrinnen und Leistungserbringer erbrachte Leistungen nach § 4j 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.

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 8c 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 (niedrigster Zweibettzimmersatz der jeweiligen Fachabteilung für Wahlleistungspatienten ohne gesondert in Rechnung gestellte Komfortzusatzleistungen) abzüglich 15 Euro täglich für insgesamt höchstens 20 Tage im Kalenderjahr,

c) vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

d) Übergangspflege nach § 39e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (ohne gesondert berechnete Wahlleistungen nach Buchstabe b),

e) die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes),

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

Ist bei einer stationären Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme ins Krankenhaus jedoch nicht möglich, sind Aufwendungen für die Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus beihilfefähig. 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 Verpflegungskosten) 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 Vergleichsberechnung nach Satz 3 entfällt im Fall einer stationären Notfallbehandlung, wenn das nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Krankenhaus als nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus aufgesucht werden musste. 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. Fehlt in den Fällen des § 75 Absatz 5 Satz 4 des Landesbeamtengesetzes eine vorherige Anerkennung durch die Beihilfestelle, sind nur die Behandlungskosten nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4j Absatz 1 bis 4 beihilfefähig. Die vorherige Anerkennung gilt als erteilt, wenn die Krankenversicherung die medizinische Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung im Vorhinein bescheinigt hat und die Beihilfestelle feststellt, dass es keine Anhaltspunkte gibt, die eine abweichende Entscheidung rechtfertigen könnten.

3. Unterkunft für den Erkrankten und eine notwendige Begleitperson bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Behandlungen außerhalb einer Maßnahme nach § 7 bis höchstens 150 Prozent des Betrags nach § 7 Absatz 1 Satz 1 des Landesreisekostengesetzes vom 1. Dezember 2021 ([GV. NRW. S. 1367](#)) in der jeweils geltenden Fassung.

4. Erste Hilfe.

5. Eine notwendige Berufspflegekraft, solange die oder der Erkrankte nach ärztlicher Verordnung der häuslichen Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, ambulante Palliativversorgung und ambulante psychiatrische Krankenpflege) bedarf. Die Kosten einer Ersatzpflegekraft können unter derselben Voraussetzung anerkannt werden. Bei einer Pflege durch den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner, Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern, Geschwister, Schwäger erste Grades sowie Schwager sind nur Beförderungskosten (Nummer 11) und Kosten für eine Unterbringung der Pflegekraft außerhalb der Wohnung beihilfefähig. Außerdem kann eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe eines ausgefallenen Arbeitseinkommens als beihilfefähig berücksichtigt werden, wenn wegen Ausübung der Pflege eine Erwerbstätigkeit aufgegeben worden ist, die mindestens den Umfang einer Halbtagsbeschäftigung hatte; für den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner und die Eltern eines Pflegebedürftigen ist eine für die Pflege gezahlte Vergütung nicht beihilfefähig. In den Fällen des Satzes 2 bis 4 sind höchstens die Kosten für eine Berufspflegekraft beihilfefähig. Aufwendungen für im Haushalt des Beihilfeberechtigten bereits tätige Personen sind nur insoweit beihilfefähig, als sie nachweislich über die bisher gezahlte Vergütung hinaus durch Mehrarbeit infolge Übernahme der Pflege entstanden sind.

5a. Eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Voraussetzung ist, dass nach Feststellung der Krankenversicherung ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht.

Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt, sind neben den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und den Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege unter Berücksichtigung der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch auch die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Wird

die Pflege in einer Einrichtung durchgeführt, die die Voraussetzungen des § 71 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, sind höchstens die vergleichbaren Kosten nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch am Ort der Unterbringung oder seiner nächsten Umgebung entstanden wären, beihilfefähig. Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen nach Satz 3 und 4 für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt ist.

Das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen richtet sich für Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ab dem 1. Januar 2023 nach Maßgabe der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie vom 19. November 2021 (BAnz AT 17. März 2022 B2) in der jeweils geltenden Fassung. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt für Verordnungen die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie vom 17. September 2009 (BAnz Nr. 21a vom 9. Februar 2010) in der jeweils geltenden Fassung entsprechend.

Aufwendungen für häusliche Krankenpflege nach Nummer 5 sind neben einer außerklinischen Intensivpflege nicht beihilfefähig.

6. Eine Familien- und Hauspflegekraft bis zum Betrag von 13 Euro je Stunde, höchstens jedoch 104 Euro täglich, wenn der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Familienangehörige oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte wegen einer stationären Unterbringung (Nummer 2, §§ 5b, 6, 6 a und 8) oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (§ 7 Absatz 4) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, dass die haushaltsführende Person – ausgenommen sie ist allein erziehend – nicht oder nur geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV erwerbstätig ist oder, soweit mehrere teilzeitbeschäftigte Personen den Haushalt führen, die Erwerbstätigkeit dieser Personen insgesamt nicht mehr als 120 vom Hundert der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden/Woche) erreicht, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Dies gilt nach begründeter ärztlicher Bescheinigung auch für bis zu 28 Tage nach Ende der stationären Unterbringung, nach einer ambulanten Operation oder darüber hinaus, wenn dadurch ein stationärer Krankenhausaufenthalt (§ 4 Absatz 1 Nummer 2) vermieden wird (z.B. Liegeschwangerschaft) sowie bei Alleinstehenden und Alleinerziehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. Wird an Stelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspflegekraft ein Kind unter 15 Jahren oder eine in Satz 3 aufgeführte pflegebedürftige Person in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendige Beförderungskosten - auch für eine Begleitperson - bis zu den sonst berücksichtigungsfähigen Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft beihilfefähig. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung aus Anlass einer Unterbringung bei den in Nummer 5 Satz 3 genannten Personen sind nicht beihilfefähig.

7. Die von Behandlerinnen und Behandlern nach Nummer 1 bei ihren Verrichtungen verbrauchten oder nach Art und Umfang verordneten apothekenpflichtigen Arzneimittel nach § 2 des Arzneimittelgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Dezember 2005 (BGBl. I. S. 3394) in

der jeweils geltenden Fassung, Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte im Sinne des Medizinproduktrechts zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt, in Anlage V der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009 (BAnz. Nr. 49a vom 31. März 2009) in der jeweils geltenden Fassung aufgeführt sind und die dort genannten Maßgaben erfüllen. Der Zuschlag von Apotheken für die Abgabe beihilfefähiger Arzneimittel im Wege des Botendienstes je Lieferort und Tag ist entsprechend § 129 Absatz 5g des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

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

Satz 3 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Die Beihilfestelle kann abweichend von Satz 3 in medizinisch begründeten besonderen Einzelfällen unter Beteiligung der zuständigen Amtsärztin oder des zuständigen Arztes bestimmen, zu welchen verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten oder die sich in der klinischen Erprobung befinden, Beihilfen gezahlt werden können. Dies gilt nicht für Arzneimittel und Medizinprodukte der besonderen Therapierichtungen.

Das Ministerium der Finanzen kann in Anlage 2 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. § 4j Absatz 4 gilt sinngemäß.

8. Eine von einer Ärztin oder von einem Arzt angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.

9. Eine spezialisierte ambulante oder stationäre Palliativ- oder Hospizversorgung. Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2 und 3 sowie § 132d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz (Kinderhospiz), in dem eine palliativ oder teilstationäre Behandlung erbracht wird, sind für die ersten neun (Kinderhospiz 18) Monate der Versorgung nach Nummer 2 beihilfefähig. Die Abzugsbeträge nach Nummer 2 Satz 1 Buchstabe b bleiben unberücksichtigt. Nach Ablauf der Fristen nach Satz 4 gelten die §§ 5 bis 5 e entsprechend. Ist bei stationär untergebrachten Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr zu deren Betreuung die Unterbringung eines Elternteils oder auch von Geschwistern medizinisch erforderlich, wird zu deren Unterbringungskosten

ein Zuschuss von bis zu insgesamt 80 Euro täglich gezahlt, soweit das Hospiz die Unterbringungskosten gesondert in Rechnung stellt. Das gilt nicht in den Fällen des Satzes 6.

10. Von einer Ärztin oder einem Arzt verordnete Hilfsmittel, Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung. Beihilfefähig sind die angemessenen Aufwendungen für Anschaffung und Reparatur. Von den Aufwendungen für den Betrieb (zum Beispiel Batterien für Hörgeräte einschließlich Ladegeräte) und Pflege der Hilfsmittel (zum Beispiel Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen) ist bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur der 100 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag beihilfefähig. Mietgebühren sowie Fall- oder Versorgungspauschalen sind beihilfefähig, soweit sie insgesamt nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten bei Kauf des Hilfsmittels sind. Für die regelmäßig in der Miete sowie Fall- oder Versorgungspauschalen enthaltenen Aufwendungen für Betrieb und Pflege von Hilfsmitteln ist bei volljährigen Personen pauschal ein Betrag in Höhe von 100 Euro vom beihilfefähigen Betrag in Abzug zu bringen, es sei denn, die beihilfeberechtigte Person macht glaubhaft, dass innerhalb des berechneten Nutzungszeitraums nur geringere Aufwendungen entstanden sind. Aufwendungen für Apparate zur Selbstbehandlung oder Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen zwingend geboten ist. Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung genutzt werden oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen können. Eine Mehrfachversorgung ist beihilferechtlich zugelassen, wenn neben der Versorgung im häuslichen Bereich (Erstversorgung) eine Zweitversorgung zum Beispiel im Kindergarten oder schulischen Bereich erforderlich ist und das Hilfsmittel der Erstversorgung auf Grund seines Gewichtes oder seiner Größe nicht zwischen Wohnung und Kindergarten oder Schule zumutbar transportiert werden kann. Aufwendungen für Hilfsmittel von mehr als 1 000 Euro, die nicht in der Anlage 3 oder im Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung aufgelistet sind, sind nur beihilfefähig, wenn die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor der Anschaffung anerkannt hat; bei Aufwendungen für Hilfsmittel von mehr als 10 000 Euro ist darüber hinaus die Zustimmung des Ministeriums der Finanzen erforderlich. Weiteres regelt die Anlage 3 zu dieser Verordnung.

11. Die Beförderung des Erkrankten und, falls erforderlich, einer Begleitperson bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen. Gepäckbeförderungskosten sind daneben nicht gesondert beihilfefähig. Höhere Fahr- und Transportkosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren. Wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 5 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Landesreisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) die Mitnahme weiterer Personen bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
- b) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bei einfachen Entfernungen bis zu 30 Kilometern,
- c) die Mehrkosten von Hin- und Rückfahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich wäre.

Ist bei Maßnahmen nach den §§ 6 bis 6b und 7 die Hin- und Rückfahrt nur mit einem Kranken-transportwagen möglich, kann statt eines Zuschusses die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen anerkannt werden.

12. Einen Organspender, soweit der Empfänger zu den in § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a bis c bezeichneten Personen gehört. Beihilfefähig sind

a) die Aufwendungen nach den Nummern 1, 2, 6, 7 und 11 und nach § 4j, die aus Anlass der für die Organspende notwendigen Maßnahmen entstehen,

b) Behandlungskosten auf Grund von Komplikationen, die auf die Organentnahme zurückzuführen sind,

c) Aufwendungen nach den §§ 6 und 7,

d) der nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen,

e) Aufwendungen nach Nummer 3 und darüberhinausgehend entsprechend § 7 Absatz 1 Satz 2 des Landesreisekostengesetzes und

f) seitens der Stiftung Organtransplantation in Rechnung gestellte Organisations-, Flugkosten- und Transplantationsbeauftragtenpauschalen.

Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkommen von Personen, die als Organspender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht gekommen sind. Dem Arbeitgeber des Organspenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt einschließlich der hierauf entfallenden Sozialversicherungsbeiträge sowie zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung erstattet. Maßgebend für die Aufwendungen nach Satz 2 und die Erstattung des Arbeitsentgeltes nach Satz 4 ist der Bemessungssatz des Organempfängers.

13. Aufwendungen im Zusammenhang mit der Suche eines geeigneten Knochenmarkspenders bis zu einem Betrag von 20.000 Euro.

14. Aufwendungen für Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder er- taubte Personen bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Untersuchung und Behandlung, wenn in Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikations- hilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 1467, 1468) in der jeweils geltenden Fassung bestünde und im Einzelfall der Informationsfluss zwischen Leistungserbringer und beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Person nur so ge- währleistet werden kann.

(1a) Abweichend von Absatz 1 Nummer 1 und § 3 Absatz 1 wird zu den Aufwendungen für von gesetzlichen Krankenkassen als förderwürdig anerkannten Gesundheits- oder Präventionskur- sen je Kurs ein Zuschuss in Höhe von bis zu 75 Euro für höchstens zwei Kurse im Kalenderjahr gezahlt. Das Weitere regelt die Anlage 8 zu dieser Verordnung.

(2)

a) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern oder wenn vor Behandlungsbeginn durch amts- oder vertrauenszahnärztliche Begutachtung festgestellt wird, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist, ästhetische Gründe ausgeschlossen werden können und keine Behandlungsalternative besteht.

b) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses 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, sind für höchstens zehn Implantate pauschal bis zu 1 000 Euro je Implantat beihilfefähig. Mit dem Pauschalbetrag sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Behandlung einschließlich notwendiger Anästhesie und der Kosten unter anderem für die Implantate selbst, die Implantataufbauten, die implantatbedingten Verbindungselemente, Implantatprovisorien, notwendige Instrumente (zum Beispiel Bohrer und Fräsen), Membranen und Membrannägel, Knochen- und Knochenersatzmaterial, Nahtmaterial, Röntgenleistungen, Computertomographie und Anästhetika abgegolten. Die Aufwendungen für die Suprakonstruktion sind neben dem Pauschalbetrag nach Satz 1 beihilfefähig. Vorhandene Implantate, zu denen eine Beihilfe gewährt wurde, sind auf die Höchstzahl nach Satz 1 anzurechnen.

Bei Vorliegen der folgenden Indikationen:

1. größere Kiefer- und Gesichtsdefekte, die ihre Ursache in

a) Tumoroperationen,

b) Entzündungen des Kiefers,

c) Operationen infolge großer Zysten (zum Beispiel große folliculäre Zysten oder Keratozysten),

d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,

e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder

f) Unfällen

haben,

2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,

3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen,

4. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktion im Mund- und Gesichtsbereich (zum Beispiel Spastiken) oder

5. zahnloser Ober- oder Unterkiefer (ohne vorhandenes Implantat),

sind abweichend von Satz 1 bis 4 die notwendigen und angemessenen Aufwendungen beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass der Beihilfestelle ein Kostenvoranschlag vorgelegt wird und diese auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Amtszahnarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der beabsichtigten Maßnahme und die Angemessenheit der Kosten anerkannt hat (Vorankennungsverfahren). Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle. Wird mit der Behandlung vor der Anerkennung durch die Beihilfestelle begonnen, gelten abweichend von Satz 5 die Sätze 1 bis 4 entsprechend. Die Kosten des Gutachtens sind in diesem Fall nicht beihilfefähig.

Bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion bis zu 400 Euro je Implantat beihilfefähig.

c) Zahntechnische Leistungen nach § 9 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, sind bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen in Höhe von 70 Prozent beihilfefähig.

d) Soweit in der Anlage 7 beihilferechtliche Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht aufgeführt sind, richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach dieser Anlage.

§ 4a

Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung

Fußnoten zu § 4a Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung

§§ 4a bis 4d neu gefasst durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 ([GV. NRW. S. 844](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2016; § 4a neu gefasst durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023; zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie in den Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie sowie für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung sind nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 sowie der §§ 4b bis 4f beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Behandlungen je Krankheitsfall beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Personen mit geistiger Behinderung sind Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung unter Einbeziehung

von Bezugspersonen bis zu 30 Behandlungen beihilfefähig. Ist eine anschließende Behandlung nach den §§ 4c bis 4e beabsichtigt, ist § 4b Absatz 3 zu beachten. Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 4c bis 4e anzurechnen.

(3) Vor einer Behandlung durch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder durch Fachpsychotherapeutinnen für Erwachsene und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene oder durch Fachpsychotherapeutinnen für Kinder und Jugendliche und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor Einleitung des Begutachtungsverfahrens erfolgen. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die somatische Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt in einem Konsiliarbericht bestätigt wird.

(4) Ein psychotherapeutischer Krankheitsfall umfasst die Behandlung derselben Erkrankung innerhalb eines Jahres.

(5) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 4a Absatz 2 und 4c bis 4f,
2. Leistungen nach Abschnitt 1 der Anlage 1 zu dieser Verordnung.

§ 4b

Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie

Fußnoten zu § 4b Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie

§§ 4a bis 4d neu gefasst durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 ([GV. NRW. S. 844](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2016; § 4b geändert durch Verordnung vom 16. Dezember 2016 ([GV. NRW. S. 1196](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2017; zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie sind beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen und Dysthymie,
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen,

4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganische Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen,
8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder
9. Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend.

(2) Neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen sind Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie beihilfefähig bei

1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen

a) durch psychotrope Substanzen; im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder voraussichtlich innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,

b) durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substituierender Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,

2. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,

3. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe oder

4. schizophrenen und affektiven psychotischen Störungen.

Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten nach den Abschnitten 2 bis 5 der Anlage 1 erbracht werden.

(3) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen nach Absatz 1 dienen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist,

2. nach einer biographischen Analyse oder einer Verhaltensanalyse und nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens acht probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist und

3. die Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zu Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat. Die Anerkennung einer Gruppentherapie kann ohne Gutachten erfolgen. Absatz 5 bleibt unberührt.

Aufwendungen für Maßnahmen nach Satz 1 Nummer 2 sind auch dann beihilfefähig, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung später als nicht notwendig erwiesen hat.

(4) Das Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 ist bei einer Gutachterin oder einem Gutachter einzuholen, die oder der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung in der jeweils geltenden auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de) veröffentlichten Fassung bestellt worden ist. Die Kosten des Gutachtens zuzüglich Umsatzsteuer trägt die Beihilfestelle in Höhe der in der Vereinbarung über die Honorierung von Gutachten im Gutachterverfahren zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband in der jeweils geltenden auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlichten Fassung festgelegten Honorare.

(5) Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind ohne Genehmigung durch die Beihilfestelle im Umfang von bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppentherapie beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und für Menschen mit geistiger Behinderung sind Aufwendungen für bis zu 30 Behandlungen einer genehmigungsfreien Kurzzeittherapie unter Einbeziehung von Bezugspersonen beihilfefähig. Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet. Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine genehmigungspflichtige Therapie nach den §§ 4c bis 4e anzurechnen.

(6) Aufwendungen für Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) sind bei Personen mit posttraumatischen Belastungsstörungen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, beihilfefähig, wenn die Behandlung im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder analytischen Psychotherapie durchgeführt wird.

§ 4c

Psychoanalytisch begründete Verfahren

Fußnoten zu § 4c Psychoanalytisch begründete Verfahren

§§ 4a bis 4d neu gefasst durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 ([GV. NRW. S. 844](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2016; §§ 4b, 4c und 4d geändert durch Verordnung vom 16. Dezember 2016 ([GV. NRW. S. 1196](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2017; § 4a neu gefasst und §§ 4c und 4d zuletzt geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023; §§ 4a und 4b zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

(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. Lebensjahres begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres beihilfefähig.

(3) In besonderen Ausnahmefällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine über die in Absatz 1 Satz 1 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus 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. Satz 2 gilt nicht für die Behandlung von Personen mit einer geistigen Behinderung.

(5) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Aufwendungen für Leistungen einer solchen Kombination sind nur beihilfefähig, wenn sie auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines besonders begründeten Erstantrags erbracht werden.

(6) Aufwendungen für katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

§ 4d

Verhaltenstherapie

Fußnoten zu § 4d Verhaltenstherapie

§§ 4a bis 4d neu gefasst durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 ([GV. NRW. S. 844](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2016; §§ 4b, 4c und 4d geändert durch Verordnung vom 16. Dezember 2016 ([GV. NRW. S. 1196](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2017; § 4a neu gefasst und §§ 4c und 4d zuletzt geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in

Kraft getreten am 1. April 2023; §§ 4a und 4b zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

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

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

(2) § 4c Absatz 1 Satz 2 bis 4 und Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.

(3) Aufwendungen für eine Rational-Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

§ 4e **Systemische Therapie**

Fußnoten zu § 4e Systemische Therapie

§ 4e eingefügt durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023; geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind je Krankheitsfall in folgendem Umfang, auch im Mehrpersonensetting, beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	36 Sitzungen	36 Sitzungen
im Ausnahmefall	12 weitere Sitzungen	12 weitere Sitzungen

§ 4c Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 4f

Psychosomatische Grundversorgung

Fußnoten zu § 4f Psychosomatische Grundversorgung

§ 4e (neu) und § 4i eingefügt durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 ([GV. NRW. S. 844](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2016; § 4i zuletzt geändert durch Verordnung vom 6. Dezember 2018 ([GV. NRW. S. 644](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2019; § 4e umbenannt in § 4f und geändert sowie § 4i umbenannt in § 4j und geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023.

(1) Die psychosomatische Grundversorgung im Sinne dieser Verordnung umfasst

1. verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte und
2. Hypnose, autogenes Training und progressive Muskelrelaxation nach Jacobson nach den Nummern 845 bis 847 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

(2) Je Krankheitsfall sind beihilfefähig Aufwendungen für

1. verbale Intervention als Einzelbehandlung mit bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,
2. Hypnose als Einzelbehandlung mit bis zu zwölf Sitzungen sowie
3. autogenes Training und progressive Muskelrelaxation nach Jacobson als Einzel- oder Gruppenbehandlung mit bis zu zwölf Sitzungen, wobei eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung hierbei möglich ist.

Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nummer 1 sind nicht beihilfefähig, wenn sie zusammen mit Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 Nummer 2 und 3 in derselben Sitzung entstanden sind. Neben den Aufwendungen für Leistungen nach Absatz 1 Nummer 1 sind Aufwendungen für somatische ärztliche Untersuchungen und Behandlungen von Krankheiten und deren Auswirkungen beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen ist, beihilfefähig.

§ 4g Neuropsychologische Therapie

Fußnoten zu § 4g Neuropsychologische Therapie

§§ 4e bis 4g eingefügt durch VO vom 9. Dezember 2012 ([GV. NRW. S. 642](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 30. Oktober 2012; § 4e (alt) umbenannt in § 4f und geändert, § 4f (alt) umbenannt in § 4g und § 4g (alt) umbenannt in § 4h durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 ([GV. NRW. S. 844](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2016; § 4g und § 4h zuletzt geändert und § 4i geändert durch Verordnung vom 1. Dezember 2021 ([GV. NRW. S. 1446](#)), in Kraft getreten am 24. Dezember 2021; § 4f umbenannt in § 4g und geändert, § 4g umbenannt in § 4h und geändert sowie § 4h umbenannt in § 4i und neu gefasst durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023; § 4h Überschrift neu gefasst und geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

(1) Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie sind beihilfefähig, wenn sie von Fachärztinnen oder Fachärzten für

- a) Neurologie,
- b) Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie,
- c) Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder
- d) Neurochirurgie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,

die zusätzlich zu ihrer Gebietsbezeichnung über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen,

zur Behandlung akut erworbener Hirnschädigungen oder Hirnerkrankungen, insbesondere nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, durchgeführt werden. Satz 1 gilt auch bei Behandlung durch

- a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- b) ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- c) psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder
- d) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,

wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für eine ambulante neuropsychologische Therapie anlässlich der Behandlung von

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

(3) Aufwendungen für neuropsychologische Behandlungen sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) bis zu fünf probatorische Sitzungen sowie,
- b) Einzelbehandlung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

wenn eine Behandlungseinheit mindestens 25 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert	
Regelfall	120 Behandlungseinheiten	60 Behandlungseinheiten
Ausnahmefall	40 weitere Behandlungseinheiten	20 weitere Behandlungseinheiten

und

- c) Gruppenbehandlung, bei Kindern und Jugendlichen gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

wenn eine Behandlungseinheit mindestens 50 Minuten dauert	wenn eine Behandlungseinheit mindestens 100 Minuten dauert
80 Behandlungseinheiten	40 Behandlungseinheiten

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

§ 4h

Anwendbarkeit von Vereinbarungen und Abrechnungsempfehlungen

Fußnoten zu § 4h Anwendbarkeit von Vereinbarungen und Abrechnungsempfehlungen

§ 4g (alt) umbenannt in § 4h durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 ([GV. NRW. S. 844](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2016; § 4h zuletzt geändert durch Verordnung vom 1. Dezember 2021 ([GV. NRW. S. 1446](#)), in Kraft getreten am 24. Dezember 2021; § 4g umbenannt in § 4h und geändert sowie § 4h umbenannt in § 4i und neu gefasst durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023; § 4h Überschrift neu gefasst und geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, teil- oder vollstationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind in Höhe der Beträge beihilfefähig, die eine gesetzliche Krankenkasse mit dem Leistungsanbieter vereinbart hat. Komplextherapie ist eine aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammengesetzte Therapie spezifischer Krankheitsbilder und wird von einem interdisziplinären Team erbracht.

(2) Aufwendungen für Leistungen psychiatrischer oder psychosomatischer Institutsambulanzen sind entsprechend des § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis zur Höhe der Vergütungen beihilfefähig, die die Einrichtung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern vereinbart hat.

(3) Aufwendungen für eine ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren, die die Voraussetzungen des § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, sind beihilfefähig bis zu der Höhe der Vergütung, die die Einrichtung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern in einer Vereinbarung getroffen hat. Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht beihilfefähig.

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

(5) Das Ministerium der Finanzen kann Vereinbarungen über Pauschalabrechnungen im Rahmen der integrierten Versorgung mit Kliniken treffen oder, soweit diese von privaten Krankenversicherungen geschlossen werden, für anwendbar erklären.

(6) Von der Angemessenheit von Aufwendungen ist auszugehen, wenn die entsprechenden Rechnungen auf Vereinbarungen oder gemeinsamen Abrechnungsempfehlungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. mit Leistungserbringern, Gruppen oder Verbänden von Leistungserbringern beruhen. Dies gilt nicht, wenn das für Finanzen zuständige Ministerium entscheidet, dass einer Vereinbarung oder gemeinsamen Abrechnungsempfehlung nicht gefolgt werden kann. Bei dieser Entscheidung sind die Vor- und Nachteile einer Abweichung abzuwägen, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf

a) die Versorgungssicherheit der Beihilfeberechtigten,

b) die Festsetzungspraxis und

c) die Entwicklung der Beihilfeausgaben auch im Vergleich zu gleichartigen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Soweit Aufwendungen die nach Satz 1 angemessenen Beträge überschreiten, sind die übersteigenden Beträge nicht beihilfefähig.

§ 4i **Soziotherapie**

Fußnoten zu § 4i Soziotherapie

§ 4i geändert durch Verordnung vom 1. Dezember 2021 ([GV. NRW. S. 1446](#)), in Kraft getreten am 24. Dezember 2021; § 4h umbenannt in § 4i und neu gefasst durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(1) Aufwendungen für eine Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie richten sich nach § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit der Soziotherapie-Richtlinie vom 22. Januar 2015 (BANz AT 14. April 2015 B5) in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Die Leistungserbringung und die Höhe der Vergütung richten sich nach den geschlossenen Verträgen des § 132b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Kosten, die von den Krankenkassen oder den Landesverbänden der Krankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlt werden.

§ 4j

Sonstige Heilbehandlungen

Fußnoten zu § 4j Sonstige Heilbehandlungen

§ 4i umbenannt in § 4j und geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(1) Zur Heilbehandlung gehören auch Bäder - ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme (§§ 6 bis 7) -, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien und die bei Durchführung der Heilbehandlung verbrauchten Stoffe.

(2) Die Angemessenheit von Aufwendungen verordneter Heilbehandlungen, die nur von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern mit einer Qualifikation nach § 124 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht werden dürfen, bestimmt sich nach Anlage 5 zu dieser Verordnung. Pauschalabrechnungen können grundsätzlich nicht berücksichtigt werden, es sei denn, die Pauschalabrechnungen entgelten im Grundsatz beihilfefähige Leistungen und entsprechen den Beträgen, die mit gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern vereinbart wurden. Das Ministerium der Finanzen kann weitere Ausnahmen zulassen.

(3) Abweichend von § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 1 und § 4j Absatz 2 können Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten mit eingeschränkter Heilpraktikererlaubnis (Physiotherapie-Heilpraktiker) Heilbehandlungen nach eigener Diagnosestellung ohne ärztliche Verordnung nach Anlage 4 erbringen. Wird der Physiotherapie-Heilpraktiker auf Grund einer ärztlichen Verordnung tätig, bemessen sich die Gebühren nach Anlage 5 dieser Verordnung. Die in diesen Fällen in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist beihilfefähig.

(4) Heilbehandlungen, die wegen fehlender wissenschaftlicher Anerkennung oder fehlender Notwendigkeit beihilferechtlich nicht oder teilweise nicht berücksichtigt werden können, ergeben sich aus der nicht abschließenden Anlage 6 zu dieser Verordnung. Die Beihilfestelle kann auf Grund eines Gutachtens eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) Aufwendungen für wissenschaftlich noch nicht anerkannte Heilbehandlungen als beihilfefähig anerkennen, wenn wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen ohne Erfolg angewendet worden sind. In begründeten Einzelfällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung sowie einer Erkrankung, die wertungsmäßig diesen beiden Arten von Erkrankungen vergleichbar ist, sind die Aufwendungen beihilfefähig, wenn eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht oder ohne Erfolg angewandt wurde und eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Zum 31. Dezember 2024 berichten die Landes-

beihilfestellen dem für Finanzen zuständigen Ministerium über Entscheidungen nach den Sätzen 1 bis 3.

(5) Ist die Durchführung einer Heilbehandlung in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden, sind die Aufwendungen für die Heilbehandlung bis zu 20 Euro täglich beihilfefähig. Entsprechendes gilt für Heilbehandlungen, mit denen zugleich berufsbildende oder allgemeinbildende Zwecke verfolgt werden.

(6) Bei Behandlungen in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Menschen mit Behinderung dient, sind auch notwendige Aufwendungen für Verpflegung bis zu 6 Euro, für Unterkunft und Verpflegung insgesamt bis zu 10 Euro täglich beihilfefähig, es sei denn, dass § 5f Absatz 2 anzuwenden ist.

§ 5

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

Fußnoten zu § 5 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

§§ 5 bis 5 e ersetzt durch §§ 5 bis 5g durch Verordnung vom 16. Dezember 2016 ([GV. NRW. S. 1196](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2017; § 5 zuletzt geändert durch Verordnung vom 2. Februar 2025 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2025.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Zuletzt geändert durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mit mindestens der in § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Schwere bestehen.

(2) Die Beihilfestelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit, der Art und dem notwendigen Umfang der Pflege und dem Pflegegrad Stellung nimmt. Bei Versicherten in der Pflegeversicherung sind deren Feststellungen zugrunde zu legen. Dies gilt auch für Befristungen nach § 33 Absatz 1 Sätze 4 bis 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrages auf einen höheren Pflegegrad gezahlt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(3) Die beihilfefähigen Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit richten sich nach den §§ 5a bis 5g. Bemisst sich die maßgebliche Leistung der Pflegeversicherung dabei nach § 30 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, gelten die dort genannten Beträge entsprechend.

(4) Die Beihilfestelle beteiligt sich an den Kosten für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, soweit das Land Nordrhein-Westfalen, vertreten durch das Ministerium der Finanzen, entsprechenden Rahmenvereinbarungen des Bundesministeriums des Innern mit der COMPASS Private Pflegeberatung GmbH beigetreten ist.

§ 5a **Häusliche Pflege**

Fußnoten zu § 5a Häusliche Pflege

§§ 5 bis 5 e ersetzt durch §§ 5 bis 5g durch Verordnung vom 16. Dezember 2016 ([GV. NRW. S. 1196](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2017; § 5a zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Absätze 4, 8 und 9 zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2025.

(1) Aufwendungen für häusliche Pflege entsprechend § 36 Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Form körperbezogener Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) sind in Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beträge beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) erbracht wird und die Aufwendungen nicht bereits nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 oder 5a beihilfefähig sind. § 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. Entstehen aufgrund eines höheren Pflegebedarfs von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5 höhere Aufwendungen, sind diese monatlich zusätzlich bei Pflegegrad 4 bis 1 000 Euro und bei Pflegegrad 5 bis zu 1 995 Euro (Pflegezuschlag) beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für Leistungen

1. zur Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende oder

2. zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags

sind entsprechend der §§ 45, 45a und 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(3) Anstelle der Beihilfe für häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 ist ein Pflegegeld nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, sofern die Pflege durch andere als die in Absatz 1 Satz 2 genannten Pflegekräfte erfolgt. Neben dem Pflegegeld ist aus Fürsorgegrün-

den bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 ein Pflegezuschlag von 150 Euro und bei Pflegegrad 5 von 240 Euro monatlich beihilfefähig.

(4) Besteht der Anspruch auf Pflegegeld und Pflegezuschlag nach Absatz 3 nicht für einen vollen Kalendermonat, ist das Pflegegeld und der Pflegezuschlag um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. Pflegegeld in Höhe der Hälfte des vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pflegegeldes ist während einer Verhinderungspflege nach Absatz 8 und während einer Kurzzeitpflege nach § 5b Absatz 3 jeweils für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr zusätzlich beihilfefähig. Der Anspruch auf Pflegegeld gilt bis zum Ende des Kalendermonats, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist, bei einer stundenweisen Verhinderungspflege von weniger als acht Stunden Dauer pro Tag, für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nach § 6 fort; Absatz 3 Satz 2 findet keine Anwendung.

(5) Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, sofern für den jeweiligen Beratungsbesuch ein Anspruch auf Leistungen durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht. § 37 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 bis 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch. § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(6) Erfolgt die häusliche Pflegehilfe nach Absatz 1 nur teilweise durch eine geeignete Pflegekraft nach Absatz 1 Satz 2, und erbringt die Pflegeversicherung Kombinationsleistungen nach § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, ist daneben ein anteiliges Pflegegeld nach Absatz 3 Satz 1 beihilfefähig. Das Pflegegeld ist um den Prozentsatz zu mindern, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 gezahlt wird. Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 gelten entsprechend. Dem Aufteilungsmaßstab der Pflegeversicherung ist zu folgen.

(7) Pflegebedürftige Personen, die Leistungen nach § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen, erhalten ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Absatz 3 Satz 2 gilt nicht.

(8) Ist eine Pflegeperson nach Absatz 3 wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, sind die Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege entsprechend den §§ 39 und 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

(9) Aufwendungen für eine Versorgung der pflegebedürftigen Person sind auch in den Fällen nach § 42b Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Für Umfang und Höhe gilt § 42b Absatz 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend. Die Leistungsmittel der Pflegeversicherung ist für die Beihilfestelle bindend und zunächst abzuwarten. Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend.

§ 5b

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Fußnoten zu § 5b Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

Veröffentlichung [GV. NRW. 2014 S. 890](#)

§ 5 b neu gefasst durch Verordnung vom 10. Dezember 2014 ([GV. NRW. S. 890](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2015.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2016 S. 1196](#)

§§ 5 bis 5 e ersetzt durch §§ 5 bis 5g durch Verordnung vom 16. Dezember 2016 ([GV. NRW. S. 1196](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2017.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Absatz 3 geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2025.

(1) Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind entsprechend § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn

1. häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder
2. die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

(2) Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück. Aufwendungen für Leistungen der teilstationären Tages- oder Nachtpflege sind neben den Aufwendungen nach § 5a Absatz 1, 3 Satz 1 oder 6 beihilfefähig. § 5a Absatz 3 Satz 2 gilt nicht.

(3) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch die teilstationäre Pflege nach Absatz 1 nicht aus, sind Aufwendungen für Kurzzeitpflege entsprechend den §§ 42 und 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

§ 5c

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

Fußnoten zu § 5c Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson

§ 5 b neu gefasst und § 5 c eingefügt durch Verordnung vom 10. Dezember 2014 ([GV. NRW. S. 890](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2015; § 5 c geändert durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 ([GV. NRW. S. 844](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.

§§ 5 bis 5 e ersetzt durch §§ 5 bis 5g durch Verordnung vom 16. Dezember 2016 ([GV. NRW. S. 1196](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2017; §§ 5d, § 5e und § 5f zuletzt geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023; § 5a zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024; §§ 5 und 5g zuletzt geändert durch Verordnung vom 2. Februar 2025 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2025.

(1) Auf Antrag der Pflegeperson sind beihilfefähig

1. Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44a Absatz 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und

2. Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Die Beihilfestelle führt an die jeweiligen Leistungsträger Leistungen ab für die

1. Pflegeperson im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur sozialen Sicherung nach § 44 Absatz 1, 2 und 2b des Elften Buches Sozialgesetzbuch und

2. Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld nach § 26 Absatz 2 Nummer 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit den §§ 345 und 347 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Die Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 werden in Höhe des Bemessungssatzes der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person gezahlt.

§ 5d

Vollstationäre Pflege

Fußnoten zu § 5d Vollstationäre Pflege

§ 5 c wird § 5 d (neu) und geändert, § 5 d wird § 5 e und neu gefasst durch Verordnung vom 10. Dezember 2014 ([GV. NRW. S. 890](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2015; § 5 e geändert durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 ([GV. NRW. S. 844](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.

§§ 5 bis 5 e ersetzt durch §§ 5 bis 5g durch Verordnung vom 16. Dezember 2016 ([GV. NRW. S. 1196](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2017; §§ 5d, § 5e und § 5f zuletzt geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023; §§ 5a zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024; §§ 5 und 5g zuletzt geändert durch Verordnung vom 2. Februar 2025 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2025.

(1) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in einer vergleichbaren Einrichtung sind beihilfefähig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Falles nicht in Betracht kommt. Beihilfefähig sind

1. pflegebedingte Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und

2. Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege, sofern hierzu nicht nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 Beihilfe gezahlt wird.

(2) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung (ohne Zusatzleistungen nach § 88 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) einschließlich der Investitionskosten (§82 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) werden als Beihilfe gezahlt, soweit sie folgende Eigenanteile übersteigen

1. bei Beihilfeberechtigten mit

a) einem Angehörigen 30 Prozent,

b) mehreren Angehörigen 25 Prozent

des um 600 Euro – bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 450 Euro – verminderten Einkommens oder

2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen 50 Prozent des um 400 Euro verminderten Einkommens.

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

(3) Bei einer Pflege in einer Einrichtung, die die Voraussetzungen des § 71 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, sind höchstens die vergleichbaren Kosten einer Einrichtung nach § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch am Ort der Unterbringung oder seiner nächsten Umgebung beihilfefähig. Absatz 1 und 2 gilt entsprechend.

(4) Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung entsprechend § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgehen, sind zusätzlich beihilfefähig.

(5) Aufwendungen entsprechend § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig, wenn

1. die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder

2. festgestellt wurde, dass die zuvor pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist.

(6) Die beihilfefähigen Aufwendungen einer vollstationären Pflege im Rahmen einer außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch richten sich nach § 4 Absatz 1 Nummer 5a.

§ 5e

Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Fußnoten zu § 5e Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

§ 5 c wird § 5 d (neu) und geändert, § 5 d wird § 5 e und neu gefasst durch Verordnung vom 10. Dezember 2014 ([GV. NRW. S. 890](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2015; § 5 e geändert durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 ([GV. NRW. S. 844](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.

§§ 5 bis 5 e ersetzt durch §§ 5 bis 5g durch Verordnung vom 16. Dezember 2016 ([GV. NRW. S. 1196](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2017; §§ 5d, § 5e und § 5f zuletzt geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023; §§ 5a zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024; §§ 5 und 5g zuletzt geändert durch Verordnung vom 2. Februar 2025 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2025.

Aufwendungen für

1. Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel nach § 40 Absatz 1, 3, 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
3. digitale Pflegeanwendungen nach § 40a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 39a des Elften Buches Sozialgesetzbuch

sind in der Höhe beihilfefähig, die die Pflegeversicherung anerkannt hat. Die Mitteilung der Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person ist für die Beihilfestelle bindend und zunächst abzuwarten.

§ 5f

Ambulant betreute Wohngruppen und Einrichtungen der Behindertenhilfe

Fußnoten zu § 5f Ambulant betreute Wohngruppen und Einrichtungen der Behindertenhilfe

§§ 5 bis 5 e ersetzt durch §§ 5 bis 5g durch Verordnung vom 16. Dezember 2016 ([GV. NRW. S. 1196](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2017; §§ 5d, § 5e und § 5f zuletzt geändert durch

Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023; §§ 5a zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024; §§ 5 und 5g zuletzt geändert durch Verordnung vom 2. Februar 2025 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2025.

(1) Entstehen Aufwendungen nach § 5a Absatz 1 bis 3 Satz 1, 5 und 6 in ambulant betreuten Wohngruppen, wird eine weitere Beihilfe entsprechend § 38a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zum jeweiligen Bemessungssatz gezahlt. Daneben sind Aufwendungen im Rahmen der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen entsprechend § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. § 5a Absatz 3 Satz 2 gilt nicht.

(2) Beihilfefähig sind entsprechend § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderung im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen, sowie in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für Pflegebedürftige, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) in der jeweils geltenden Fassung erhalten.

§ 5g

Aufwendungen der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1

Fußnoten zu § 5g Aufwendungen der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1

§§ 5 bis 5 e ersetzt durch §§ 5 bis 5g durch Verordnung vom 16. Dezember 2016 ([GV. NRW. S. 1196](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2017; §§ 5d, § 5e und § 5f zuletzt geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023; §§ 5a zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024; §§ 5 und 5g zuletzt geändert durch Verordnung vom 2. Februar 2025 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2025.

(1) Für pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen des Pflegegrades 1 sind Aufwendungen beihilfefähig für

1. Pflegeberatung nach § 5 Absatz 5 und Beratung im eigenen Haushalt nach § 5a Absatz 5,
2. zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 5f Absatz 1, ohne dass Aufwendungen nach § 5a Absatz 1 bis 3 und 6 entstanden sein müssen,
3. Pflegehilfsmittel, digitale Pflegeanwendungen inklusive ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 5e,

4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5d Absatz 4,
5. vollstationäre Pflege nach § 5d Absatz 1 in Höhe des in § 43 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrages,
6. den Entlastungsbetrag nach § 5a Absatz 2,
7. Rückstufung nach § 5d Absatz 5,
8. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
9. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson nach § 5c und
10. deren Versorgung nach § 5a Absatz 9 bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson.

(2) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich nach der Entscheidung der zuständigen Pflegeversicherung, die zunächst durch die Beihilfestelle abzuwarten ist.

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

Fußnoten zu § 6 Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

Veröffentlichung [GV. NRW. 2023 S. 180](#)

§ 6 zuletzt geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Neu gefasst durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(1) Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und den ärztlichen Schlussbericht können für höchstens 23 Kalendertage einschließlich der Reisetage beihilfefähig sein, wenn

1. die Beihilfestelle auf Grund einer ärztlichen Bescheinigung vor Behandlungsbeginn die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme anerkannt hat,
2. die Behandlung nicht durch eine Maßnahme nach § 7 oder durch andere ambulante Maßnahmen ersetzt werden kann und
3. im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Maßnahme nach § 6a oder § 7 durchgeführt worden ist.

Der ärztlichen Bescheinigung nach Satz 1 steht bei Diagnosen aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie nach den §§ 4c bis 4g die Bescheinigung durch Behandlerinnen und Behandler nach § 4a Absatz 3 Satz 1 gleich. Für die Anerkennung nach Satz 1 Nummer 1 ist eine ärztliche Bescheinigung nicht notwendig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung der zuständigen Pflegeversicherung über die Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer solchen Maßnahme angezeigt ist. In Fällen des Satzes 3 ist Satz 1 Nummer 2 und 3 nicht anzuwenden. Von der Einhaltung der Frist nach Satz 1 Nummer 3 darf nur abgesehen werden, wenn dies nach der ärztlichen Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen dringend notwendig ist. Die in Satz 1 genannten Kosten sind über den 23. Kalendertag hinaus beihilfefähig, wenn eine Verlängerung aus medizinischen Gründen dringend notwendig ist. Wird die Maßnahme nicht innerhalb von einem Jahr nach Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides begonnen, ist ein neues Anerkennungsverfahren durchzuführen. Die Behandlungskosten nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4j Absatz 1 bis 4 können auch dann beihilfefähig sein, wenn die Beihilfefähigkeit der Rehabilitationsmaßnahme nicht anerkannt wird.

(2) Aufwendungen für ärztlich verordnete Anschlussheilbehandlungen, die als stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden, sind beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass sich die Anschlussheilbehandlung unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem in zeitlichem Zusammenhang steht. Gleiches gilt für Anschlussheilbehandlungen, die nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie notwendig sind. Absatz 1 gilt, jedoch ohne die zeitliche Begrenzung auf 23 Kalendertage, entsprechend. In begründeten Fällen kann die erforderliche Voranerkennung auch nachträglich erfolgen.

(3) Zu den Kosten der Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird ein Zuschuss von 200 Euro gezahlt. Bei Nutzung eines nichtöffentlichen Verkehrsmittels wird der Zuschuss nach Satz 1 unabhängig von der Gesamtzahl der mitreisenden Personen nur einmal gezahlt.

(4) Die Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 müssen in einer Einrichtung durchgeführt werden, die die Voraussetzungen nach § 107 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt.

(5) Die Kosten für Unterkunft, 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 Absatz 1 Nummer 1, 7 oder § 4j Absatz 1 bis 4 in Rechnung gestellt, ist die Pauschale nach Satz 1 um 30 Prozent zu kürzen; der Restbetrag ist beihilfefähig. Verfügt die Einrichtung nicht über eine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens 120 Euro täglich beihilfefähig. Wird die Preisvereinbarung der Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger durch die beihilfeberechtigte Person nicht beigebracht, sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 oder § 4j Absatz 1 bis 4 sowie der ärztliche Schlussbericht beihilfefähig. Daneben wird ein Zuschuss nach § 7 Absatz 3 Satz 2 gezahlt.

(6) Bei Personen, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, sowie bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, die aus medizinischen Gründen

einer Begleitperson bedürfen und dies ärztlich bescheinigt ist, wird zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Kurtaxe der Begleitperson ein Zuschuss von 40 Euro täglich gezahlt. Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 6 a

Beihilfefähige Aufwendungen für stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-Vater-Kind Kuren

Fußnoten zu § 6 a Beihilfefähige Aufwendungen für stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-Vater-Kind Kuren

Veröffentlichung [GV. NRW. 2023 S. 180](#)

§ 6a zuletzt geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Zuletzt geändert durch durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(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 (§§ 24 und 41 Absatz 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 Absatz 2 gilt entsprechend. Wird die Maßnahme nach Satz 1 ausschließlich auf Grund der Erkrankung eines Kindes notwendig, ist § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 nicht anzuwenden. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass die Beihilfestelle auf Grund einer ärztlichen Bescheinigung über die Kurbedürftigkeit eines Elternteils oder eines Kindes die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme vor Behandlungsbeginn anerkannt hat.

(2) Beihilfefähig sind neben den Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 oder § 4j Absatz 1 bis 4 die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, die Kurtaxe, den ärztlichen Schlussbericht sowie die Beförderungskosten. § 6 Absatz 3 und 5 gilt entsprechend. Ist die Rehabilitationsmaßnahme nicht anerkannt worden, sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 oder § 4j Absatz 1 bis 4 beihilfefähig.

(3) Hinsichtlich der Aufwendungen einer notwendigen Begleitperson gilt § 6 Absatz 6 entsprechend.

§ 6 b

Familienorientierte Rehabilitation

Fußnoten zu § 6 b Familienorientierte Rehabilitation

§§ 6b, 6c und 6d eingefügt durch VO vom 9. Dezember 2012 ([GV. NRW. S. 642](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2013; § 6b zuletzt geändert durch Verordnung vom 15. Dezember 2017 ([GV. NRW. S. 967](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2018; § 6c zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

- (1) Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Familientherapie sind für höchstens 23 Tage einschließlich der Reisetage im Kalenderjahr beihilfefähig, wenn ein Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr an einer schweren chronischen Erkrankung insbesondere Krebserkrankung, Mukoviszidose, Zustand nach Operation am Herzen oder nach Organtransplantation leidet.
- (2) Für die Aufwendungen des erkrankten Kindes gilt § 6 entsprechend.
- (3) Für die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, Kurtaxe sowie Fahrtkosten der begleitenden Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) wird pro Person ein Zuschuss von 40 Euro, höchstens aber insgesamt 120 Euro täglich gezahlt. Entstehen den begleitenden Familienangehörigen Aufwendungen für ärztliche Behandlungen, die in Zusammenhang mit der Behandlung des erkrankten Kindes stehen, sind diese Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig; § 12 Absatz 2 Buchstabe b gilt entsprechend.
- (4) Ist für das erkrankte Kind eine Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme über 23 Tage hinaus medizinisch indiziert, gilt Absatz 3 für höchstens weitere 7 Tage.
- (5) Bestehen zwischen der aufgesuchten Einrichtung und einem Sozialversicherungsträger Verträge oder Verfahrensabsprachen, kann der dort vereinbarte Pauschalsatz pro Person als beihilfefähiger Betrag abweichend von Absatz 3 Satz 1 berücksichtigt werden, wenn dies für den Beihilfeberechtigten günstiger ist; § 12 Absatz 2 Buchstabe b gilt entsprechend.

§ 6 c

Sozialmedizinische Nachsorge

Fußnoten zu § 6 c Sozialmedizinische Nachsorge

§§ 6b, 6c und 6d eingefügt durch VO vom 9. Dezember 2012 ([GV. NRW. S. 642](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2013; § 6b zuletzt geändert durch Verordnung vom 15. Dezember 2017 ([GV. NRW. S. 967](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2018; § 6c zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

Die Aufwendungen für von Ärztinnen oder Ärzten verordnete ambulante sozialmedizinische Nachsorge für chronisch- oder schwerstkranke Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (in besonders schwerwiegenden Fällen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr), die im Anschluss an ei-

ne stationäre Maßnahme erbracht wird, sind im Rahmen der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden Fassung beihilfefähig, wenn nach ärztlicher Feststellung dadurch die stationäre Maßnahme verkürzt oder die nachfolgende ambulante Weiterbehandlung gesichert wird. Die Aufwendungen sind nur in der Höhe beihilfefähig, in der sie von der Ortskrankenkasse am Wohnort des Beihilferechtigten mit dem Leistungserbringer vereinbart sind.

§ 6 d

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Fußnoten zu § 6 d Rehabilitationssport und Funktionstraining

§§ 6b, 6c und 6d eingefügt durch VO vom 9. Dezember 2012 ([GV. NRW. S. 642](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2013; § 6b zuletzt geändert durch Verordnung vom 15. Dezember 2017 ([GV. NRW. S. 967](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2018; § 6c zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

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

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

Die Maßnahmen müssen unter ärztlicher Überwachung durchgeführt werden.

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

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

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

Fußnoten zu § 7 Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

Veröffentlichung [GV. NRW. 2023 S. 180](#)

§ 7 zuletzt geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Neu gefasst durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(1) Zu den Kosten einer unter ärztlicher Leitung in einem anerkannten Heilbad oder Kurort im Inland durchgeführten ambulanten Kur werden Beihilfen bis zu einer Dauer von 23 Kalendertagen einschließlich der Reisetage, bei einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme gemäß Absatz 4 bis zu 20 Behandlungstagen sowie bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen einschließlich der Reisetage gewährt. Aus schwerwiegenden gesundheitlichen Gründen kann die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt bei ambulanter Heilkur eine Verlängerung bis zu 14 Kalendertage und bei ambulanter Rehabilitationsmaßnahme bis zu zehn Behandlungstage verordnen. Aus dringenden medizinischen Gründen in Zusammenhang mit neuropsychologischen und psychosomatischen Behandlungen kann die Beihilfestelle der Verlängerung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme um bis zu weitere 20 Behandlungstage und darüber hinaus in dem Umfang der Bewilligung der Krankenversicherung der erkrankten Person zustimmen.

(2) Voraussetzung für die Gewährung einer Beihilfe nach Absatz 1 ist, dass

1. vor der erstmaligen Antragstellung eine Wartezeit von insgesamt drei Jahren Beihilfeberechtigung nach diesen oder entsprechenden Beihilfевorschriften erfüllt ist,

2. keine anerkannte Maßnahme nach Absatz 1 oder den §§ 6 oder 6a

a) bei Beihilfeberechtigten im Sinne des § 1 Absatz 1 Nummer 1, die das 63. Lebensjahr vollendet haben, im laufenden oder vorangegangenen Kalenderjahr oder

b) in allen übrigen Fällen im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren durchgeführt wurde,

3. ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Maßnahmen nach Absatz 1 wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind,

4. die medizinische Notwendigkeit vor Beginn einer Maßnahme nach Absatz 1 durch begründete ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen wird,
5. die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Maßnahme nach Absatz 1 anerkannt hat,
6. die Maßnahme nach Absatz 1 innerhalb von einem Jahr nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides oder innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen wird und
7. die ordnungsgemäße Durchführung der Maßnahme nach Absatz 1 durch Vorlage eines Schlussberichtes oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen wird.

§ 6 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Von der Einhaltung der in Satz 1 Nummer 2 genannten Frist darf nur abgesehen werden, wenn nach ärztlicher Bescheinigung aus zwingenden medizinischen Gründen eine Kurmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

(3) Beihilfefähig sind bei ambulanten Kurmaßnahmen die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4j Absatz 1 bis 4 sowie für den ärztlichen Schlussbericht. Zu den Fahrkosten, den Aufwendungen für Kurtaxe sowie Unterkunft und Verpflegung am Kurort oder seiner unmittelbaren Umgebung wird ein Zuschuss von täglich 60 Euro einschließlich der Reisetage gezahlt. Der Zuschuss nach Satz 2 reduziert sich auf 40 Euro täglich, wenn zwei Familienmitglieder gemeinsam an einem Ort kuren. Bei mehr als zwei gleichzeitig kurenden Familienmitgliedern beträgt der Zuschuss unabhängig von der Gesamtzahl der Kurenden 120 Euro täglich. Ist die Beihilfefähigkeit der Kurmaßnahme nach Absatz 1 nicht anerkannt worden, sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4j Absatz 1 bis 4 beihilfefähig. Bei Personen, bei denen die Voraussetzung für eine ständige Begleitperson behördlich festgestellt ist, und bei Kindern, bei denen 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 40 Euro täglich gewährt.

(4) Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind beihilfefähig, wenn die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag geschlossen hat. Absatz 2 Satz 1 Nummern 2 bis 7 und Satz 3 gilt sinngemäß. Hat die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung der zuständigen Pflegeversicherung über die Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitationsempfehlung erhalten, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist, ist nur Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 bis 7 entsprechend anzuwenden. Für Anschlussheilbehandlungen in Einrichtungen nach Satz 1 gilt § 6 Absatz 2 entsprechend. 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, die nicht in der Preisvereinbarung enthalten sind, sind bis zu einem Betrag von insgesamt 20 Euro täglich beihilfefähig; dies gilt entsprechend für die Nebenkosten einer medizinisch notwendigen Begleitperson. Soweit die Einrichtung nicht über einen kostenlosen Fahrdienst verfügt, sind notwendige Fahrkosten bis zu einem Betrag von 40 Euro täglich beihilfefähig.

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation sowie bei Empfängnisregelung

Fußnoten zu § 8 Beihilfefähige Aufwendungen bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation sowie bei Empfängnisregelung

§ 8 zuletzt geändert durch Verordnung vom 12. Dezember 2019 ([GV. NRW. S. 944](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2020

(1) Aus Anlass eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs sind die Aufwendungen für die ärztliche Beratung über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft und die ärztliche Behandlung nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 2, 3, 6, 7 und 11 beihilfefähig. Satz 1 gilt entsprechend für einen Schwangerschaftsabbruch, der unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuches vorgenommen wurde, mit der Ausnahme, dass die Aufwendungen für die Vornahme des Abbruchs (bei einer vollstationären Behandlung nur für den Tag des Abbruchs) nicht beihilfefähig sind.

(2) Aus Anlass einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation sind die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 2, 3, 6, 7 und 11 beihilfefähig.

(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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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 Nummer 1 zweiter Halbsatz und Nummer 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 vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 27a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassenen Richtlinien zur Künstlichen Befruchtung gelten in der jeweils geltenden Fassung entsprechend.

(5) Aufwendungen einer Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder von Keimzellgewebe sowie für die dazugehörigen Maßnahmen sind mit Ausnahme von weiblichen Personen, die das 40. Lebensjahr und von männlichen Personen, die das 50. Lebensjahr vollendet haben (Absatz 4 Satz 4), entsprechend § 27a Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig, wenn die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig ist, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft vornehmen zu können.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

Fußnoten zu § 9 Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

§ 9 geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für

1. die Hebamme oder den Entbindungspfleger im Rahmen der Gebührenordnung,
2. die ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung,
3. die vom Arzt, von der Hebamme oder vom Entbindungspfleger verbrauchten Stoffe und Verbandmittel sowie die auf ärztliche Verordnung beschafften Stoffe, wie Heilmittel, Verbandmittel und dergleichen; § 4 Absatz 1 Nummer 7 gilt entsprechend,
4. die Unterkunft und Verpflegung in Entbindungsanstalten; § 4 Absatz 1 Nummer 2 gilt entsprechend,
5. eine Hauspflegerin bei Geburten (auch bei Fehl- und Totgeburten) in der Wohnung oder einer ambulanten Entbindung in einer Entbindungsanstalt, sofern die Wöchnerin nicht bereits von einer Kraft nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 gepflegt wird, für einen Zeitraum bis zu 14 Tagen, beginnend mit dem Tage der Geburt; § 4 Absatz 1 Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend,

6. die durch die Niederkunft unmittelbar veranlassten Fahrten; § 4 Absatz 1 Nummer 11 gilt entsprechend,

7. Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung,

8. eine Familien- und Hauspflegekraft; § 4 Absatz 1 Nummer 6 gilt entsprechend.

Zu den Kosten für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird bei Lebendgeburten ein Zuschuss von 170 Euro gewährt. Der Zuschuss wird auch gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind unter zwei Jahren als Kind annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung (§§ 1747, 1748 BGB) erteilt ist, es sei denn, dass für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung bereits eine Beihilfe gewährt worden ist.

(2) Bedarf die Mutter während der Stillzeit einer stationären Behandlung und wird der Säugling mit ihr zusammen untergebracht, sind auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung des Säuglings beihilfefähig.

§ 10

Behandlungs- und Beförderungskosten im Ausland; Auslandsrankenversicherung

Fußnoten zu § 10 Behandlungs- und Beförderungskosten im
Ausland; Auslandsrankenversicherung

§§ 7 und 10 zuletzt geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023.

(1) Aufwendungen nach § 2 Absatz 1 im Ausland sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die am inländischen Wohnort oder letzten früheren inländischen Dienstort oder in dem ihnen am nächsten gelegenen geeigneten inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären.

(2) Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist ein Kostenvergleich nach Absatz 1 nicht erforderlich. Bei Behandlungen in anderen Krankenhäusern, sind die Aufwendungen nur insoweit angemessen, als sie den Aufwendungen (Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten) entsprechen, die in der der Beihilfestelle nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung für eine medizinisch gleichwertige Behandlung entstanden wären. § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 1 Buchstabe b und Satz 3 gelten entsprechend. Die entsprechenden Nachweise sind durch den Beihilfeberechtigten zu erbringen. Notwendige Übersetzungskosten sind nicht beihilfefähig.

(3) Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat

des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz 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 Ministerium der Finanzen auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens anerkannt worden ist.

(4) Aufwendungen für eine Krankenbehandlung im Ausland sind ohne die Einschränkung der Absätze 1 und 2 beihilfefähig

1. wenn ein Beihilfeberechtigter auf einer Auslandsdienstreise erkrankt und die Krankenbehandlung nicht bis zur Rückkehr ins Inland aufgeschoben werden kann,

2. wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung im Ausland dringend notwendig und im Inland kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist; die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen muss vor Beginn der Behandlung von der Beihilfestelle und bei Beihilfeberechtigten des Landes vom Ministerium der Finanzen anerkannt worden sein,

3. wenn sie 1.000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen.

(5) Bei Aufwendungen von im Ausland wohnenden Beihilfeberechtigten und im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Personen gelten die Absätze 1, 2 und 3 entsprechend.

(6) Für Beförderungskosten im Ausland gilt § 4 Absatz 1 Nummer 11 entsprechend. Beförderungskosten in Gebiete außerhalb der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz oder Rücktransportkosten aus diesen Gebieten sind nicht beihilfefähig; Absatz 4 Nummer 1 und 2 bleibt unberührt.

(7) Schließt der Beihilfeberechtigte zur Absicherung von Krankheits-, Beförderungs- und Rücktransportkosten eine Auslandskrankenversicherung ab, sind die jährlichen Versicherungsbeiträge bis zu einem Betrag von 10 Euro für den Beihilfeberechtigten und für jede berücksichtigungsfähige Person beihilfefähig; § 12 Absatz 1 und 3 gelten entsprechend. Der Beihilfeberechtigte ist unabhängig von einer Beihilfengewährung nach Satz 1 verpflichtet, im Versicherungsfall die Versicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen; § 3 Absatz 4 Satz 1 gilt sinngemäß.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

Fußnoten zu § 11 Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

§§ 11 und 14 geändert durch Verordnung vom 15. Dezember 2017 ([GV. NRW. S. 967](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2018.

(1) In Todesfällen sind die Aufwendungen beihilfefähig aus Anlass der Todesfeststellung und für die Überführung der Leiche oder Urne

1. bei einem Sterbefall im Inland

a) vom Sterbeort zur Beisetzungsstelle oder

b) vom Sterbeort zum nächstgelegenen Krematorium und von dort zur Beisetzungsstelle,

höchstens jedoch bis zur Höhe der Überführungskosten an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes;

2. bei einem Sterbefall im Ausland

a) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten auf einer Dienstreise in entsprechender Anwendung der Nummer 1,

b) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei privatem Aufenthalt im Ausland bis zur Höhe der Kosten einer Überführung von der deutschen Grenze zum Familienwohnsitz,

c) eines im Ausland wohnenden Beihilfeberechtigten oder eines im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz, höchstens über eine Entfernung von 500 Kilometern.

(2) Kann der Haushalt beim Tode des den Haushalt allein führenden Elternteils nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft bis zur Dauer von sechs Monaten bis zu der in § 4 Absatz 1 Nummer 6 genannten Höhe beihilfefähig, falls im Haushalt mindestens ein Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiges Kind lebt, das nach § 2 Absatz 2 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist. In Ausnahmefällen kann die Frist auf ein Jahr verlängert werden. § 4 Absatz 1 Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. Wird an Stelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspflegekraft ein Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiges Kind (Satz 1) in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendige Beförderungskosten - auch für eine Begleitperson - bis zu den sonst berücksichtigungsfähigen Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft beihilfefähig. § 4 Absatz 1 Nummer 6 letzter Satz gilt entsprechend.

§ 12

Bemessung der Beihilfen

Fußnoten zu § 12 Bemessung der Beihilfen

Veröffentlichung [GV. NRW. 2023 S. 180](#)

§ 12 zuletzt geändert durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Zuletzt geändert durch durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

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

- a) beihilfeberechtigte Personen nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 und 4 sowie für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer 50 vom Hundert,
- b) beihilfeberechtigte Personen nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 und 3 mit Ausnahme der Waisen 70 vom Hundert,
- c) berücksichtigungsfähige Personen in der Ehe oder Lebenspartnerschaft nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b 70 vom Hundert,
- d) berücksichtigungsfähige Kinder nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c sowie Waisen nach § 1 Absatz 1 Nummer 3, die als solche beihilfeberechtigt sind, 80 vom Hundert.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind, beträgt der Bemessungssatz bei der beihilfeberechtigten Person nach Satz 3 Buchstabe a 70 vom Hundert, bei mehreren beihilfeberechtigten Personen, unabhängig davon, nach welchen Beihilfevorschriften – Bundes- oder Landesrecht – ein Beihilfeanspruch besteht, jedoch nur bei einer von ihnen. Den erhöhten Bemessungssatz erhält, wer die entsprechenden Kinderanteile im Familienzuschlag bezieht. Bestimmungen zum Erhalt des erhöhten Bemessungssatzes nach dem bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Recht gelten bis auf Widerruf einer der betroffenen beihilfeberechtigten Personen fort.

(2) Für die Anwendung von Absatz 1 Satz 3 und 4 gelten die Aufwendungen

- a) nach § 4 Absatz 1 Nummer 6 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
- b) einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
- c) nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 6 und 8 als Aufwendungen der Mutter,
- d) nach § 11 Absatz 2 als Aufwendungen eines Kindes.

(3) Sind Versicherte trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung für bestimmte Krankheiten von den Leistungen ausgeschlossen oder sind die Leistungen auf Dauer eingestellt worden,

so erhöht sich der Bemessungssatz für Aufwendungen in diesen Fällen um 20 vom Hundert, höchstens auf 90 vom Hundert.

(4) Die Bemessungssätze der Absätze 1 und 3 können von der Beihilfestelle im Einzelfall für im Grundsatz beihilfefähige Aufwendungen erhöht werden,

a) wenn die Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung entstanden sind und keine Leistungen einer Krankenversicherung erbracht werden,

b) im Falle einer Leichenüberführung, wenn der Tod während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich angeordneten Umzuges eingetreten ist und die Leiche an den Familienwohnsitz überführt wird,

c) in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind.

Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen nach § 5 d oder wenn der Beihilfeberechtigte für sich und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen für ambulante- und stationäre Krankheits- und Pflegefälle keinen ausreichenden Versicherungsschutz nachweisen kann.

(5) Die Beihilfestelle kann unter den Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 1 Buchstabe c für Ehegatten und eingetragene Lebenspartner, deren Aufwendungen nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b nicht beihilfefähig sind, die Gewährung von Beihilfen zulassen.

(6) Die Beihilfe darf zusammen mit den erbrachten Leistungen einer Versicherung, Leistungen auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Unberücksichtigt bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerentenzusatzversicherungen und sonstigen Summenversicherungen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Personen jeweils 100 Euro täglich nicht überschreiten. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Abweichend von Satz 3 kann bei Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 2, zu denen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wurden, auf Antrag der beihilfeberechtigten Person die Summe der Aufwendungen und der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen auf den einzelnen Krankheitsfall bezogen werden, sofern dies für die beihilfeberechtigte Person günstiger ist. Aufwendungen nach den §§ 5, 5a bis 5g sind getrennt abzurechnen. Dabei sind die beihilfefähigen Pauschalen nach § 5e Nummer 2, § 5f Absatz 1 und der beihilfefähige Betrag nach § 5a Absatz 3 als dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen zu berücksichtigen. Aufwendungen nach § 4 Absatz 1a und § 9 Absatz 1 Satz 2 bleiben bei Anwendung der Sätze 1 bis 3 unberücksichtigt. Das gleiche gilt in den Fällen, in denen nach § 3 Absatz 3 eine Beihilfengewährung ausgeschlossen ist.

§ 12a

Kostendämpfungspauschale

Fußnoten zu § 12a Kostendämpfungspauschale

§ 12a zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 25. März 2022 ([GV. NRW. S. 389](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2022.

Eine Kostendämpfungspauschale nach § 75 Absatz 6 Satz 1 des Landesbeamtengesetzes wird ab dem Kalenderjahr 2022 nicht mehr erhoben. Die von der Kostendämpfungspauschale in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung ausgenommenen Beihilfeberechtigten der Besoldungsgruppen A 5 und A 6 erhalten einen Zuschuss zu den Beiträgen für die Krankenversicherung nach § 75 Absatz 6 Satz 2 des Landesbeamtengesetzes in Höhe von monatlich 12,50 Euro.

§ 13 Verfahren

Fußnoten zu § 13 Verfahren

Veröffentlichung [GV. NRW. 2023 S. 180](#)

§ 13 zuletzt geändert durch Verordnung vom 2. Februar 2025 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2025.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Zuletzt geändert durch durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(1) Die Beihilfen werden nur auf Antrag gezahlt. Eine Antragstellung durch E-Mail oder Telefax ist nicht zulässig; § 3a des Verwaltungsverfahrensgesetzes NRW in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. November 1999 ([GV. NRW. S. 602](#)) in der jeweils geltenden Fassung bleibt unberührt. Als Beihilfestellen entscheiden

1. das Landesamt für Besoldung und Versorgung über Anträge der Beihilfeberechtigten der obersten Dienstbehörden des Landes mit Ausnahme der Präsidentin oder des Präsidenten des Landtags und der dem Ministerium der Finanzen nachgeordneten Behörden und Einrichtungen,
2. die Bezirksregierungen über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs, der Beihilfeberechtigten der Staatlichen Rechnungsprüfungsämter und der Beihilfeberechtigten der übrigen Behörden und Einrichtungen des Landes einschließlich der Landesbetriebe innerhalb ihres Bezirks, soweit nicht in den Nummern 3 bis 7 eine abweichende Regelung getroffen ist,
3. die Oberlandesgerichte über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs und nach näherer Bestimmung des Justizministeriums über die Anträge der Beihilfeberechtigten der anderen Gerichte sowie der dem Ministerium der Justiz nachgeordneten Behörden und Einrichtungen,

4. die Landräte über die Anträge der Beihilfeberechtigten der von ihnen geleiteten Kreispolizeibehörden mit Ausnahme der Anträge der Landräte als Leiter der Kreispolizeibehörden,
5. die Schulämter über die Anträge der Lehrer an den öffentlichen Grundschulen und Hauptschulen und an den ihrer Schulaufsicht unterstehenden öffentlichen Förderschulen,
6. die Kunsthochschulen und Einrichtungen im Hochschulbereich über die Anträge ihrer Beihilfeberechtigten, soweit in einer Vereinbarung nach § 71 Absatz 4 des Kunsthochschulgesetzes vom 13. März 2008 ([GV. NRW. S. 195](#)) in der jeweils geltenden Fassung oder nach § 77 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 3 des Hochschulgesetzes vom 16. September 2014 ([GV. NRW. S. 547](#)) in der jeweils geltenden Fassung nicht etwas anderes geregelt ist,
7. die Pensionsregelungsbehörden über die Anträge der Versorgungsempfänger; die Pensionsregelungsbehörden des Landes entscheiden auch über die Anträge der Versorgungsempfänger des Landes, wenn diese im Landesdienst wieder beschäftigt werden.

Wird eine Beamtin oder ein Beamter zu einem Dienstherrn abgeordnet, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, verbleibt die Zuständigkeit bei der bisherigen Beihilfestelle. Das Ministerium der Finanzen kann im Einvernehmen mit der jeweiligen obersten Dienstbehörde in begründeten Ausnahmefällen eine von Satz 3 abweichende Zuständigkeitsregelung treffen. In den Fällen des Satzes 3 Nummer 4 und 5 können kommunale Versorgungskassen, Kreise oder kreisfreie Städte mit der Festsetzung der Beihilfen beauftragt werden.

(1a) Die oberste Fachaufsicht über die Festsetzung der Beihilfen obliegt dem Ministerium der Finanzen. Über Widersprüche gegen Beihilfefestsetzungen entscheiden die nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 bis 3, 6 und 7 zuständigen Stellen; über Widersprüche gegen Beihilfefestsetzungen der nach Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 und 5 zuständigen Stellen entscheidet die jeweils zuständige Bezirksregierung. Satz 2 gilt entsprechend für die Vertretung des Landes vor den Gerichten der Verwaltungsgerichtsbarkeit.

(2) Die Anträge sind der zuständigen Beihilfestelle unter Beifügung der dem Antrag zugrunde liegenden Belege vorzulegen. Für den Antrag sind die von der zuständigen Beihilfestelle herausgegebenen Formulare zu verwenden. Für die Beihilfestellen, die das automatisierte Verfahren des Landes zur Festsetzung von Beihilfen in Anspruch nehmen, macht das Landesamt für Besoldung und Versorgung die für die Antragstellung zu verwendenden Formulare auf seiner Internetseite öffentlich bekannt und stellt sie in digitaler Form bereit. Die Nutzung einer angebotenen elektronischen Antragsmöglichkeit bleibt unberührt. Die in den Anträgen enthaltenen Beihilfedaten unterliegen einer besonderen Geheimhaltung. Aufwendungen für Halbwaisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden.

(3) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von 24 Monaten nach Entstehen der Aufwendungen (§ 3 Absatz 5 Satz 2), spätestens jedoch 24 Monate nach der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt wird; die Antragsfrist beginnt für den Fall

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

2. der Beihilfe für die häusliche Pflege (§ 5 a Absatz 3) mit dem ersten Tag nach Ablauf des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde,

3. der Zuschussgewährung für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung mit dem Tage der Geburt, der Annahme als Kind oder der Aufnahme in den Haushalt.

Zu verspätet geltend gemachten Aufwendungen darf eine Beihilfe nur gewährt werden, wenn das Versäumnis entschuldbar ist. Arztrechnungen und Zahnarztrechnungen sollen die Diagnose enthalten.

(4) Auf eine zu erwartende Beihilfe können angemessene Abschlagszahlungen geleistet werden.

(5) Bei Beihilfen von mehr als 500 Euro, bei stationären Behandlungen oder ambulanten Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen von mehr als 1.000 Euro, hat der Beihilfeberechtigte die ihm von der Beihilfestelle zurückgegebenen Belege für die beihilfefähigen Aufwendungen noch drei Jahre nach dem Empfang der Beihilfe aufzubewahren und auf Anfordern vorzulegen, soweit sie nicht bei einer Versicherung verbleiben. Die Beihilfestelle hat ihn bei der Rückgabe der Belege hierauf hinzuweisen.

(6) Ist eine nach dieser Verordnung erforderliche vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit ohne Verschulden des Antragstellers unterblieben, wird die Beihilfe dennoch gewährt. Dies gilt nicht für Aufwendungen nach den §§ 6, 6a und 7, soweit dort nicht etwas anderes bestimmt ist.

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

(8) Zum Zwecke der Beihilfenfestsetzung dürfen durch die Beihilfestelle Belege und Schriftstücke in elektronischer Form abgebildet und gespeichert, die in ihnen enthaltenen Daten elektronisch ausgelesen und weiterverarbeitet werden. In diesem Fall werden die vorgelegten Belege digitalisiert und anschließend vernichtet. Absatz 5 findet keine Anwendung. Erfolgt die Antragstellung unter Verwendung einer Beihilfe App, verbleiben die Belege beim Beihilfeberechtigten.

(9) Soweit Maßnahmen nach Absatz 8 in zentralen Einrichtungen vorgenommen werden, sind diese Teil der jeweiligen Beihilfestelle.

(10) Zur Ermittlung der Belastungsgrenze (§ 15) werden die Bruttobezüge des Beihilfeberechtigten aus dem vorangegangenen Kalenderjahr bei der die Bezüge zahlenden Stelle erhoben und im Weiteren von der nach Absatz 1 zuständigen Stelle gespeichert und genutzt.

(11) Hat der Dienstherr oder die juristische Person des öffentlichen Rechts, die mit der Bearbeitung von Beihilfeangelegenheiten betraut ist, mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, die direkte Abrechnung von Leistungen vereinbart, kann die Beihilfestelle an diese Zahlungen in Höhe des Beihilfeanspruchs leisten (Direktabrechnung). Die Direktabrechnung ist nur zulässig, wenn der oder die Beihilfeberechtigte dies beantragt und sich mit der direkten Klärung von Fragen zwischen der Beihilfestelle und den Personen und Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, einverstanden erklärt und die behandelte beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person die Person oder Einrich-

tung, die Leistungen erbringt oder Rechnungen ausstellt, im Einzelfall von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Beihilfestelle entbindet.

(12) Für die Aufgaben zur Umsetzung des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262, 2275), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist, insbesondere für die Zusammenarbeit mit der ZESAR – Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH, ist das Landesamt für Besoldung und Versorgung in den Fällen zuständig, in denen Ansprüche auf Rabatte gegen pharmazeutische Hersteller entstehen, nachdem Beihilfen für Arzneimittelaufwendungen unter dem Institutskennezeichen des Landes festgesetzt worden sind. Das Landesamt für Besoldung und Versorgung ist zuständig für die Annahme der Arzneimittelrabatte nach § 9 Absatz 5 der Hochschulwirtschaftsführungsverordnung vom 11. Juni 2007 (GV. NRW S. 246), die zuletzt durch Verordnung vom 30. Juni 2018 (GV. NRW S. 392) geändert worden ist.

§ 14

Zahlung von Beihilfen in Todesfällen

Fußnoten zu § 14 Zahlung von Beihilfen in Todesfällen

§ 14 neu gefasst durch Verordnung vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten am 1. April 2023.

(1) Beihilfen zu Aufwendungen, die einem verstorbenen Beihilfeberechtigten entstanden sind, können auf folgende Konten überwiesen werden:

1. das Bezügekonto der verstorbenen beihilfeberechtigten Person,
2. ein anderes Konto, das von der verstorbenen beihilfeberechtigten Person angegeben wurde,
3. ein Konto, das für diesen Zweck von einer oder einem durch Erbschein oder durch eine andere öffentliche oder öffentlich beglaubigte Urkunde ausgewiesenen Alleinerbin oder -erben oder der entsprechend ausgewiesenen Erbengemeinschaft angegeben worden ist, oder
4. ein Konto, das für diesen Zweck von der zur Testamentsvollstreckung, Abwesenheitspflegschaft, Nachlasspflegschaft oder -verwaltung bestellten Person angegeben worden ist.

(2) Beihilfen zu den in § 11 Absatz 1 genannten Aufwendungen aus Anlass des Todes der beihilfeberechtigten Person können auf ein Konto überwiesen werden, das zu diesem Zweck von der Person oder den Personen angegeben worden ist, die die Aufwendungen übernommen hat oder haben. Die Beihilfe ist nach dem Vorphundertatz zu bemessen, der dem verstorbenen Beihilfeberechtigten zugestanden hat.

§ 15

Belastungsgrenze

Fußnoten zu § 15 Belastungsgrenze

Veröffentlichung [GV. NRW. 2022 S. 389](#)

§ 15 zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 25. März 2022 ([GV. NRW. S. 389](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2022.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Zuletzt geändert durch durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(1) Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze nach § 75 Absatz 8 Satz 1 des Landesbeamtengesetzes sind die jährlichen Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres. Bei Begründung eines Beamtenverhältnisses oder Rückkehr aus einer Beurlaubung ohne Besoldung sowie bei erstmaligem Anspruch auf beamtenrechtliche Hinterbliebenenversorgung sind zur Ermittlung der Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres die ersten vollen laufenden Monatsbezüge auf den Rest des Jahres hochzurechnen. Für das Folgejahr ist anhand der Bezüge für den Monat Januar ein fiktiver Vorjahresbruttobetrag zu ermitteln. Variable Bezügebestandteile, kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag, Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung der beihilfeberechtigten Person sowie Einkünfte berücksichtigungsfähiger Personen bleiben bei der Ermittlung der Belastungsgrenze außer Ansatz. Bei beamtenrechtlichen Versorgungsbezügen bleiben Minderungen aufgrund von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften unberücksichtigt. Versorgungsabschläge sind bei der Ermittlung der Belastungsgrenze den Bruttobezügen hinzuzurechnen, bei Hinterbliebenen entsprechend den Anteilssätzen der beamtenrechtlichen Hinterbliebenenversorgung. Die Eigenbehalte nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 1 Buchstabe b und Satz 3 sowie Absatz 2 Buchstabe c sind nur in Höhe des Beihilfebemessungssatzes nach § 12 zu berücksichtigen.

(2) Die Feststellung der Belastungsgrenze erfolgt durch die Beihilfestelle. Maßgeblich für die Zuordnung der Selbstbehalte zur Belastungsgrenze ist das Entstehen der Aufwendungen (§ 3 Absatz 5 Satz 2). Wird die Belastungsgrenze nach Absatz 1 überschritten, sind für das betreffende Kalenderjahr keine weiteren Selbstbehalte in Abzug zu bringen.

§ 16

Besondere Bestimmungen für die Gemeinden, Gemeindeverbände und die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts

Fußnoten zu § 16 Besondere Bestimmungen für die Gemeinden, Gemeindeverbände und die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts

§ 16 zuletzt geändert durch Verordnung vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2024.

(1) Über die Beihilfeanträge der Beihilfeberechtigten der Gemeinden und Gemeindeverbände entscheidet der Dienstvorgesetzte; dieser tritt in den Fällen des § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 9 und des § 10 Absatz 3 an die Stelle des Ministeriums der Finanzen. Über Beihilfeanträge des Dienstvorgesetzten entscheidet dessen allgemeiner Vertreter.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts. Die Hochschulen im Sinne des § 1 Absatz 2 des Hochschulgesetzes können in einer Vereinbarung nach § 77 Absatz 2 oder 3 des Hochschulgesetzes abweichende Regelungen erlassen.

§ 17

Personenbezogene Bezeichnungen

Die personenbezogenen Bezeichnungen in dieser Verordnung beziehen sich auf beide Geschlechter.

§ 17 a

Übergangsregelungen

Fußnoten zu § 17 a Übergangsregelungen

§ 17a eingefügt durch VO vom 6. Januar 2013 ([GV. NRW. S. 23](#)), in Kraft getreten am 1. Februar 2013; zuletzt geändert durch Verordnung vom 2. Februar 2025 ([GV. NRW. S. 180](#)), in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2025.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Absatz 20 eingefügt durch Artikel 1 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Juli 2025.

Veröffentlichung [GV. NRW. 2025 S. 1072](#)

Absatz 21 eingefügt durch Artikel 2 der Verordnung vom 12. November 2025, in Kraft getreten am 1. Januar 2026.

(1) Die Beihilfenverordnung vom 27. März 1975 ([GV. NRW. S. 332](#)), zuletzt geändert durch Verordnung vom 27. Juni 2008 ([GV. NRW. S. 530](#)), gilt für Aufwendungen, die bis zum 31. März 2009 entstanden sind.

(2) Diese Verordnung gilt vorbehaltlich der Absätze 3 und 4 für Aufwendungen, die nach dem 31. März 2009 entstanden sind.

(3) Die Regelungen der Zweiten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 9. Dezember 2012 ([GV. NRW. S. 642](#)) gelten vorbehaltlich des Absatzes 4 für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2012 entstanden sind.

(4) § 5 Absatz 4 Satz 4 bis 8 und Absatz 6, § 5 a Absatz 3 Satz 3 und Absatz 4 Satz 4, § 5 b Absatz 7 Satz 3, § 5 d Absatz 5 sowie die Regelungen der Zweiten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW ([GV. NRW. S. 642](#)) zu § 5 b Absatz 8 und § 5 c Absatz 6 Satz 2 gelten für Aufwendungen, die nach dem 29. Oktober 2012 entstanden sind.

(5) Die Regelungen der Vierten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung vom 15. November 2013 ([GV. NRW. S. 644](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2013 entstanden sind.

(6) Die Regelungen der Fünften Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 10. Dezember 2014 ([GV. NRW. S. 890](#)) gelten mit Ausnahme des Artikels 1 Nummer 14 Buchstabe b für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2014 entstanden sind. Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe b gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2013 entstanden sind.

(7) Die Regelungen der Sechsten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 1. Dezember 2015 ([GV. NRW. S. 844](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2015 entstehen.

(8) Die Regelungen der Siebten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung vom 16. Dezember 2016 ([GV. NRW. S. 1196](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2016 entstehen.

(9) Soweit vor dem 1. Januar 2017 Anspruch auf Leistungen nach den §§ 5, 5a Absatz 1 Satz 1 und Absätze 2 bis 5, § 5d in Verbindung mit § 12 Absatz 7 Satz 1 sowie § 5e in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung bestand, sind diese Regelungen auf einmaligen widerrufbaren Antrag des Beihilfeberechtigten weiterhin anzuwenden.

(10) Die Regelungen der Achten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 15. Dezember 2017 ([GV. NRW. S. 967](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2017 entstehen.

(11) Die Regelungen der Neunten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 6. Dezember 2018 (GV. NRW S. 644) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2018 entstehen.

(12) Die Regelungen der Zehnten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 12. Dezember 2019 ([GV. NRW. S. 944](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2019 entstehen.

(13) Die Regelungen der Elften Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 1. Dezember 2021 ([GV. NRW. S. 1446](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 23. Dezember 2021 entstehen, vorbehaltlich Artikel 1 Nummer 1 und Nummer 9 Buchstabe a, die für Aufwendungen gelten, die nach dem 31. Dezember 2021 entstehen.

(14) Die Regelung des Artikels 5 Nummer 1 Satz 1 des Gesetzes zur Anpassung der Alimentation von Familien sowie zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 25. März 2022 ([GV. NRW. S. 389](#)) gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2021 in Rechnung gestellt werden. § 12a in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung gilt weiterhin für Aufwendungen, die vor dem 1. Januar 2022 in Rechnung gestellt wurden. Die Regelung des Artikels 5 Nummer 1 Satz 2 des Gesetzes zur Anpassung der Alimentation von Familien sowie zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften gilt für Zuschüsse zu Beiträgen, mit denen Krankenversicherungen für Zeiträume nach dem 31. Dezember 2021 finanziert werden. Die Regelungen des Artikels 5 Nummer 2 des Gesetzes zur Anpassung der Alimentation von Familien sowie zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2021 entstehen.

(15) Die Regelungen der Zwölften Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 17. März 2023 ([GV. NRW. S. 180](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. März 2023 entstehen.

(16) Die Regelungen der Dreizehnten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 10. Juli 2023 ([GV. NRW. S. 1016](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Mai 2023 entstehen.

(17) Die Regelungen der Fünfzehnten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 19. Dezember 2023 ([GV. NRW. S. 1441](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2023 entstehen.

(18) Die Regelungen der Sechzehnten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 30. Juli 2024 ([GV. NRW. S. 494](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 30. Juni 2024 entstehen.

(19) Die Regelungen der Siebzehnten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 2. Februar 2025 ([GV. NRW. S. 180](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2024 entstehen.

(20) Die Regelungen des Artikels 1 der Achtzehnten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 12. November 2025 ([GV. NRW. S. 1072](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 30. Juni 2025 entstehen. Beihilfeleistungen für im Zeitraum vom 1. Januar 2025 bis einschließlich 30. Juni 2025 entstandene Aufwendungen nach § 5a Absatz 8 und § 5b Absatz 3 werden auf die Beihilfeleistungen des Gemeinsamen Jahresbetrags nach § 5a Absatz 8 und § 5b Absatz 3 in Verbindung mit den §§ 39, 42 und 42a des Elften Buches Sozialgesetzbuch für das Kalenderjahr 2025 angerechnet.

(21) Die Regelungen des Artikels 2 der Achtzehnten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 12. November 2025 ([GV. NRW. S. 1072](#)) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2025 entstehen. Für Anerkennungsverfahren nach den §§ 6, 6a und 7, die vor dem 1. Januar 2026 begonnen haben, richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für amtsärztliche oder vertrauensärztliche Gutachten nach dem bis zum 31. Dezember 2025 geltenden Recht.

§ 18

Inkrafttreten

Fußnoten zu § 18 Inkrafttreten

§ 18 zuletzt geändert durch VO vom 15. November 2013 ([GV. NRW. S. 644](#)), in Kraft getreten am 1. Januar 2014.

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. April 2009 in Kraft.

Der Finanzminister
des Landes Nordrhein-Westfalen

Hinweis:

(Artikel 2 der Elften Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 1. Dezember 2021 ([GV. NRW. S. 1446](#)))

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 24. Dezember 2021 in Kraft und gilt für Aufwendungen, die nach dem 23. Dezember 2021 entstehen, vorbehaltlich Artikel 1 Nummer 1 und Nummer 9 Buchstabe a, die am 1. Januar 2022 in Kraft treten und für Aufwendungen gelten, die nach dem 31. Dezember 2021 entstehen.

Anlagen

Anlage 1 (Anlage 1)

[URL zur Anlage \[Anlage 1\]](#)

Anlage 2 (Anlage 2)

[URL zur Anlage \[Anlage 2\]](#)

Anlage 3 (Anlage 3)

[URL zur Anlage \[Anlage 3\]](#)

Anlage 4 (Anlage 4)

[URL zur Anlage \[Anlage 4\]](#)

Anlage 5 (Anlage 5)

[URL zur Anlage \[Anlage 5\]](#)

Anlage 6 (Anlage 6)

[URL zur Anlage \[Anlage 6\]](#)

Anlage 7 (Anlage 7)

[URL zur Anlage \[Anlage 7\]](#)

Anlage 8 (Anlage 8)

[URL zur Anlage \[Anlage 8\]](#)