

# **Verordnung über Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (Beihilfenverordnung NRW – BVO NRW)**

**Vom 5. November 2009**

(GV. NRW. 2009 S. 602, KABl. 2010 S. 55)

geändert durch die Erste Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 9. Dezember 2011 (GV. NRW. 2011 S. 703; KABl. 2012 S. 4); geändert durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 9. Dezember 2012 (GV. NRW. 2012 S. 642; KABl. 2013 S. 6); geändert durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 6. Januar 2013 (GV. NRW. 2012 S. 23; KABl. 2013 S. 48) geändert durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 15. November 2013 (GV. NRW. 2013 S. 643; KABl. 2013 S. 270); geändert durch die Fünfte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 10. Dezember 2014 (GV. NRW. 2014 S. 890; KABl. 2015 S. 2); geändert durch die Sechste Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 1. Dezember 2015 (GV. NRW. 2015 S. 844; KABl. 2016 S. 2); geändert durch die Siebte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 16. Dezember 2016 (GV. NRW. 2016 S. 1196; KABl. 2017 S. 2); geändert durch die Achte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 15. Dezember 2017 (GV. NRW. S. 320, ber. S. 642; KABl. 2018 S. 18); geändert durch die Neunte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 6. Dezember 2018 (KABl. 2019 S. 7, 63); geändert durch die Zehnte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 12. Dezember 2019 (GV. NRW. 2019 S. 944; KABl. 2020 I Nr. 35, S. 55); geändert durch die Elfte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 1. Dezember 2021 (GV. NRW. 2021 S. 1446; KABl. 2022 I Nr. 18 S. 57); geändert durch das Gesetz zur Anpassung der Alimentation von Familien sowie zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften vom 25. März 2022 (GV. NRW. 2022 S. 388; KABl. 2023 I Nr. 86 S. 205); geändert durch die Zwölfte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 17. März 2023 (GV. NRW. 2023 S. 180; KABl. 2023 I Nr. 74 S. 162); geändert durch die Dreizehnte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 10. Juli 2023 (GV. NRW. 2023 S. 1016; KABl. 2023 I Nr. 75 S. 179); geändert durch Vierzehnte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 15. September 2023 (GV. NRW. 2023 S. 1128; KABl. 2023 I Nr. 76 S. 188).

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

## § 1

### Beihilfeberechtigte Personen

(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 Landesbeamtenversorgungsgesetzes 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 Landesbeamtenversorgungsgesetzes erhalten.

(2) Beihilfen werden abweichend von Absatz 1 auch dann gewährt, wenn die Versorgungsbezüge auf Grund der §§ 66 bis 69 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes voll ruhen oder auf Grund von § 26 Absatz 1 Satz 2 oder § 33 Absatz 2 Satz 3 oder Absatz 5 Satz 2 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes 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 wäh-

rend des Zeitraums der Dienstleistung bei ihm entstehen. 2Bei Abordnungen von oder zu Dienstherren 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) 1Beihilfeberechtigt sind auch Beamte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind. 2Das Ministerium der Finanzen kann im Rahmen der Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung ergänzende Regelungen treffen, die die besonderen Verhältnisse und Erschwernisse im Ausland berücksichtigen.

(6) 1Wird 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. 2Bei 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) 1Versorgungsempfänger mit mehreren Ansprüchen auf Versorgungsbezüge erhalten Beihilfen von der Stelle, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge (§ 67 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes) zuständig ist. 2Dies gilt nicht, soweit es sich bei dem neuen Versorgungsbezug um eine Hinterbliebenenversorgung handelt; in diesem Fall bleibt die bisherige Beihilfestelle zuständig.

## § 2

### Beihilfefälle

(1) 1Beihilfefähig 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 Jahr vor Entstehen der Aufwendungen 20 000 Euro nicht übersteigen. Den Einkünften werden hinzugerechnet:

aa) die Differenz zwischen dem Steuerungs- 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.

2Der Betrag nach Satz 1 wird regelmäßig im gleichen Verhältnis, wie sich der Rentenwert West erhöht, angepasst und auf volle Euro aufgerundet. 3Die Anpassung erfolgt erstmals ab einer Rentenerhöhung West im Kalenderjahr 2022 mit Wirkung für das auf die Rentenerhöhung folgende Kalenderjahr. 4Bei 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. 5Für 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 beihilfeberechtigten 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) 1Beihilfen zu Aufwendungen nach Absatz 1 werden nur für nicht selbst beihilfeberechtigte, im Familienzuschlag nach § 43 des Landesbesoldungsgesetzes berücksichtigte oder berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten gezahlt. 2Ist 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 beihilfeberechtig, 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**

- (1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfange
  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 allgemeinen 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 Impfkommision am Robert Koch-Institut (STIKO) öffentlich empfohlen werden,

für Impfungen, die in Zusammenhang mit einer privaten Auslandsreise stehen sowie für FSME- (Frühsommer-Meningoenzephalitis) und Grippeschutzimpfungen,

6. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs,
7. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und
8. in Fällen einer Präexposition prophylaxe entsprechend § 20j des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) <sup>1</sup>Über die beihilferechtliche Notwendigkeit und den wirtschaftlich angemessenen Umfang von Aufwendungen entscheidet die Beihilfestelle. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>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) <sup>1</sup>Erhalten in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig oder pflichtversicherte Beihilfeberechtigte 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. <sup>2</sup>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 anstelle 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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Aufwendungen, die in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) entstehen, sind bei pflichtversicherten Personen nicht und bei freiwillig versicherten

cherten 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) <sup>1</sup>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 abzuziehen. <sup>2</sup>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.

<sup>3</sup>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. 4Maßgebend sind die Beiträge, der Beitragszuschuss und der übernommene Beitrag im Zeitpunkt der Antragstellung. 5Personen, denen Sachleistungen auf Grund des Bundesversorgungsgesetzes, des Häftlingshilfegesetzes oder des Soldatenversorgungsgesetzes zustehen, sind nicht verpflichtet, diese in Anspruch zu nehmen; Satz 1 ist insoweit nicht anzuwenden.

(5) 1Voraussetzung 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. 2Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird. 3Innerhalb der Frist nach § 13 Absatz 3 kann eine Beihilfe auch dann beantragt werden, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung kein Anspruch nach Satz 1 mehr besteht.

(6) 1Nicht 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. 2§ 5 a Absatz 3 bleibt unberührt.

## § 4

### Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

(1) 1Die 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 nicht ärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4j Absatz 2 in Verbindung mit der Anlage 5 Abschnitt I erbracht werden. 2Beihilfefähig 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.

<sup>3</sup>Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richten sich für ärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966) geändert worden ist, für zahnärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, für ambulante durchgeführte psychotherapeutische Leistungen, Maßnahmen der psychotherapeutischen Grundversorgung und der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach den §§ 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 nicht ärztliche Leistungserbringerinnen 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. <sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>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. <sup>3</sup>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-, Unterkunft- 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. <sup>4</sup>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. <sup>5</sup>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. <sup>6</sup>Fehlt in den Fällen des § 75 Absatz 5 Satz 4 des Landesbeamtengesetzes<sup>1</sup> 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. <sup>7</sup>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 bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Behandlungen außerhalb einer Maßnahme nach § 7 bis zum Höchstbetrag von je 30 Euro täglich für den Erkrankten und eine notwendige Begleitperson.
- 4. Erste Hilfe.

---

<sup>1</sup> Nr. 734.

5. <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Die Kosten einer Ersatzpflegekraft können unter derselben Voraussetzung anerkannt werden. <sup>3</sup>Bei einer Pflege durch den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner, Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern, Geschwister, Verschwägerter ersten Grades sowie Schwager sind nur Beförderungskosten (Nummer 11) und Kosten für eine Unterbringung der Pflegekraft außerhalb der Wohnung beihilfefähig. <sup>4</sup>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. <sup>5</sup>In den Fällen des Satzes 2 bis 4 sind höchstens die Kosten für eine Berufspflegekraft beihilfefähig. <sup>6</sup>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. <sup>1</sup>Eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. <sup>2</sup>Voraussetzung ist, dass nach Feststellung der Krankenversicherung ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht.
- <sup>3</sup>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. <sup>4</sup>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. <sup>5</sup>Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen 162 Kirchliches Amtsblatt der Evangelischen Kirche von Westfalen Teil I – Ausgabe 10/2023 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 17.03.2022 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, 6a und 8) oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (§ 7 Absatz 4) den Haushalt nicht weiterführen kann. ¶Voraussetzung ist, dass die haushaltsführende Person – ausgenommen sie ist alleinerziehend – 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 Behandlern nach Nummer 1 bei ihren Verrichtungen verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten apothekenpflichtigen Arzneimittel [§ 2 Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Dezember 2005

(BGBl. I S. 3394) in der jeweils geltenden Fassung], Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes in der jeweils aktuellen Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt und nach Anlage V der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien) nach den dort genannten Maßgaben zur Verordnung zugelassen sind. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>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.

<sup>4</sup>Satz 3 gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

<sup>5</sup>Die Beihilfestelle kann abweichend von Satz 3 in medizinisch begründeten besonderen Einzelfällen unter Beteiligung der zuständigen Amtsärztin oder des zuständigen Amtsarztes 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. <sup>6</sup>Dies gilt nicht für Arzneimittel und Medizinprodukte der besonderen Therapierichtungen.

<sup>7</sup>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. <sup>8</sup>§ 4j Absatz 4 gilt sinngemäß.

8. Eine von einer Ärztin oder von einem Arzt schriftlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.
9. <sup>1</sup>Eine spezialisierte ambulante oder stationäre Palliativ- oder Hospizversorgung. <sup>2</sup>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 aufwendige Versorgung notwendig ist. <sup>3</sup>§ 37b Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2

und 3 sowie § 132d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. 4Aufwendungen 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. 5Die Abzugsbeträge nach Nummer 2 Satz 1 Buchstabe b bleiben unberücksichtigt. 6Nach Ablauf der Fristen nach Satz 4 gelten die §§ 5 bis 5e entsprechend. 7Ist 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. 8Das gilt nicht in den Fällen des Satzes 6.

10. 1Von einer Ärztin oder einem Arzt schriftlich verordnete Hilfsmittel, Körpersersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung. 2Beihilfefähig sind die angemessenen Aufwendungen für Anschaffung und Reparatur. 3Von 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. 4Mietgebühren sowie Fall- oder Versorgungspauschalen sind beihilfefähig, soweit sie insgesamt nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten bei Kauf des Hilfsmittels sind. 5Für 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. 6Aufwendungen 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. 7Nicht zu den beihilfefähigen Hilfsmitteln gehören Gegenstände, die auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung genutzt werden oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen können. 8Eine 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. 9Aufwendungen 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 10.000 Euro ist darüber hinaus die Zustimmung des Ministeriums der Finanzen erforderlich. <sup>10</sup>Weiteres regelt die Anlage 3 zu dieser Verordnung.

11. <sup>1</sup>Die Beförderung des Erkrankten und, falls erforderlich, einer Begleitperson bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen. <sup>2</sup>Gepäckbeförderungskosten sind daneben nicht gesondert beihilfefähig. <sup>3</sup>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 vom 1. Dezember 2021 (GV. NRW. S. 1367) in der jeweils geltenden Fassung genannte Betrag beihilfefähig. <sup>4</sup>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,
12. <sup>1</sup>Einen Organspender, soweit der Empfänger zu den in § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe a bis c bezeichneten Personen gehört. <sup>2</sup>Beihilfefähig sind
  - a) die Aufwendungen nach den Nummern 1 bis 3, 6, 7, 11 und § 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.<sup>3</sup>Beihilfefähig ist auch der Ausfall von Arbeitseinkommen von Personen, die als Organspender vorgesehen waren, aber nicht in Betracht gekommen sind. <sup>4</sup>Dem Arbeitgeber des Organspenders wird auf Antrag das fortgezahlte Entgelt einschließlich der hierauf entfallenden Sozialversicherungsbeiträge sowie zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung erstattet. <sup>5</sup>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 ertaubte Personen bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer

Untersuchung und Behandlung, wenn in Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe 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 gewährleistet werden kann.

(1a) <sup>1</sup>Abweichend von Absatz 1 Nummer 1 und § 3 Absatz 1 wird zu den Aufwendungen für von gesetzlichen Krankenkassen als förderwürdig anerkannten Gesundheits- oder Präventionskursen je Kurs ein Zuschuss in Höhe von bis zu 75 Euro für höchstens zwei Kurse im Kalenderjahr gezahlt. <sup>2</sup>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.

b) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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, Computertomografie und Anästhetika abgegolten. <sup>3</sup>Die Aufwendungen für die Suprakonstruktion sind neben dem Pauschalbetrag nach Satz 1 beihilfefähig. <sup>4</sup>Vorhandene Implantate, zu denen eine Beihilfe gewährt wurde, sind auf die Höchstzahl nach Satz 1 anzurechnen.

<sup>5</sup>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. <sup>6</sup>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). <sup>7</sup>Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle. <sup>8</sup>Wird mit der Behandlung vor der Anerkennung durch die Beihilfestelle begonnen, gelten abweichend von Satz 5 die Sätze 1 bis 4 entsprechend. <sup>9</sup>Die Kosten des Gutachtens sind in diesem Fall nicht beihilfefähig.

<sup>10</sup>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**

(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) 1Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Behandlungen je Krankheitsfall bis zur Höhe von 51 Euro beihilfefähig. 2Für 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. 3Ist eine anschließende Behandlung nach den §§ 4c bis 4e beabsichtigt, ist § 4b Absatz 3 zu beachten. 4Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 4c bis 4e anzurechnen.

(3) 1Vor einer Behandlung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor Einleitung des Begutachtungsverfahrens erfolgen. 2Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die somatische Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt in einem schriftlichen oder elektronischen Konsiliarbericht bestätigt wird.

(4) 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**

(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. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen oder
8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

(2) 1Neben 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 substitutionsgestützter 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.

2Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die Leistungen von einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Therapeutin oder einem Therapeuten nach den Abschnitten 2 bis 4 der Anlage 1 erbracht werden. 3Eine Sitzung der Psychotherapie umfasst eine Behandlungsdauer von mindestens 50 Minuten bei einer Einzelbehandlung und von mindestens 100 Minuten bei einer Gruppenbehandlung.

(3) 1Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) geändert worden ist, 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 biografischen 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, es sei denn, dass es sich um eine Kurzzeit- oder Gruppentherapie handelt.

2Aufwendungen 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 Psychotherapievereinbarung in der jeweils geltenden auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ([www.kbv.de](http://www.kbv.de)) veröffentlichten Fassung bestellt worden ist.

(5) 1Haben Personen, die nach § 1 Absatz 5 beihilfeberechtigt sind oder bei einer nach § 1 Absatz 5 beihilfeberechtigten Person berücksichtigungsfähig sind, am ausländischen Dienstort keinen persönlichen Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen, sind die Aufwendungen für die folgenden Leistungen auch dann beihilfefähig, wenn die Leistungen telekommunikationsgestützt erbracht werden:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte oder

2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

2Bei telekommunikationsgestützter Therapie sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. 3Aufwendungen für Telekommunikationsdienstleistungen sind nicht beihilfefähig. 4Wird von einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie in Gruppen oder von einer analytischen Psychotherapie als Einzel- oder Gruppentherapie zu einer telekommunikationsgestützten Therapie gewechselt, sind die Aufwendungen für die telekommunikationsgestützte Therapie beihilfefähig, wenn die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit nach Einholung eines Gutachtens zur Notwendigkeit des Wechsels anerkannt hat. 5Aufwendungen für Leistungen nach Satz 1 sind nur beihilfefähig, wenn diese im Rahmen einer im Inland begonnenen psychotherapeutischen Behandlung zur weiteren Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolgs notwendig sind.

(6) 1Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind ohne Genehmigung durch die Beihilfestelle im Umfang von bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppentherapie beihilfefähig. 2Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet. 3Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine genehmigungspflichtige Therapie nach den §§ 4c bis 4e anzurechnen.

(7) 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 der analytischen Psychotherapie durchgeführt wird.

#### § 4c

##### **Psychoanalytisch begründete Verfahren**

(1) 1Aufwendungen 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

<sup>2</sup>Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend durchgeführten Behandlung. <sup>3</sup>Überwiegt die Einzelbehandlung, so werden zwei als Gruppenbehandlung durchgeführte Sitzungen als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. <sup>4</sup>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) 1Aufwendungen 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 therapeutierende Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. 2Bei 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. 3Satz 2 gilt nicht für die Behandlung von Personen mit einer geistigen Behinderung.

(5) 1Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. 2Aufwendungen 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

(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

Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind je Krankheitsfall für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 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

- (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) <sup>1</sup>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.
- <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>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

- (1) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Absatz 3.

(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 Intelligenzmindering,
- 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) <sup>1</sup>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 50 Minuten dauert
80 Behandlungseinheiten	40 Behandlungseinheiten

2Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist die gesamte Behandlung nach Satz 1 Buchstabe b beihilfefähig.

#### § 4h

#### **Komplextherapie, integrierte Versorgung und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen**

(1) 1Aufwendungen 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. 2Komplextherapie 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) 1Aufwendungen 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. 2Aufwendungen 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 bzw. – soweit diese von privaten

Krankenversicherungen geschlossen werden – im Rahmen der Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung für anwendbar erklären.

#### **§ 4i**

##### **Soziotherapie**

(1) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. <sup>3</sup>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 14.04.2015 B5) in der jeweils geltenden Fassung.

(2) Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Kosten, die von den Ortskrankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlt werden.

#### **§ 4j**

##### **Sonstige Heilbehandlungen**

(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) <sup>1</sup>Die verordnete Heilbehandlung muss nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen und, soweit nicht von Ärztinnen, Ärzten, Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern erbracht, von Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern nach Anlage 5 Nummer I zu dieser Verordnung durchgeführt werden. <sup>2</sup>Die Angemessenheit von Aufwendungen beihilferechtlich anerkannter Heilbehandlungen, die von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Anlage 5 Abschnitt I zu dieser Verordnung erbracht werden, bestimmt sich nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und Anlage 5 zu dieser Verordnung. <sup>3</sup>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. <sup>5</sup>Das Ministerium der Finanzen kann weitere Ausnahmen zulassen.

(3) <sup>1</sup>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 ärztli-

che Verordnung nach Anlage 4 erbringen. <sup>2</sup>Wird der Physiotherapie-Heilpraktiker auf Grund einer ärztlichen Verordnung tätig, bemessen sich die Gebühren nach Anlage 5 dieser Verordnung. <sup>3</sup>Die in diesen Fällen in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist beihilfefähig.

(4) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>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. <sup>4</sup>Zum 31. Dezember 2024 berichten die Landesbeihilfestellen dem für Finanzen zuständigen Ministerium über Entscheidungen nach den Sätzen 1 bis 3.

(5) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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**

(1) <sup>1</sup>Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. <sup>2</sup>Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. <sup>3</sup>Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate und mit mindestens der in § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Schwere bestehen.

(2) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Bei Versicherten in der Pflegeversicherung sind deren Feststellungen zugrunde zu legen.

3Dies gilt auch für Befristungen nach § 33 Absatz 1 Sätze 4 bis 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. 4Die 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.

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

(5) 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

(1) 1Aufwendungen für häusliche Pflege entsprechend § 36 Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Form körperbezogener Pflegemaßnahmen, pflegerischer Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung (häusliche Pflegehilfe) sind in Höhe der in § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Beträge beihilfefähig. 2Voraussetzung 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. 3§ 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend. 4Entstehen auf Grund 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 Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags

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

(3) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Neben dem Pflegegeld ist aus Fürsorgegründen bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 ein Pflegezuschlag von 150 Euro und bei Pflegegrad 5 von 240 Euro monatlich beihilfefähig.

(4) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Pflegegeld in Höhe der Hälfte des vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pflegegeldes ist

1. während einer Verhinderungspflege nach Absatz 8 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr und
2. während einer Kurzzeitpflege nach § 5b Absatz 3 für bis zu acht Wochen je Kalenderjahr

zusätzlich beihilfefähig. <sup>3</sup>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 2 Satz 3 findet keine Anwendung.

(5) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>§ 37 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. <sup>3</sup>Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 bis 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch. <sup>4</sup>§ 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend.

(6) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Das Pflegegeld ist um den Prozentsatz zu mindern, zu dem Beihilfe nach Absatz 1 gezahlt wird. <sup>3</sup>Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 gelten entsprechend. <sup>4</sup>Dem Aufteilungsmaßstab der Pflegeversicherung ist zu folgen.

(7) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Absatz 3 Satz 2 gilt nicht.

(8) <sup>1</sup>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 § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. <sup>2</sup>Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige beihilfeberechtigte

oder berücksichtigungsfähige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

### **§ 5b**

#### **Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege**

(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) 1Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tagesoder Nachtpflege und zurück. 2Aufwendungen für Leistungen der teilstationären Tages- oder Nachtpflege sind neben den Aufwendungen nach § 5a Absatz 1, 3 Satz 1 oder 6 beihilfefähig. 3§ 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 § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

### **§ 5c**

#### **Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson**

(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 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**

(1) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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) <sup>1</sup>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 Prozentdes 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.

<sup>2</sup>Einkommen sind die monatlichen (Brutto-) Dienstbezüge (ohne sonstige variable Bezügebestandteile) oder Versorgungsbezüge, das Erwerbseinkommen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Altersoder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten. <sup>3</sup>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. <sup>4</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Absatz 1 und 2 gilt entsprechend.

(4) 1Aufwendungen 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**

1Aufwendungen 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. 2Die Mitteilung der Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person ist für die Beihilfestelle bindend und zunächst abzuwarten.

### § 5f

#### **Ambulant betreute Wohngruppen und Einrichtungen der Behindertenhilfe**

(1) 1Entstehen 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. 2Daneben sind Aufwendungen im Rahmen der Anschubfinanzierung zur Gründung ambulant betreuter Wohngruppen entsprechend § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. 3§ 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 Kirchliches Amtsblatt der Evangelischen Kirche von Westfalen Teil I – Ausgabe 10/2023 165 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 Einrichtungszweckes 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**

(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 von 125 Euro monatlich,
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 und
9. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson nach § 5c.

(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**

(1) 1Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind neben den Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4j Absatz 1 bis 4 die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe für höchstens 23 Kalendertage (es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich) einschließlich der Reisetage sowie den ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig. 2Voraussetzung ist, dass die Beihilfestelle auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Arztes oder eines Vertrauensarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der Maßnahme anerkannt hat, die Behandlung nicht durch eine Maßnahme nach § 7 oder durch andere ambulante Maßnahmen ersetzt werden kann und im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Maßnahme nach § 6a oder § 7 durchgeführt worden ist. 3Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Arzt oder ein Vertrauensarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z. B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwerer Fall von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet. 4Wird die Maßnahme nicht innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides begonnen, ist ein neues Anerkennungsverfahren durchzuführen. 5Die Behandlungskosten nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4j Absatz 1 bis 4 sind auch dann beihilfefähig, wenn die Beihilfefähigkeit der Rehabilitationsmaßnahme nicht anerkannt wird. 6Die Kosten der amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten sind beihilfefähig. 7Zu den Kosten der Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird bei notwendigen Behandlungen in einem Ort außerhalb von Nordrhein-Westfalen insgesamt ein Zuschuss von 100 Euro, innerhalb von Nordrhein-Westfalen von 50 Euro gezahlt.

(2) Die Maßnahme muss in einer Einrichtung durchgeführt werden, die die Voraussetzungen nach § 107 Absatz 2 SGB V erfüllt.

(3) 1Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Behandlung sind in Höhe der Preisvereinbarung (Pauschale) beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat. 2Werden 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 vom Hundert zu kürzen; der Restbetrag ist beihilfefähig. 3Verfügt die Einrichtung über keine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens 120 Euro täglich beihilfefähig.

(4) 1Bei Menschen mit Behinderungen, 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. <sup>2</sup>Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend.

### § 6a

#### **Beihilfefähige Aufwendungen für stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-/Vater-Kind-Kuren**

(1) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>§ 7 Absatz 2 gilt entsprechend. <sup>3</sup>Wird die Maßnahme nach Satz 1 ausschließlich auf Grund der Erkrankung eines Kindes notwendig, ist § 7 Absatz 2 Buchstabe b Satz 1 nicht anzuwenden.

(2) <sup>1</sup>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, das amtsärztliche Gutachten, den ärztlichen Schlussbericht sowie die Beförderungskosten. <sup>2</sup>§ 6 Absatz 1 Satz 7 und Absatz 3 gelten entsprechend; ist die Rehabilitationsmaßnahme nicht anerkannt worden (§ 7 Absatz 2), sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 oder § 4j Absatz 1 bis 4 beihilfefähig.

(3) Hinsichtlich der Aufwendungen einer notwendigen Begleitperson gilt § 6 Absatz 4 entsprechend.

### § 6b

#### **Familienorientierte Rehabilitation**

(1) <sup>1</sup>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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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.

### § 6c

#### **Sozialmedizinische Nachsorge**

1Die Aufwendungen für von Ärztinnen oder Ärzten schriftlich verordnete ambulante sozialmedizinische Nachsorge für chronisch- oder schwerstkranke Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (in besonders schwerwiegenden Fällen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr), die im Anschluss an eine stationäre Maßnahme erbracht wird, sind im Rahmen der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Absatz 2 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. 2Die Aufwendungen sind nur in der Höhe beihilfefähig, in der sie von der Ortskrankenkasse am Wohnort des Beihilfeberechtigten mit dem Leistungserbringer vereinbart sind.

### § 6d

#### **Rehabilitationssport und Funktionstraining**

(1) 1Aufwendungen 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, 6a oder 7 Absatz 4.

2Die 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) 1Nicht beihilfefähig sind Mitgliedsbeiträge, Aufwendungen für den Besuch eines Fitness-Studios oder für allgemeine Fitness-Übungen und -Geräte, für notwendige Sportbe-

kleidung sowie die Fahrtkosten zum Veranstaltungsort. 2Dies gilt auch für die Aufwendungen einer ggf. notwendigen Begleitperson.

## § 7

### **Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen**

(1) 1Zu den Kosten einer unter ärztlicher Leitung in einem Ort des vom Ministerium der Finanzen aufgestellten Kurortverzeichnis durchgeführten ambulanten Kur werden Beihilfen bis zu einer Dauer von 23 Kalendertagen einschließlich der Reisetage, bei einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (Absatz 4) bis zu 20 Behandlungstagen sowie bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen (einschließlich der Reisetage) gewährt. 2Aus schwerwiegenden gesundheitlichen Gründen kann der behandelnde Arzt (Kurarzt) bei ambulanter Heilkur eine Verlängerung bis zu 14 Kalendertagen und bei ambulanter Rehabilitationsmaßnahme bis zu zehn Behandlungstagen verordnen.

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

- a) vor der erstmaligen Antragstellung eine Wartezeit von insgesamt drei Jahren Beihilfeberechtigung nach diesen oder entsprechenden Beihilfavorschriften erfüllt ist,
- b) im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren (bei Beamten und Richtern, die Dienstbezüge erhalten und das 63. Lebensjahr vollendet haben im laufenden oder vorangegangenen Kalenderjahr) keine anerkannte Maßnahme nach Absatz 1 oder den §§ 6 oder 6a durchgeführt wurde. 2Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn nach dem Gutachten des zuständigen Amtsarztes aus zwingenden medizinischen Gründen (z. B. in schweren Fällen von Morbus Bechterew) eine Kurmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,
- c) ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Maßnahmen nach Absatz 1 wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind,
- d) die medizinische Notwendigkeit vor Beginn einer Maßnahme nach Absatz 1 durch begründete ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen und durch ein Gutachten der zuständigen Amtsärztin oder des zuständigen Amtsarztes bestätigt ist (Beamtinnen und Beamte sowie Richterinnen und Richter mit Dienstbezügen, die das 63. Lebensjahr vollendet haben, sind ausgenommen),
- e) die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Maßnahme nach Absatz 1 anerkannt hat,
- f) die Maßnahme nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides oder innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen wird,
- g) die ordnungsgemäße Durchführung der Maßnahme nach Absatz 1 durch Vorlage eines Schlussberichtes oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen wird.

(3) „Beihilfefähig sind bei ambulanten Kurmaßnahmen die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4j Absatz 1 bis 4, für das amtsärztliche Gutachten sowie 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 Menschen mit Behinderungen, bei denen die Voraussetzung für eine ständige Begleitperson behördlich festgestellt ist, und bei Kindern, bei denen der Amtsarzt bestätigt hat, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist, wird zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Kurtaxe sowie Fahrkosten der Begleitperson ein Zuschuss von 40 Euro täglich gewährt.

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

(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) <sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>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. <sup>3</sup>Bei anderen Inseminationen ist Satz 1 Nummer 1 zweiter Halbsatz und Nummer 4 nicht anzuwenden. <sup>4</sup>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. <sup>5</sup>Für die Zuordnung der Aufwendungen für die ICSI- und die IVF-Behandlung ist das Kostenteilungsprinzip zu beachten. <sup>6</sup>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 Samenzellen 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**

- (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 schriftliche 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.

2Zu den Kosten für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird bei Lebendgeburten ein Zuschuss von 170 Euro gewährt. 3Der 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; Auslandskrankenversicherung**

(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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>§ 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 1 Buchstabe b und Satz 3 gelten entsprechend. <sup>4</sup>Die entsprechenden Nachweise sind durch den Beihilfeberechtigten zu erbringen. <sup>5</sup>Notwendige Übersetzungskosten sind nicht beihilfefähig.

(3) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>§ 6 und § 7 gelten sinngemäß. <sup>3</sup>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. <sup>4</sup>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) 1Für Beförderungskosten im Ausland gilt § 4 Absatz 1 Nummer 11 entsprechend. 2Beförderungskosten 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) 1Schließt 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 Absätze 1 und 3 gelten entsprechend. 2Der 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

(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) 1Kann 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. <sup>2</sup>In Ausnahmefällen kann die Frist auf ein Jahr verlängert werden. <sup>3</sup>§ 4 Absatz 1 Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. <sup>4</sup>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. <sup>5</sup>§ 4 Absatz 1 Nummer 6 letzter Satz gilt entsprechend.

## § 12

### Bemessung der Beihilfen

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

<sup>4</sup>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. <sup>5</sup>Den erhöhten Bemessungssatz erhält, wer die entsprechenden Kinderanteile im Familienzuschlag bezieht. <sup>6</sup>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) <sup>1</sup>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.
- <sup>2</sup>Satz 1 gilt nicht für Aufwendungen nach § 5d 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) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Unberücksichtigt bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflege tagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerentenzusatzversicherungen und sonstigen Summenversicherungen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Personen jeweils 100 Euro täglich nicht überschreiten. <sup>3</sup>Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. <sup>4</sup>Aufwendungen nach den §§ 5, 5a bis 5g sind getrennt abzurechnen. <sup>5</sup>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. <sup>6</sup>Aufwendungen nach § 4 Absatz 1a und § 9 Absatz 1 Satz 2 bleiben bei Anwendung der Sätze 1 bis 3 unberücksichtigt. <sup>7</sup>Das Gleiche gilt in den Fällen, in denen nach § 3 Absatz 3 eine Beihilfengewährung ausgeschlossen ist.

**§ 12a<sup>1</sup>****Kostendämpfungspauschale**

<sup>1</sup>Eine Kostendämpfungspauschale nach § 75 Absatz 6 Satz 1 des Landesbeamtengesetzes wird ab dem Kalenderjahr 2022 nicht mehr erhoben. <sup>2</sup>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.<sup>2</sup>

**§ 13****Verfahren**

(1) <sup>1</sup>Die Beihilfen werden nur auf schriftlichen oder elektronischen Antrag mittels einer Beihilfe App gezahlt. <sup>2</sup>Eine Antragstellung durch E-Mail oder Telefax ist nicht zulässig. <sup>3</sup>Als Beihilfestellen entscheiden

1. das Landesamt für Besoldung und Versorgung über Anträge der Beihilfeberechtigten der Obersten Landesbehörden 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 Ministeriums der Justiz 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 § 74 Absatz 3 des Kunst-

---

<sup>1</sup> § 12a neu gefasst durch Gesetz zur Anpassung der Alimentation von Familien sowie zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften – Artikel 5 Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 25. März 2022.

<sup>2</sup> Redaktioneller Hinweis: Die bis zum 31. Dezember 2021 geltende Fassung kann im FIS-Kirchenrecht (Nr. 731.1) über den Rechtsstandvergleich eingesehen werden.

hochschulgesetzes vom 13. März 2008 (GV. NRW. S. 195), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310) geändert worden ist, oder § 77 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 3 des Hochschulgesetzes vom 16. September 2014 (GV. NRW. S. 547), das durch das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. Juli 2019 (GV. NRW. S. 425, ber. S. 593) geändert worden ist, 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.

4Wird eine Beamtin oder ein Beamter zu einem Dienstherrn abgeordnet, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, verbleibt die Zuständigkeit bei der bisherigen Beihilfestelle.

5Das Ministerium der Finanzen kann im Einvernehmen mit der jeweiligen obersten Dienstbehörde in begründeten Ausnahmefällen eine von Satz 3 abweichende Zuständigkeitsregelung treffen. 6In den Fällen des Satzes 3 Nummer 4 und 5 können kommunale Versorgungskassen, Kreise oder kreisfreie Städte mit der Festsetzung der Beihilfen beauftragt werden.

(1a) 1Die oberste Fachaufsicht über die Festsetzung der Beihilfen obliegt dem Ministerium der Finanzen. 2Über 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. 3Satz 2<sup>1</sup> gilt entsprechend für die Vertretung des Landes vor den Gerichten der Verwaltungsgerichtsbarkeit.

(2) 1Die Anträge sind der zuständigen Beihilfestelle unter Beifügung der Originalbelege vorzulegen; dies gilt nicht in den in Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz genannten Fällen der Zuschussgewährung und in den Fällen, in denen Versicherungsleistungen einzeln nachzuweisen sind. 2Für den Antrag sind die vom Ministerium der Finanzen herausgegebenen Formblätter zu verwenden. 3Die in den Anträgen enthaltenen Beihilfedaten unterliegen einer besonderen Geheimhaltung. 4Aufwendungen für Halbweisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden.

(3) 1Eine 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 1 Satz 7, § 6a Absatz 2 Satz 2, § 7 Absatz 3 Satz 2, Satz 4 sowie Absatz 4 Satz 4 mit dem Tag der Beendigung der Maßnahme,
2. der Beihilfe für die häusliche Pflege (§ 5a Absatz 3) mit dem ersten Tag nach Ablauf des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde,

<sup>1</sup> Redaktioneller Hinweis: Auf Grund der Änderungen der Achten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 15. Dezember 2017 bezieht sich der Verweis auf Satz 3.

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

<sup>2</sup>Zu verspätet geltend gemachten Aufwendungen darf eine Beihilfe nur gewährt werden, wenn das Versäumnis entschuldbar ist. <sup>3</sup>Arztrechnungen und Zahnarztrechnungen sollen die Diagnose sowie Stempel und Unterschrift des Ausstellers enthalten.

(4) *aufgehoben*

(5) Die Beihilfebescheide sind mit einer Rechtsbehelfsbelehrung (§ 58 Ausführungsgesetz zur Verwaltungsgerichtsordnung) zu versehen.

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

(7) <sup>1</sup>Bei Beihilfen von mehr als 500 Euro, bei stationären Behandlungen oder ambulanten Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen von mehr als 1.000 Euro, hat der Beihilferechtigte 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. <sup>2</sup>Die Beihilfestelle hat ihn bei der Rückgabe der Belege hierauf hinzuweisen.

(8) <sup>1</sup>Ist eine nach dieser Verordnung erforderliche vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit ohne Verschulden des Antragstellers unterblieben, wird die Beihilfe dennoch gewährt. <sup>2</sup>Dies gilt nicht für Aufwendungen nach den §§ 6, 6a und 7.

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

(10) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>In diesem Fall sind abweichend von Absatz 2 Satz 1 erster Halbsatz keine Originalbelege vorzulegen; die vorgelegten Belege werden digitalisiert und anschließend vernichtet. <sup>3</sup>Absatz 7 findet keine Anwendung. <sup>4</sup>Erfolgt die Antragstellung unter Verwendung der Beihilfe App, verbleiben die Originalbelege beim Beihilferechtigten.

(11) Soweit Maßnahmen nach Absatz 10 in zentralen Einrichtungen vorgenommen werden, sind diese Teil der jeweiligen Beihilfestelle.

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

(13) <sup>1</sup>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). 2Die 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 Einrichtung, die Leistungen erbringt oder Rechnungen ausstellt, im Einzelfall von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Beihilfestelle entbindet.

(14) 1Für 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. 2Das 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

(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) 1Beihilfen 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. 2Die Beihilfe ist nach dem Vomhundertsatz zu bemessen, der dem verstorbenen Beihilfeberechtigten zugestanden hat.

## § 15<sup>1</sup>

### **Belastungsgrenze**

(1) 1Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze nach § 75 Absatz 8 Satz 1 des Landesbeamtengesetzes<sup>2</sup> sind die jährlichen Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres. 2Variable Bezügebestandteile, kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag, Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten sowie Einkünfte berücksichtigungsfähiger Personen bleiben außer Ansatz. 3Die Eigenbehalte nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 1 Buchstabe b und Satz 3 sowie § 4 Absatz 2 Buchstabe c sind nur in Höhe des Beihilfebemessungssatzes nach § 12 zu berücksichtigen.

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

(3) -aufgehoben-

(4) -aufgehoben-

(5) -aufgehoben-

(6) -aufgehoben-

## § 16

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

(1) 1Über 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. 2Über Beihilfeanträge des Dienstvorgesetzten entscheidet dessen allgemeiner Vertreter.

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

---

<sup>1</sup> § 15 Abs. 1 Satz 3 neu gefasst, Abs. 2 Satz 2 geändert durch Gesetz zur Anpassung der Alimentionation von Familien sowie zur Änderung weiterer dienstrechtlicher Vorschriften – Artikel 5 Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 25. März 2022.

<sup>2</sup> Nr. 734.

**§ 17****Personenbezogene Bezeichnungen**

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

**§ 17a****Übergangsregelungen**

(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, § 5a Absatz 3 Satz 3 und Absatz 4 Satz 4, § 5b Absatz 7 Satz 3, § 5d Absatz 5 sowie die Regelungen der Zweiten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW (GV. NRW. S. 642) zu § 5b Absatz 8 und § 5c 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) 1Die 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. 2Artikel 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 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.“<sup>1</sup>

(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.

## § 18

### Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. April 2009 in Kraft.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Redaktioneller Hinweis: Die bis zum 31. Dezember 2021 geltende Fassung kann im FIS-Kirchenrecht (Nr. 731.1) über den Rechtsstandvergleich eingesehen werden.

<sup>2</sup> Redaktioneller Hinweis: Diese Vorschrift betrifft das Inkrafttreten der ursprünglichen Fassung.

**Anlage 1****(zu § 4 Absatz 1, § 4a Absatz 4 und § 4b Absatz 2)****Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen  
und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung****Abschnitt 1****Psychotherapeutische Leistungen**

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

**Abschnitt 2****Psychosomatische Grundversorgung**

1. Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von Fachärzten für
  - a) Allgemeinmedizin,
  - b) Augenheilkunde,
  - c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,

- d) Haut- und Geschlechtskrankheiten,
  - e) Innere Medizin,
  - f) Kinder- und Jugendlichenmedizin,
  - g) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
  - h) Neurologie,
  - i) Phoniatrie und Pädaudiologie,
  - j) Psychiatrie und Psychotherapie,
  - k) Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
  - l) Urologie.
2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von
- a) einer Ärztin oder einem Arzt,
  - b) einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,
  - c) einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten  
oder
  - d) einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten.
- Die behandelnde Person muss über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung der entsprechenden Interventionen verfügen.

### **Abschnitt 3**

#### **Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie**

1. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:
  - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren sowie
  - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.
2. Leistungen der anerkannten Psychotherapieform tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:

- a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
  - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 6 Absatz 4 der Psychotherapievereinbarung erfüllt, sowie
  - c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.
3. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
- a) Psychotherapeutische Medizin,
  - b) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
  - c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
  - d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen.

4. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in Ausnahmefällen (§ 4c Absatz 1 Nummer 3 und 4) ist, dass vor Beginn der Behandlung eine erneute eingehende Begründung der Therapeutin oder des Therapeuten vorgelegt wird und die Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung zugestimmt hat. Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der vorgesehenen Anzahl der Sitzungen nicht erreicht wird, kann in Ausnahmefällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. Die Anerkennung darf erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen. Voraussetzung für die Anerkennung ist eine Indikation nach § 4b Absatz 1 und 2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt.

#### **Abschnitt 4**

##### **Verhaltenstherapie**

1. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:
  - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen in diesem Verfahren sowie
  - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.
2. Leistungen der Verhaltenstherapie dürfen bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nur von folgenden Personen erbracht werden:
  - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in diesem Verfahren,
  - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und einer Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die die Anforderungen des § 6 Absatz 4 der Psychotherapievereinbarung erfüllt, sowie
  - c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren.
3. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
  - a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,
  - b) Psychiatrie und Psychotherapie,
  - c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
  - d) Ärztin oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

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

#### **Abschnitt 5**

##### **Systemische Therapie**

1. Leistungen der Systemischen Therapie dürfen nur von folgenden Personen erbracht werden:
  - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung in diesem Verfahren,

- b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in diesem Verfahren und
  - c) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4 und einer Zusatzqualifikation für dieses Verfahren, die die Anforderungen des § 6 Absatz 8 der Psychotherapievereinbarung erfüllt.
2. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Fachärztin oder Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:
- a) Psychiatrie und Psychotherapie,
  - b) Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
  - c) Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“  
mit erfolgreicher Weiterbildung auf dem Gebiet der Systemischen Therapie.

### **Abschnitt 6**

#### **Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung**

1. Leistungen der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung dürfen nur von folgenden Personen erbracht werden:
- a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4 sowie
  - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4.
2. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.
3. Wurde die Qualifikation nach Nummer 1 oder Nummer 2 bei Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychologischen Psychotherapeuten nicht im Rahmen der Ausbildung und bei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nicht im Rahmen der Weiterbildung erworben, muss die behandelnde Person
- a) in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben und
  - b) mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlungsabschnitten unter Su-

pervision von mindestens 10 Stunden mit Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung durchgeführt haben.

4. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person
  - a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder 4 erfüllen sowie
  - b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.

**Anlage 2****Aufwendungen für Arzneimittel, Medizinprodukte, Nahrungsergänzungsmittel,  
Mittel aus dem Bereich der privaten Lebensführung**

1. Nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 in Verbindung mit dieser Anlage sind bei Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nur Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel beihilfefähig, soweit sie nicht nach der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in der Fassung vom 18. Dezember 2008/22. Januar 2009 (BAnz. Nr. 49a – Beilage – vom 31. März 2009) in der jeweils geltenden Fassung gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Verordnung in der GKV ausgeschlossen sind, sowie Aufwendungen für apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Eine Krankheit gilt als schwerwiegend, wenn sie lebensbedrohlich ist oder wenn sie auf Grund der Schwere der durch sie verursachten Gesundheitsstörungen die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigt. Als Therapiestandard gilt ein Arzneimittel, wenn der therapeutische Nutzen zur Behandlung der schwerwiegenden Erkrankung dem allgemeinen Standard der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Voraussetzung für eine Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist, dass die schwerwiegende Erkrankung und das für die Behandlung dieser Erkrankung verordnete Standardtherapeutikum in der Anlage I zum Abschnitt F der AM-RL in der jeweils aktuellen Fassung aufgeführt ist. Neben der Anlage I sind auch die Anlagen II, V und VI der AM-RL beihilferechtlich zu berücksichtigen.
2. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für alle nach dem Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394) in der jeweils geltenden Fassung zugelassenen Arzneimittel, sofern sie nicht nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 2 der Beihilfenverordnung NRW oder im Rahmen dieser Anlage ausgeschlossen sind.
3. Beihilfefähig sind Aufwendungen für zugelassene nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eingesetzt werden (Begleitmedikation), wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist oder wenn es zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auftretenden schwerwiegenden, schädlichen, unbeabsichtigten Reaktionen eingesetzt wird (unerwünschte Arzneimittelwirkungen).
4. Beihilfefähig sind Aufwendungen für von Ärztinnen und Ärzten oder Zahnärztinnen und Zahnärzten beschaffte zugelassene nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die in Form von Spritzen, Infusionen, Salben und Inhalationen im Rahmen einer am-

- bulanten Behandlung durch die Ärzte oder Zahnärzte mit einer einmaligen Anwendung verbraucht werden.
5. Beihilfefähig sind Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die für diagnostische Zwecke und Untersuchungen benötigt und in der Rechnung als Auslagen abgerechnet werden.
  6. Aufwendungen für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 oder 2 des Medizinproduktegesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146) in der jeweils geltenden Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, sind indikationsbezogen beihilfefähig, wenn sie in der Anlage V der jeweils aktuellen Fassung der AM-RL aufgeführt sind. Die Regelung gilt nicht für von Heilpraktikern verbrauchte Stoffe und nicht für die Verabreichung von nicht beihilfefähigen Medizinprodukten. Beihilfefähig sind ausschließlich Fertigarzneimittel, insbesondere die in Anlage I der AM-RL aufgeführten Wirkstoffe.
  7. Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption nur bei Personen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres und bei Personen ab Vollendung des 48. Lebensjahres. Dies gilt entsprechend für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva („Pille danach“). Die Altersgrenzen sind unbeachtlich, wenn die Arzneimittel unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung mangels Alternative als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet werden und die Notwendigkeit durch eine Amtsärztin oder einen Amtsarzt bestätigt wird.
  8. Bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind – unabhängig von der Verschreibungspflicht – die Aufwendungen für folgende Arzneimittel nicht beihilfefähig:
    - a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt,
    - b) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,
    - c) Abführmittel, außer zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase, und

- d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit (unberührt bleibt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei Erbrechen bei Tumortherapie und anderen schwerwiegenden Erkrankungen, zum Beispiel Menierescher Symptomkomplex).
9. Arzneimittel der Anthroposophie, der Homöopathie und der Phytotherapie sind – soweit nicht ausnahmsweise in der Anlage I der AM-RL aufgelistet – auch im Ausnahmeweg nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht für Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.
10. Aufwendungen für ärztlich verordnete Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung sind bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung ausnahmsweise beihilfefähig, wenn eine Modifizierung der normalen Ernährung oder sonstige ärztliche, pflegerische oder ernährungstherapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation nicht ausreichen. Solche Ausnahmefälle liegen insbesondere vor bei:
- a) Ahornsirupkrankheit,
  - b) AIDS-assoziierten Diarrhöen,
  - c) Colitis ulcerosa,
  - d) Epilepsien, wenn trotz optimierter antikonvulsiver Therapie eine ausreichende Anfallskontrolle nicht gelingt,
  - e) Kurzdarmsyndrom,
  - f) Morbus Crohn,
  - g) Mukoviszidose,
  - h) multipler Nahrungsmittelallergie,
  - i) Niereninsuffizienz,
  - j) Phenylketonurie,
  - k) Tumortherapien (auch nach der Behandlung),
  - l) postoperativer Nachsorge,
  - m) angeborenen Defekten im Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsel,
  - n) angeborenen Enzymdefekten, die mit speziellen Aminosäuremischungen behandelt werden,
  - o) erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (zum Beispiel Mundboden- und Zungenkarzinom).
11. Aufwendungen für Elementardiäten sind für Säuglinge (bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres) und Kleinkinder (Zeit zwischen dem ersten und dritten Lebensjahr) mit Kuhmilchproteinallergie beihilfefähig; dies gilt ferner für einen Zeitraum von sechs

Monaten bei Säuglingen und Kleinkindern mit Neurodermitis, sofern Elementardiäten zu diagnostischen Zwecken eingesetzt werden.

12. Aufwendungen für Arzneimittel, die zur Verwendung in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten verordnet werden (sogenannter Off-Label-Use), sind grundsätzlich nur beihilfefähig, wenn sie in der Anlage VI Teil A der AM-RL (in der jeweils aktuellen Fassung) aufgeführt sind. Wirkstoffe zur Anwendung in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten, die nach Feststellung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung von einer Verordnung ausgeschlossen sind, sind im Teil B der in Satz 1 genannten Anlage aufgeführt; die Aufwendungen sind grundsätzlich nicht beihilfefähig. Für Entscheidungen über Anträge auf Zulassung einer beihilferechtlichen Ausnahme gilt § 4j Absatz 4 sinngemäß.
13. Verschreibungspflichtige Arzneimittel, die auch zur Behandlung des benignen Prostata-syndroms (gutartiger nicht kanzeröser Tumor), wie zum Beispiel Cialis 5 mg oder TadaHexal 5 mg, zugelassen sind, sind in der Dosierung einmal täglich 5 mg beihilfefähig.
14. Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol, Nabilon oder getrockneten Cannabisblüten und Cannabisextrakten sind beihilfefähig, wenn
  - a) eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
    - aa) nicht zur Verfügung steht oder
    - bb) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der zuständigen Amtsärztin oder des Amtsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Erkrankten nicht zur Anwendung kommen kann und
  - b) eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Die Beihilfestelle hat über den Erstantrag der oder des Beihilfeberechtigten (erste Verordnung) innerhalb eines Monats nach Antragseingang unter Beteiligung der zuständigen Amtsärztin oder des zuständigen Amtsarztes zu entscheiden (eine Beteiligung des Ministeriums der Finanzen ist grundsätzlich nicht erforderlich). Sofern innerhalb dieser Frist keine Stellungnahme des amtsärztlichen Dienstes erfolgt, entscheidet die Beihilfestelle zunächst für einen Behandlungszeitraum von drei Monaten unter Beachtung der oben genannten Kriterien nach Aktenlage. Die oder der Beihilfeberechtigte ist über die zeitlich befristete Entscheidung zu unterrichten. Folgeverordnungen bedürfen keines weiteren Voranerkennungsverfahrens, soweit die Zustimmung des amtsärztlichen Dienstes vorliegt.

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

- a) <sup>1</sup>Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen. <sup>2</sup>Es sind dies zum Beispiel Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, sogenannte Krankenkost und diätetische Lebensmittel einschließlich Produkte für Säuglinge oder Kleinkinder. <sup>3</sup>Abweichend von Satz 1 sind beihilfefähig Aufwendungen für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung im Zusammenhang mit enteraler und Parenteraler Ernährung im Rahmen der jeweils aktuellen Fassung des Abschnitts I der AM-RL sowie der Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung,
- b) Aufwendungen für Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Dies sind Arzneimittel, deren Einsatz grundsätzlich durch die private Lebensführung bedingt ist oder die auf Grund ihrer Zweckbestimmung insbesondere
- aa) nicht oder nicht ausschließlich zur Behandlung von Krankheiten dienen,
  - bb) zur individuellen Bedürfnisbefriedigung oder zur Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen,
  - cc) zur Behandlung von Befunden angewandt werden, die lediglich Folge natürlicher Alterungsprozesse sind und deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist,
  - dd) zur Anwendung bei kosmetischen Befunden angewandt werden, deren Behandlung in der Regel nicht notwendig ist.

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

- c) Genussmittel, sämtliche Weine (auch medizinische Weine) und der Wirkung nach ähnliche, Ethylalkohol als einen wesentlichen Bestandteil (mindestens fünf Volumenprozent) enthaltene Mittel (ausgenommen Tinkturen im Sinne des Deutschen Arzneibuches und tropfenweise einzunehmende ethylalkoholhaltige Arzneimittel) sowie Mittel, bei denen die Gefahr besteht, dass sie wegen ihrer wohlschmeckenden Zubereitung als Ersatz für Süßigkeiten genossen werden,
- d) Mineral-, Heil- oder andere Wässer,
- e) Mittel, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel, der Zähne, der Mundhöhle dienen, sowie medizinische Haut- und Haarwaschmittel, medizinische Haarwässer und kosmetische Mittel. Ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Basiscremes, Basissalben, Haut- und Kopfhautpflegemittel, auch Rezepturgrundlagen, soweit und solange sie Teil der arzneilichen Therapie (Inter-

- valltherapie bei Neurodermitis/endogenem Ekzem, Psoriasis, Akne-Schältherapie und Strahlentherapie) sind und nicht der Färbung der Haut und -anhangsgebilde sowie der Vermittlung von Geruchseindrücken dienen,
- f) Balneotherapeutika. Ausgenommen und somit beihilfefähig sind Aufwendungen für als Arzneimittel zugelassene Balneotherapeutika bei Neurodermitis/endogenem Ekzem, Psoriasis und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises,
  - g) Mittel, die der Veränderung der Körperform (zum Beispiel Entfettungscreme, Busencreme) dienen sollen,
  - h) Mittel zur Raucherentwöhnung,
  - i) Saftzubereitungen für Erwachsene, von in der Person des Patienten begründeten Ausnahmen abgesehen,
  - j) Würz- und Süßstoffe, Obstsaft,
  - k) Abmagerungsmittel und Appetitzügler,
  - l) Anabolika, außer bei neoplastischen Erkrankungen,
  - m) Stimulantien (zum Beispiel Psychoanaleptika, Psychoenergetika und Leistungsstimulantien), ausgenommen bei Narkolepsie und schwerer Zerebralsklerose sowie beim hyperkinetischen Syndrom und bei der sogenannten minimalen zerebralen Dysfunktion vorpubertärer Schulkinder,
  - n) sogenannte Zellulartherapeutika und Organhydrolysate,
  - o) sogenannte Geriatrika und sogenannte Arteriosklerosemittel,
  - p) Roborantien, Tonika und appetitanregende Mittel,
  - q) Insektenabschreckmittel,
  - r) fixe Kombinationen aus Vitaminen und anderen Stoffen. Ausgenommen und somit beihilfefähig sind Vitamin-D-Fluorid-Kombinationen zur Anwendung bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und zur Osteoporoseprophylaxe,
  - s) Arzneimittel, welche nach § 11 Absatz 3 des Arzneimittelgesetzes nur mit einem oder mehreren der folgenden Hinweise traditionell angewendet
    - aa) zur Stärkung oder Kräftigung,
    - bb) zur Besserung des Befindens,
    - cc) zur Unterstützung der Organfunktion,
    - dd) zur Vorbeugung,
    - ee) mild wirkendes Arzneimittelin den Verkehr gebracht werden.

**Anlage 3****Aufwendungen für Hilfsmittel****Abschnitt I**

Beihilfefähig sind die angemessenen Aufwendungen von ärztlich verordneten Hilfsmitteln, Geräten und Körperersatzstücken, die nachfolgend aufgeführt oder die im Hilfsmittelkatalog der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung mit einer Hilfsmittelnummer verzeichnet sind:

1. Abduktionslagerungskeil, Absauggerät (zum Beispiel bei Kehlkopferkrankungen), Allergiebettwäsche (Abschnitt II Nummer 1 ist zu beachten), Adaptionshilfe, Alarmgerät für Epileptikerinnen und Epileptiker), Anpassungen für diverse Gebrauchsgegenstände (zum Beispiel Universalhalter für Schwerstbehinderte zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme), Anus-praeter-Versorgungsartikel, Anzieh- oder Ausziehhilfe, Aquamat, Armmanschette, Armtragegurt oder -tuch, Assistenzhund (zum Beispiel bei Epilepsie) und nachgewiesener GdB von mindestens 80 (Abschnitt II Nummer 3 gilt sinngemäß), Atemmonitor, Atemtherapiegerät, Atomiseur (zur Medikamentenaufsprüfung), Auffahrrampe für Krankenfahrstuhl, Aufrichteschlaufe, Aufrichtstuhl, Aufstehgestelle, Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderung), Augenbadewanne, -dusche, -spülglas, -flasche, -pinsel, -pipette oder -stäbchen, Augenschielklappe, auch als Folie, Autokindersitz für Kinder mit Behinderungen (Abschnitt II Nummer 2 ist zu beachten),
2. Badestrumpf, Badewannensitz (bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr oder Polyarthritits), Badewannenverkürzer, Ballspritze, Beatmungsgeräte, Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie, Bettnässer-Weckgerät, Beugebandage, Billroth-Batist-Lätzchen, Blasenfistelbandage, Blindenführhund einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb (Abschnitt II Nummer 3 ist zu beachten), Blindenhilfsmittel (Abschnitt II Nummer 4 ist zu beachten), Blutdruckmessgerät (Abschnitt II Nummer 5 ist zu beachten), Blutgerinnungsmessgerät (bei erforderlicher Dauerantikoagulation oder künstlichem Herzklappenersatz), Blutlanzette, Blutzuckermessgerät (Abschnitt II Nummer 6 ist zu beachten), Blutzuckerteststreifen (Abschnitt II Nummer 7 ist zu beachten), Bracelet, Bruchband,
3. Clavicula-Bandage, Communicator (bei dysarthrischen Sprechstörungen), CPAP-Gerät,
4. Defibrillatorweste, Dekubitus-Schutzmittel (zum Beispiel Auf- oder Unterlagen für das Bett oder den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße, Spezialmattressen, Keile, Kissen), Delta-Gehrad, Drehscheibe und Umsetzhilfen, Duschsitz oder -stuhl,

5. Einlagen (orthopädische, einschließlich der zur Anpassung notwendigen Ganganalyse), Einmalschutzhose bei Querschnittgelähmten, Ekzemmanschette, Elektrostimulationsgerät, Epicondylitisbandage oder -spange mit Pelotten, Epitrainbandage, Ernährungspumpe, Ernährungssonde,
6. Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese), Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner), Fingerling, Fingerschiene, Fixationshilfe, Fußteil-Entlastungsschuh (Einzelschuhversorgung),
7. Gehgipsgalosse, Gehhilfen und -übungsgeräte, Gehörschutz, Gehstützen, Gehwagen, Genutrain-Aktiv-Kniebandage, Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese), Gilchrist-Bandage, Gipsbett (Liegeschale), Glasstäbchen, Gummihose bei Blasen- oder Darminkontinenz, Gummistrümpfe,
8. Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze, Handgelenkriemen, Hebekissen, Heimdialysegerät, Helfende Hand (Scherenzange), Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgerät, Hilfsgeräte (für Schwerstbehinderte, Ohnhänder u. a.), Hochtongerät, Hörhilfen (Abschnitt II Nummer 8 ist zu beachten),
9. Impuls vibrator, Infusionsbesteck oder -gerät und Zubehör, Inhalationsapparate (einschließlich Sauerstoff und Zubehör, jedoch keine Luftbefeuchter, -filter, -wäscher), Innenschuh (orthopädischer), Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulin dosiergerät, -pumpe, -injektor), Irisschale mit gefärbter Pupille bei entstellenden Veränderungen der Hornhaut eines blinden Auges,
10. Kanülen und Zubehör, Katapultsitz, Katheter (auch Ballonkatheter und Zubehör), Kieferspreizergerät, Klosettmatratze für den häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz, Klumpfußschiene, Klumphandschiene, Klyso, Kniekappe/-bandage, Kniepolster/-rutscher bei Unterschenkelamputation, Knöchel- und Gelenkstützen, Körperersatzstücke (Abschnitt II Nummer 9 ist zu beachten), Kopfring mit Stab, Kopfschreiber, Kopfschützer, Korrekturschienen u. Ä., Krabblerräder für Spastikerinnen und Spastiker, Krampfaderröhrchen, Krankenfahrstühle (auch Brems- und Schiebehilfen), Krankenstöcke (einschließlich Gehbänkchen mit Zubehör), Kreuzgelenkbandage, Kreuzstützbandage,
11. Latextrichter bei Querschnittlähmung, Leibbinde (jedoch keine Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden), Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattlesegerät, Aufлагestell), Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige, Lifter (Krankenlifter, Multilift, Badhelfer, Krankenheber oder Badewannenlifter), Lisselsonde, Lumbalbandage,
12. Malleotrain-Bandage, Mangoldsche Schnürbandage, Manutrain-Bandage, Milchpumpe, Mundsperrerr, Mundstab/-greifstab,
13. Narbenschützer, Neurodermitis-Overall (Abschnitt II Nummer 10 ist zu beachten),

14. orthopädische Maßschuhe und Zurichtungen, die nicht serienmäßig herstellbar sind (Abschnitt II Nummer 11 ist zu beachten), Orthese, Orthoprothese,
15. Pavlik-Bandage, Peak-Flow-Meter, Perücke (Abschnitt II Nummer 12 ist zu beachten), Pflegebett in behindertengerechter Ausstattung, Peronaeusschiene, Phonator, Polarimeter, Psoriasis-kamm,
16. Quengelschiene,
17. Rauchwarnmelder für Gehörlose und hochgradig Schwerhörige, Reflektometer, Reizstromgerät zur Behandlung der Skoliose, Rektophor, Rollator, Rollbrett, Rutschbrett,
18. Schede-Rad, Schrägliegebrett, Schutzbrille für Blinde, Schutzhelm für Behinderte, Schwellstromapparat, Segofix-Bandagensystem, Sehhilfen (Abschnitt II Nummer 13 zu beachten), Sitzkissen für Oberschenkelamputierte, Skolioseumkrümmungsbandage, Spastikerhilfen (auch Übungsgeräte), Sphinkter-Stimulator, Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion, Sprechhilfen (auch elektronische), Sprechkanülen, Spreizfußbandage, Spreizhose, -schale, -wagenaufsatz, Spritzen, Stehübungsgerät, Stoma-versorgungsartikel, Strickleiter (zum Aufrichten und Übersetzen Gelähmter), Stützapparate, Stumpfschutzhülle, Stumpfstrümpfe (und Narbenschützer), Suspensorium, Symphysengürtel,
19. Talocrur (Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar), Therapedreirad (Abschnitt II Nummer 14 ist zu beachten), Therapiestuhl, Tinnitusgerät, Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten, Tracheostomaversorgungsartikel (auch Wasserschutzgerät – Larchel –), Tragegurtsitz,
20. Übertragungsanlagen, wenn nach differenzierter fachärztlicher pädaudiologischer Diagnostik bei Bestehen einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung auch eine Einschränkung des Sprachverständnisses im Störschall besteht, Übungsschiene, Ultraschallvernebler, Urinale, Urostomiebeutel,
21. Verbandschuhe (Einzelschuhversorgung), Vibrationstrainer bei Taubheit,
22. Wasser- und Luftkissen, wasserfeste Gehhilfe, Wechseldruckgerät,
23. Zyklomat-Hormon-Pumpe.

## Abschnitt II

Für die nachfolgenden Hilfsmittel gelten zusätzlich folgende Regelungen:

1. Allergiebettwäsche (Komplettset Encasings)

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

Aufwendungen für eine Ersatzbeschaffung sind nach einer Mindestnutzungsdauer von

- a) zwei Jahren, bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr,
  - b) vier Jahren, bei Kindern bis zum vollendeten 16. Lebensjahr und
  - c) sechs Jahren bei Personen ab dem 17. Lebensjahr  
beihilfefähig.
2. Autokindersitz für Kinder mit Behinderung
- Die Aufwendungen für einen behindertengerechten Autokindersitz sind einschließlich Zubehör abzüglich eines Eigenanteils von 150 Euro beihilfefähig.
3. Blindenführhund
- a) Die Anschaffungs- und Ausbildungskosten eines Blindenführhundes sowie die geführten Trainingsstunden zum Umgang mit dem Hund (Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe bb gilt entsprechend) sind beihilfefähig,
  - b) die Unterhaltskosten (unter anderem: Tierarzt, Futter, Kranken- und Haftpflichtversicherungen) sind ohne Nachweis bis zu 140 Euro im Monat beihilfefähig. Werden höhere Kosten geltend gemacht, ist die Vorlage von Belegen erforderlich.
4. Blindenhilfsmittel
- a) Computerspezialausstattung  
Spezialhardware und Spezialsoftware sind bis zu einem Betrag von 3.500 Euro beihilfefähig. Eine gegebenenfalls notwendige Braillezeile (40 Module) ist zusätzlich bis zu 5.400 Euro einschließlich aller Zusatzgeräte beihilfefähig,
  - b) Blindenlangstöcke und Unterweisung in den Gebrauch von Blindenhilfsmitteln und für Training in Orientierung und Mobilität
    - aa) Aufwendungen für die Anschaffung zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte sind beihilfefähig,
    - bb) Aufwendungen für die Unterweisung in den Gebrauch des Langstocks sowie Training in Orientierung und Mobilität sind bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:
      - aaa) Einzeltraining ambulant oder stationär in einer Spezialeinrichtung bis zu 100 Stunden, Mindestdauer 60 Minuten (einschließlich der Vor- und Nachbereitung), je Stunde 66,75 Euro,
      - bbb) Fahrzeitentschädigung für Fahrten der Trainerin oder des Trainers, je angefangene fünf Minuten 4,42 Euro,
      - ccc) Fahrkosten der Trainerin oder des Trainers (0,30 Euro je gefahrenen Kilometer bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges; im Übrigen die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels),

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

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

- cc) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (zum Beispiel bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes oder bei Wechsel des Wohnortes) sind entsprechend Doppelbuchstabe bb beihilfefähig,
- dd) Aufwendungen für ein ergänzendes Training an Blindenleitgeräten sind bis zu 30 Stunden entsprechend Doppelbuchstabe bb beihilfefähig. Aufwendungen für weitere Stunden sind beihilfefähig, wenn die Trainerin oder der Trainer oder eine Ärztin oder ein Arzt die Notwendigkeit begründet,
- ee) Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Rechnung einer Blindenorganisation oder der Trainerin oder des Trainers, die oder der zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist, nachzuweisen. Wenn Umsatzsteuerpflicht besteht, erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

#### 5. Blutdruckmessgerät

Als beihilfefähiger Höchstbetrag wird ein Betrag von 50 Euro festgesetzt.

#### 6. Blutzuckermessgerät

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

#### 7. Blutzuckerteststreifen (Glucose-Teststreifen)

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

## 8. Hörhilfen

Beihilfefähig sind Hinter-dem-Ohr-Geräte (HdO-Geräte), In-dem-Ohr-Geräte (IdO-Geräte), Taschengерäte, Hörbrillen, Schallsignale überleitende Geräte (C.R.O.S.-Geräte, Contralateral Routing of Signals) und drahtlose Hörhilfen bis zu einem Betrag von 1.500 Euro pro Ohr. Mit diesem Betrag sind sämtliche Nebenkosten einschließlich der Aufwendungen für eine Otoplastik sowie die medizinisch notwendige Fernbedienung abgegolten. Die Mindesttragedauer beträgt fünf Jahre. Die erneute Verordnung von Hörgeräten vor Ablauf von fünf Jahren bedarf der besonderen Begründung und gegebenenfalls der Überprüfung durch eine Amtsärztin oder einen Amtsarzt. Medizinische Gründe können zum Beispiel fortschreitende Hörverschlechterungen oder Ohrsekretionen sein. Technische Gründe ergeben sich aus dem Gerätezustandsbericht des Hörgeräteakustikers.

Cochlea-Implantate sind keine Hilfsmittel, sondern sind beihilferechtlich als Körperersatzstücke zu behandeln. Der Selbstbehalt nach § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 3 der Beihilfenverordnung NRW gilt hierfür nicht.

## 9. Körperersatzstücke einschließlich Zubehör

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Körperersatzstücke einschließlich Zubehör, abzüglich eines Eigenanteils von 30 Euro für Brustprothesenhalter und 60 Euro für Badeanzüge, Bodys oder Korseletts für Brustprothesenträgerinnen.

## 10. Neurodermitis-Overalls

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

## 11. Schuhe

- a) Aufwendungen für orthopädische Maßschuhe (auch Orthesenschuhe) sind um den Betrag für eine normale Fußbekleidung zu kürzen (häusliche Ersparnis). Als Kürzungsbetrag sind bei Erwachsenen 70 Euro (für Hausschuhe 30 Euro) und bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr 40 Euro (für Hausschuhe 20 Euro) anzusetzen,
- b) Aufwendungen für orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen sind höchstens für zwei Paar Schuhe und ein Paar Hausschuhe pro Jahr beihilfefähig,
- c) Aufwendungen für Spezialschuhe für Diabetiker, abzüglich eines Eigenanteils von 70 Euro,
- d) Stabilisationsschuhe bei Sprunggelenkschäden, Achillessehenschäden oder Lähmungszuständen (eine gleichzeitige Versorgung mit Orthesen oder Orthesenschuhen ist ausgeschlossen).

## 12. Perücke

Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Perücke sind bis zu einem Höchstbetrag von 1.200 Euro (800 Euro bis zum vollendeten 14. Lebensjahr) beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (zum Beispiel Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (zum Beispiel infolge einer Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall (zum Beispiel in Folge einer Chemotherapie) vorliegt. Aufwendungen für eine Zweitperücke sind beihilfefähig, wenn die Tragedauer laut ärztlichem Attest den Zeitraum von zwölf Monaten überschreiten wird. Eine Ersatzbeschaffung ist frühestens nach 24 Monaten möglich; dies gilt nicht, wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraums die Kopfform geändert hat.

## 13. Sehhilfen (Brille, Kontaktlinsen)

- a) Aufwendungen für die Erstbeschaffung einer ärztlich verordneten Brille oder von Kontaktlinsen, Entspiegelung und Härtung sind in angemessenem Umfang beihilfefähig. Aufwendungen für höherbrechende Gläser und eine Superentspiegelung sind ab sechs Dioptrien beihilfefähig. Für Kunststoffgläser bestehen keine beihilferechtlichen Einschränkungen,
- b) als angemessene Kosten einer Erst- oder Ersatzbeschaffung von Kontaktlinsen (Jahres-, Monats-, Tages- oder Einmallinsen) gelten die Aufwendungen für Dauerlinsen in einem Zeitraum von 24 Monaten (170 Euro je Auge). Dies gilt nicht, wenn
  - aa) Wegwerf- oder Einmallinsen nach ärztlicher Begründung als Verbandlinse oder Medikamententräger benötigt werden,
  - bb) auf Grund von Brechungsfehlern, die progressiv verlaufen, die Linsen mehrfach im Jahr durch stärkere Linsen ersetzt werden müssen oder
  - cc) ein häufiger Austausch der Linsen aus anderen medizinischen Gründen zwingend indiziert ist,
- c) sind Kontaktlinsen verordnet oder gewählt worden, sind daneben die Aufwendungen für eine Brille nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen des zeitweisen Unterbrechens der Tragedauer von Kontaktlinsen (in Fällen ab acht Dioptrien, des irregulären Astigmatismus, der Anisometropie ab zwei Dioptrien) beihilfefähig,
- d) bei einer Ersatzbeschaffung besteht ein Wahlrecht für die Verwendung einer Brille oder von Kontaktlinsen. Der Wechsel von einer Brille zu Kontaktlinsen oder von Kontaktlinsen zu einer Brille ist aus schwerwiegenden medizinischen Gründen (augenärztliche Begründung erforderlich) jederzeit beihilferechtlich möglich,
- e) Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Sehhilfen (zwei Brillengläser oder Kontaktlinsen) sind bei Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben,

bei einer Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien (sphärischer Wert) beihilfefähig. Bei gleichbleibender Sehschärfe sind die Aufwendungen einer Ersatzbeschaffung von Kontaktlinsen nach zwei Jahren bis zu 170 Euro je Kontaktlinse und nach drei Jahren von 220 Euro je Brillenglas (bis 5,75 Dioptrien) oder 250 Euro je Glas (ab sechs Dioptrien) beihilfefähig,

- f) für die Ersatzbeschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen mit Ausnahme einer Prismenbrille reicht anstelle der ärztlichen Verordnung die Refraktionsbestimmung durch eine Augenoptikerin oder einen Augenoptiker aus. Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13 Euro je Sehhilfe beihilfefähig,
  - g) Aufwendungen für ein Brillengestell (auch die Reparaturkosten des Gestells) sind bis zu 70 Euro sowie die Einschleifkosten der Brillengläser in das Gestell bis zu einem Betrag von 25 Euro je Glas beihilfefähig,
  - h) Aufwendungen für Sonnenbrillen sind nur bei zwingender medizinischer Indikation beihilfefähig. Mehraufwendungen für phototrope Gläser (zum Beispiel Colormaticgläser, Umbramaticgläser) sind nur bei Albinismus, Pupillotonie und totaler Aniridie (Fehlen der Regenbogenhaut) beihilfefähig,
  - i) soweit Schüler (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) während des Sportunterrichts ärztlich begründet Sportbrillen tragen müssen, sind die Aufwendungen beihilfefähig,
  - j) Aufwendungen für eine Bildschirmbrille, ein Brillenetui sowie eine Brillenversicherung sind nicht beihilfefähig.
14. Therapedreirad, Therapietandem, Handy-Bike und Roll-Fiets

Beihilfefähig ist der Grundpreis der jeweils einfachsten Ausführung des Hilfsmittels. Von diesem Grundpreis ist als Selbstbehalt für die häusliche Ersparnis der Anschaffung eines Hilfsmittels ohne Elektrounterstützung 700 Euro (für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres 300 Euro) in Abzug zu bringen. Für ein Hilfsmittel mit Elektrounterstützung (medizinische Notwendigkeit muss hinreichend begründet sein) ist ein einheitlicher Selbstbehalt in Höhe von 2.000 Euro in Abzug zu bringen. Auf Grund der jeweiligen Körperbehinderung notwendige Zusatzkosten für Sonderausstattungen sind dem Grundpreis hinzurechnen.

### Abschnitt III

Nicht beihilfefähig sind unter anderem folgende Gegenstände:

- 1. Adju-Set/-Sano, Auffahrampen (gegebenenfalls beihilfefähig im Rahmen des § 5e Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW), Angorawäsche, Anti-Allergene-Matratze, Aqua-Therapie-Hose, Augenheizkissen, Autofahrerrückenstütze, Autokindersitz für nicht behinderte Kinder, Autokofferraumlifter, Autolifter,

2. Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte, Basaltthermometer, Bandscheibenmatratzen, Bauchgurt, Bestrahlungsgeräte/-lampen zur Selbstbehandlung, Bidet, Bill-Wanne, Brückentisch,
3. (frei)
4. Dusche,
5. Einkaufsnetz, Einmalhandschuhe, es sei denn, sie sind bei regelmäßiger Katheterisierung, zur endotrachealen Absaugung, im Zusammenhang mit sterilem Ansaugkatheter oder bei Querschnittgelähmten zur Darmentleerung erforderlich, Eisbeutel und -kompressen, elektrische Zahnbürste, Elektro-Luftfilter, Electronic Muscle Control (EMC 1000), Erektionshilfen, Ergometer, Ess- und Trinkhilfen, Expander,
6. Fieberthermometer, Fußgymnastikrolle, Fußwippe (zum Beispiel Venentrainer),
7. Garage für Krankenfahrzeuge, Gesundheitsschuhe,
8. Handtrainer, Hängeliege, Hantel (Federhantel), Hausnotrufsystem (gegebenenfalls beihilfefähig im Rahmen des § 5e Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW), Hautschutzmittel, Heizdecke/-kissen, Hilfsgeräte für die Hausarbeit, Höhensonne, Hörkissen, Hörkragen Akusta-Coletta,
9. Intraschallgerät (Schallwellengerät), Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma), Ionisierungsgeräte (zum Beispiel Ionisator, Pollimed 100), Ionopront (PermoX-Sauerstoff-erzeuger),
10. (frei)
11. Katzenfell, Knickfußstrumpf, Knoche Natur-Bruch-Slip, Kraftfahrzeuge einschließlich behindertengerechter Um- und Einbauten, Kreislaufgerät, Krankenunterlagen, es sei denn
  - a) sie sind in direktem Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit erforderlich (Blasen- oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitiden),
  - b) neben der Blasen- oder Darminkontinenz liegen so schwere Funktionsstörungen vor (zum Beispiel Halbseitenlähmung mit Sprachverlust), dass sonst der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitiden droht,
  - c) die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit wieder ermöglicht,
12. Language-Master, Luftreinigungsgeräte,
13. Magnetfolie, Monophonator, Munddusche,
14. Nackenheizkissen,
15. Öldispersionsapparat,
16. Pulsfrequenzmesser,
17. (frei)

18. Rotlichtlampe, Rückentrainer,
19. Salbenpinsel, Schlaftherapiegerät, Schuhe (soweit nicht in Abschnitt II Nummer 11 aufgeführt), Spezialsitze, Spirometer, Spranzbruchband, Sprossenwand, Sterilisator, Stimmübungssystem für Kehlkopflose, Stockroller, Stockständer, Stufenbett, SUNTRONIC-System (AS 43),
20. Taktellgerät, Tamponapplikator, Telefonverstärker, Telefonhalter, therapeutische Wärme-/Kältesegmente, Treppenlifte (gegebenenfalls beihilfefähig im Rahmen des § 5e Satz 1 der Beihilfenverordnung NRW),
21. Übungsmatte, Ultraschallgeräte, Urinprüfgerät,
22. Venenkissen,
23. Waage, WC-Sitz.

**Anlage 4****Beihilferechtliches Gebührenverzeichnis NRW  
für Heilpraktikerleistungen****1. Allgemeine Hinweise**

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker üben ihren Beruf eigenverantwortlich aus. Das Berufsbild zählt zu den freien Berufen im Sinne des § 18 des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I S. 3366, 3862), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 26. November 2019 (BGBl. I S. 1794) geändert worden ist.

Die Tätigkeit der Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Dienstvertrag (§§ 611 bis 630 des Bürgerlichen Gesetzbuches, in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 – BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738 –, das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 31. Januar 2019 – BGBl. I S. 54 – geändert worden ist) mit Patientinnen und Patienten. Der Vertrag ist laut § 145 des Bürgerlichen Gesetzbuches nicht an eine bestimmte Form gebunden und kann auch ohne ausdrückliche Vereinbarung durch schlüssige Handlungen zustande kommen.

Im Rahmen eines einheitlichen Behandlungszieles wenden Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker die notwendigen Verfahren an, die zu einer diagnostischen Abklärung und einer entsprechenden therapeutischen Beeinflussung des jeweiligen Krankheitsgeschehens notwendig sind.

§ 4j Absatz 3 der Beihilfenverordnung NRW gilt entsprechend.

Nach § 611 des Bürgerlichen Gesetzbuches ist die Höhe der Vergütung der freien Vereinbarung zwischen den Parteien überlassen. Auch wenn beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen wurde, gilt sie doch nach § 612 des Bürgerlichen Gesetzbuches als vereinbart.

Ist in Ermangelung einer Taxe die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen (§ 612 Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches).

Die Höhe der üblichen Vergütung resultiert aus der Bestimmung der Leistung nach billigem Ermessen (§ 315 des Bürgerlichen Gesetzbuches).

Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für die Heilpraktikerin oder den Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflichten.

**2. Rechnungshinweise**

Eine Rechnungserstellung hat korrekt im Sinne der Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag zu erfolgen. Die Rechnung muss in ihrer Form sowohl für den Zahlungspflichtigen, als auch für die Beihilfestellen übersichtlich und nachvollziehbar sein. Hierbei sind insbesondere anzugeben:

- a) Vor- und Zuname und die vollständige Adresse des Patienten,
- b) die vollständige Diagnose (hierbei sind für alle im entsprechenden zeitlichen Zusammenhang durch den Heilpraktiker festgestellten und/oder behandelten Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen die entsprechenden Diagnosen in nachvollziehbarer Form anzugeben, so dass sich ein erkennbarer Zusammenhang zu allen Behandlungsmaßnahmen sowie den verordneten oder verwendeten Arzneimitteln ergibt,
- c) jede Einzelleistung mit der entsprechenden Ziffer des nachfolgenden Verzeichnisses,
- d) jeder Einzelbetrag der entsprechenden Leistung,
- e) jeder Leistungskomplex mit dem entsprechenden Datum.

Nicht gesondert berechnungsfähig sind:

- a) Porto- und Versandkosten innerhalb einer Laborgemeinschaft, Kleinmaterialien wie Zellstoff- und Mulltupfer, Schnellverbandmittel, Verbandspray, Einmalspatel und -stäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge, kleine Mull- und Zellstoffkompressen (werden wegen der Besonderheit des Falles größere Mengen Mull oder Zellstoff benötigt, können diese mit dem Selbstkostenpreis zur Berechnung kommen),
- b) Mittel zur Oberflächenanästhesie, Desinfektions- und Reinigungsmittel, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Puder und Salben sowie geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung,
- c) Einmalartikel, wie Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalkatheter, Einmaldarmrohre.

### 3. Beihilferechtliche Hinweise

- a) Beihilfefähig sind ausschließlich die in dem nachfolgenden Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen mit den hierzu benannten Höchstbeträgen. Diese wurden seitens des Bundesministeriums des Innern mit dem Dachverband Deutscher Heilpraktikerverbände e. V. (DDH), Maarweg 10, 53123 Bonn, dem Fachverband Deutscher Heilpraktiker e. V. (FDH), Maarweg 10, 53123 Bonn, dem Freien Verband Deutscher Heilpraktiker e. V. (FVDH), Weseler Straße 19–21, 48151 Münster, der Union Deutscher Heilpraktiker e. V. (UDH), Waldstraße 21, 61137 Schöneck, dem Verband Deutscher Heilpraktiker e. V. (VDH), Ernst-Grote-Straße 13, 30916 Isernhagen und dem Bund Deutscher Heilpraktiker e. V. (BDH), Südstraße 11, 48231 Warendorf am 23. September 2011 für den Bundesbeihilfebereich vereinbart. Weitere Leistungen (Ausnahme Buchstabe b) und höhere Honorarvergütungssätze sind nicht beihilfefähig.
- b) Leistungen, die nicht im dem Gebührenverzeichnis aufgeführt sind, können ausnahmsweise entsprechend einer ähnlichen Leistung des Verzeichnisses berechnet werden. Eine verständliche Beschreibung dieser Leistung ist erforderlich. Es hat eine Kennzeichnung als analoge Leistung mit einem „A“ zur entsprechenden Ziffer zu erfolgen.
- c) §§ 3 und 4 sowie Anlage 2 BVO sind zu beachten.

**Gebührenverzeichnis:**

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag
<b>01–10</b>	<b>Allgemeine Leistungen</b>	
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	12,50 €
2a	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde je Behandlungsfall	80,00 €
2b	Durchführung des vollständigen Krankenexamens mit Repertorisation nach den Regeln der klassischen Homöopathie <i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 2b ist in einer Sitzung nur einmal und innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.</i>	35,00 €
3	Kurze Information, auch mittels Fernsprecher, oder Ausstellung einer Wiederholungsverordnung, als einzige Leistung pro Inanspruchnahme der Heilpraktikerin/des Heilpraktikers	3,00 €
4	Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, gegebenenfalls einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 4 ist nur als alleinige Leistung oder in Zusammenhang mit einer Leistung nach Ziffer 1 oder 17.1 beihilfefähig.</i>	18,50 €
5	Beratung, auch mittels Fernsprecher, gegebenenfalls einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Ziffer 5 ist nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung beihilfefähig.</i>	9,00 €
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	13,00 €
7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	18,00 €

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Ziffern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i>	20,00 €
<b>9</b>	<b>Hausbesuch einschließlich Beratung</b>	
9.1	bei Tag	24,00 €
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	26,00 €
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	29,00 €
<b>10</b>	<b>Nebengebühren für Hausbesuche</b>	
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag – bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	4,00 €
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht – bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	8,00 €
10.5	für jeden zurückgelegten km bei Tag von 2–25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	1,00 €
10.6	für jeden zurückgelegten km bei Nacht von 2–25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort	2,00 €
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden. <i>Anmerkung: Die Wegkilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.</i>	0,20 €

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann die Heilpraktikerin/der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Abrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Die Patientin bzw. der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.	16,00 €
<b>11</b>	<b>Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen</b>	
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief für Patienten	5,00 €
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A4 engzeilig maschinengeschrieben)	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem/den Befunden, zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)
		Schriftliche gutachtliche Äußerung
		15,00 €
		16,00 €
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen	8,00 €
<b>12</b>	<b>Chemisch-physikalische Untersuchungen</b>	
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.</i>	3,00 €
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z. B. Zucker usw.)	4,00 €
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	4,00 €
12.7	Blutstatus (nicht neben Nummer 12.9, 12.10, 12.11)	10,00 €
12.8	Blutzuckerbestimmung	2,00 €
12.9	Hämoglobinbestimmung	3,00 €
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutaussstriches	6,00 €

Ziffer	Leistungsbeschreibung		Höchstbetrag
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z. B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl	3,00 €
		Differenzierung der Leukozyten, elektro-nisch-zytometrisch, zytochemisch-zyto-metrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	1,00 €
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschl. Blutentnahme		3,00 €
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>		6,00 €
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>		7,00 €
<b>13</b>	<b>Sonstige Untersuchungen</b>		
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z. B. pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>		6,00 €
<b>14</b>	<b>Spezielle Untersuchungen</b>		
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden. Leistungen nach Nummer 14.1 und Nummer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>		8,00 €

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.2 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden.</i>	8,00 €
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,00 €
14.4	Grundumsatzbestimmung mithilfe der Atemgasuntersuchung	20,00 €
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (spirometrische Untersuchung)	7,00 €
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00 €
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00 €
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00 €
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung: Nicht neben Ziffer 1 oder Ziffer 4 berechenbar.</i>	8,00 €
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessungen	9,00 €
<b>17</b>	<b>Neurologische Untersuchungen</b>	
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00 €
<b>18–23</b>	<b>Spezielle Behandlungen</b>	
<b>20</b>	<b>Atemtherapie, Massagen</b>	
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00 €
20.2	Nervenpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u. a., Spezialnervenmassage	6,00 €
20.3	Bindegewebsmassage	6,00 €
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00 €
20.5	Großmassage	6,00 €

Ziffer	Leistungsbeschreibung		Höchstbetrag
20.6	Sondermassagen	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00 €
		Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00 €
		Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,00 €
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten		6,00 €
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut		4,00 €

Ziffer	Leistungsbeschreibung		Höchstbetrag
<b>21</b>	<b>Akupunktur</b>		
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose		23,00 €
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte		7,00 €
<b>22</b>	<b>Inhalationen</b>		
22.1	Inhalationen, soweit sie von der Heilpraktikerin/dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden		3,00 €
<b>24–30</b>	<b>Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren</b>		
<b>24</b>	<b>Eigenblut, Eigenharn</b>		
24.1	Eigenblutinjektion		11,00 €
<b>25</b>	<b>Injektionen, Infusionen</b>		
25.1	Injektion, subkutan		5,00 €
25.2	Injektion, intramuskulär		5,00 €
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell		7,00 €
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung		7,00 €
25.5	Injektion, intraartikulär		11,50 €

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	11,50 €
25.7	Infusion	8,00 €
25.8	Dauertropfeninfusion <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit der mit der Infusion eingebrachten Medikamente richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfetragers.</i>	12,50 €
<b>26</b>	<b>Blutentnahmen</b>	
26.1	Blutentnahme	3,00 €
26.2	Aderlass	12,00 €
<b>27</b>	<b>Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren</b>	
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschl. Verband	5,00 €
27.2	Skarifikation der Haut	4,00 €
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00 €
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00 €
27.5	Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel	5,00 €
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00 €
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00 €
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00 €
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00 €
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00 €
27.12	Biersche Stauung	5,00 €
<b>28</b>	<b>Infiltrationen</b>	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00 €
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00 €
<b>29</b>	<b>Roedersches Verfahren</b>	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00 €
<b>30</b>	<b>Sonstiges</b>	
30.1	Spülung des Ohres	5,00 €

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag
<b>31</b>	<b>Wundversorgung, Verbände und Verwandtes</b>	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00 €
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00 €
<b>32</b>	<b>Versorgung einer frischen Wunde</b>	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00 €
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00 €
<b>33</b>	<b>Verbände (außer zur Wundbehandlung)</b>	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00 €
33.2	Elastische Stütz- und Pflasterverbände	7,00 €
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit des für den Verband verbrauchten Materials richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.</i>	10,00 €
<b>34</b>	<b>Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung</b>	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00 €
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Die Leistung nach Ziffer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	17,00 €
<b>35</b>	<b>Osteopathische Behandlung</b>	
35.1	des Unterkiefers	11,00 €
35.2	des Schultergelenkes und der Wirbelsäule	21,00 €
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	21,00 €
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	12,00 €
35.5	des Daumens	10,00 €
35.6	einzelner Finger und Zehen	10,00 €
<b>36</b>	<b>Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen</b> <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00 €
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00 €

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00 €
36.4	Kneippsche Güsse	4,00 €
<b>37</b>	<b>Elektrische Bäder und Heißluftbäder</b> <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
37.1	Teilheißluftbad, z. B. Kopf oder Arm	3,00 €
37.2	Ganzheißluftbad, z. B. Rumpf oder Beine	5,00 €
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00 €
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00 €
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00 €
<b>38</b>	<b>Spezialpackungen</b> <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.</i>	
38.1	Fangopackungen	3,00 €
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00 €
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00 €
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen	3,00 €
<b>39</b>	<b>Elektrophysikalische Heilmethoden</b>	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00 €
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00 €
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00 €
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00 €
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00 €
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00 €
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00 €
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00 €
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	4,00 €

Ziffer	Leistungsbeschreibung	Höchstbetrag
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	4,00 €
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z. B. Jono-Modulator	4,00 €
39.13	Ultraschallbehandlung	4,00 €

**Anlage 5****(zu § 4 Absatz 1 und § 4j Absatz 2 und 3)****Aufwendungen für Heilbehandlungen  
durch nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer****I.**

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen setzt voraus, dass die ärztlich oder zahnärztlich nach der Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte vom 15. Dezember 2016 (BAnz AT 14.03.2017 B2) in der jeweils geltenden Fassung verordnete Heilbehandlung aus einem der folgenden Bereiche von einer oder einem der nachfolgenden Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer erbracht wird und die Heilbehandlung dem jeweiligen Berufsbild der Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringer entspricht:

1. Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
  - a) Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten,
  - b) Masseurinnen und medizinische Bademeisterinnen oder Masseure und medizinische Bademeister,
  - c) Krankengymnastinnen oder Krankengymnasten.
2. Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
  - a) Logopädinnen oder Logopäden,
  - b) Sprachtherapeutinnen oder Sprachtherapeuten,
  - c) staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen oder -lehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,
  - d) Sprachheilpädagoginnen oder Sprachheilpädagogen,
  - e) klinische Linguistinnen oder klinische Linguisten,
  - f) klinische Sprechwissenschaftlerinnen oder klinische Sprechwissenschaftler,
  - g) bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Poltern auch
    - aa) Sprachheilpädagoginnen oder Sprachheilpädagogen,
    - bb) Diplomlehrerinnen oder -lehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
    - cc) Diplomvorschulerzieherinnen oder -erzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
    - dd) Diplomerzieherinnen oder -erzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,

- h) Diplompathologinnen oder Diplompathologen.
- 3. Ergotherapie (Beschäftigungstherapie einschließlich Bereich Kälte- und Wärmebehandlung)
  - a) Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten,
  - b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutinnen oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten.
- 4. Podologie
  - a) Podologinnen oder Podologen,
  - b) medizinische Fußpflegerinnen oder medizinische Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) in der jeweils geltenden Fassung.
- 5. Ernährungstherapie
  - a) Diätassistentinnen oder Diätassistenten,
  - b) Oecotrophologinnen oder Oecotrophologen,
  - c) Ernährungswissenschaftlerinnen oder Ernährungswissenschaftler.

## II.

Beihilferechtlich angemessen sind nur die nachfolgenden Höchstbeträge:

### Abschnitt 1 Leistungsverzeichnis Heilbehandlungen

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
<b>Bereich Inhalation</b>		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	11,20 €
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80 €
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50 €

Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.

- |                    |         |
|--------------------|---------|
| 2 Radon-Inhalation |         |
| a) im Stollen      | 14,90 € |
| b) mittels Hauben  | 18,20 € |

### **Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen**

- |  |         |
|--|---------|
| 3 Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans (einmal je Behandlungs- oder Fortsetzungsfall, keine gesonderte Verordnung erforderlich)  | 16,50 € |
| 4 Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person   | 61,10 € |
| 5 Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten  | 26,80 € |
| 6 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten | 42,50 € |
| 7 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder, längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten                          | 53,10 € |
| 8 Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer  | 12,00 € |
| 9 Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer   | 15,00 € |
| 10 Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten   | 80,30 € |
| 11 Krankengymnastik im Bewegungsbad  |         |
| a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten  | 31,20 € |

b)	in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	21,80 €
c)	in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60 €
12	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	32,20 €
13	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00 €
14	Bewegungsübungen	
a)	als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	12,40 €
b)	in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	7,70 €
15	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
a)	als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20 €
b)	in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	21,80 €
c)	in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60 €
16	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Abschnitt 2 ist zu beachten)	108,10 €
17	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr (Abschnitt 3 ist zu beachten)	50,40 €
18	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensivonstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch), als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80 €

**Bereich Massagen**

- |    |   |         |
|----|---|---------|
| 19 | Massage einzelner oder mehrerer Körperteile   |         |
|    | a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Perioist-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten  | 19,60 € |
|    | b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten  | 23,50 € |
| 20 | Manuelle Lymphdrainage (MLD)  |         |
|    | a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten  | 32,50 € |
|    | b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten  | 48,70 € |
|    | c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten  | 65,00 € |
|    | d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig | 20,70 € |
| 21 | Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten   | 30,50 € |

**Bereich Palliativversorgung**

- |    |  |         |
|----|--|---------|
| 22 | Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, Richtwert: 60 Minuten (Abschnitt 4 ist zu beachten) | 66,00 € |
|----|--|---------|

**Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder**

- |    |  |         |
|----|--|---------|
| 23 | Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe   | 13,60 € |
| 24 | Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe   |         |
|    | a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)   | 15,60 € |
|    | b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid |         |
|    | aa) Teilpackung  | 36,20 € |
|    | bb) Großpackung  | 47,80 € |

25	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70 €
26	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20 €
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30 €
27	Heublumensack, Peloidkomresse	12,10 €
28	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10 €
29	Trockenpackung	4,10 €
30	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10 €
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10 €
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40 €
31	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20 €
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40 €
32	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10 €
	b) Vollbad	17,60 €
33	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10 €
34	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30 €
	b) Vollbad	52,70 €
35	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90 €
	b) Vollbad	43,30 €
36	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30 €
37	Medizinisches Bad mit Zusatz	

a) Hand- oder Fußbad	8,80 €
b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60 €
c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40 €
d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10 €
38 Gashaltiges Bad	
a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70 €
b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70 €
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	27,70 €
d) Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40 €
e) Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat	4,10 €
39 Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgelassenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.	

#### **Bereich Kälte- und Wärmebehandlung**

40 Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen	12,90 €
41 Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten	7,50 €
42 Ultraschall-Wärmetherapie	13,30 €

**Bereich Elektrotherapie**

43	Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen	8,20 €
44	Elektrostimulation bei Lähmungen	16,90 €
45	Iontophorese	8,20 €
46	Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad)	14,90 €
47	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,00 €

**Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie**

48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall, bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig.	111,20 €
49	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig.	55,60 €
50	Bericht an die verordnende Person	6,20 €
51	Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person	111,20 €
52	Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen	
	a) Richtwert: 30 Minuten	49,40 €
	b) Richtwert: 45 Minuten	68,00 €
	c) Richtwert: 60 Minuten	86,50 €
	Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	
53	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	

a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten	61,20 €
b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten	34,60 €
c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten	111,20 €
d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten	56,10 €

Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.

### **Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)**

54 Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	41,80 €
55 Einzelbehandlung	
a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten	45,20 €
b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten	60,90 €
c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	76,20 €
d) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall	
aa) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	135,60 €
bb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten	182,60 €
cc) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten	152,40 €
56 Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)	
a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	35,90 €
b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	48,70 €

c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	60,30 €
57 Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen)	
a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	16,50 €
b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	21,40 €
c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	39,30 €
58 Hirnleistungstraining als neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	50,10 €
59 Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal je Behandlungsfall	152,40 €
60 Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen), Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	39,40 €
61 Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	21,40 €

### **Bereich Podologie**

62 Podologische Befundung, je Behandlung	3,00 €
63 Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	30,70 €
64 Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	44,00 €
65 Erstbefundung	48,80 €
66 Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	86,60 €
67 Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	47,40 €
68 Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	43,40 €

69	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	86,90 €
70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	47,70 €
71	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	15,20 €
72	Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	22,80 €

Aufwendungen nach den Nummern 62 bis 64 sind nur beihilfefähig, wenn sie zur Behandlung krankhafter Schädigungen am Fuß infolge Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom), einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie oder eines neuropathischen Schädigungsbildes als Folge eines Querschnittsyndroms dienen.

### **Bereich Ernährungstherapie**

73	Ernährungstherapeutische Anamnese, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	68,00 €
74	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten, Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – beihilfefähig	55,50 €
75	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei, Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – beihilfefähig	55,50 €
76	Ernährungstherapeutische Anamnese, Richtwert: 30 Minuten, einmal je Behandlungsfall	34,00 €
77	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	34,00 €
78	Einzelbehandlung im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	68,00 €
79	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	23,80 €

**Bereich Sonstiges**

80	Übermittlungsgebühr für Mitteilung/Bericht an die verordnende Person	1,30 €
81	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10 €
82	Ärztlich verordneter Hausbesuch einschließlich der Fahrtkosten, pauschal	22,40 €
83	Besuch einer Patientin oder eines Patienten oder mehrerer Patientinnen oder Patienten in einer sozialen Einrichtung/Gemeinschaft, einschließlich der Fahrtkosten, je Patientin oder Patient pauschal	14,70 €
84	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
85	Bei Besuchen mehrerer Patientinnen oder Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 81, 82 und 84 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig	

Richtwert im Sinne des Abschnitts 1 ist die Zeitangabe zur regelmäßigen Dauer der jeweiligen Therapiemaßnahme (Regelbehandlungszeit). Er beinhaltet die Durchführung der Therapiemaßnahme einschließlich der Vor- und Nachbereitung. Die Regelbehandlungszeit darf nur aus medizinischen Gründen unterschritten werden.

**Abschnitt 2****Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)**

1. Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie, im Folgenden EAP, nach Abschnitt 1 Nummer 16 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Therapie in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist, durchgeführt wird. Weitere Voraussetzung ist, dass die EAP von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten, von Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie, Neurologie, Chirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ und nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen verordnet wird:
  - a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
    - aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),

- bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
  - cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
  - dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
  - ee) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose von mehr als 50 Grad nach Cobb,
- b) Operation am Skelettsystem
    - aa) posttraumatische Osteosynthesen,
    - bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
  - c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit
    - aa) Schulterprothesen,
    - bb) Knieendoprothesen,
    - cc) Hüftendoprothesen,
  - d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
    - aa) Kniebandrupturen (mit Ausnahme des isolierten Innenbands),
    - bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
      - aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
      - bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
      - ccc) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),
      - ddd) Impingement-Syndrom,
      - eee) Schultergelenkluxation,
      - fff) tendinosis calcarea,
      - ggg) periathritis humero-scapularis,
    - cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,
    - dd) Behandlung von Knorpelschäden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips (sogenannte minced cartilage),
  - e) Amputationen.
2. Eine Verlängerung der EAP erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei der Einrichtung beschäftigten Ärz-

- tinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
3. Die EAP umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
    - a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
    - b) Physikalische Therapie,
    - c) Medizinisches Aufbautraining (MAT).
  4. Werden Lymphdrainagen, Massagen, Bindegewebsmassagen, Isokinetik oder Unterwassermassagen zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 16 abgegolten.
  5. Die Behandelten müssen die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

### **Abschnitt 3**

#### **Medizinisches Aufbautraining und Medizinische Trainingstherapie (MAT/MTT)**

1. Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining und eine Medizinische Trainingstherapie (MAT/MTT) nach Abschnitt 1 Nummer 17 mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn
  - a) das Training von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie, Ärztinnen und Ärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ verordnet wird,
  - b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von Ärztinnen oder Ärzten der Therapieeinrichtung vorgenommen werden und
  - c) jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird, die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.
2. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.
3. Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von Ärztinnen oder Ärzten erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210) in der jeweils geltenden Fassung beihilfefähig:

- a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich bio-mechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte ist nach Abschluss der Behandlungsserie beihilfefähig.
  - b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte, zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings analog Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte und begleitender krankengymnastischer Übungen nach Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Nummern 506, analog 558 sowie analog 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind pro Sitzung jeweils nur einmal beihilfefähig.
4. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern nach § 4j Absatz 2 in Verbindung mit Nummer 1 erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Abschnitt 1 Nummer 17.
  5. Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen nach Nummer 1 entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

#### **Abschnitt 4**

##### **Palliativversorgung**

1. Aufwendungen für Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 22 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 2 umfasst sind.
2. Aufwendungen für Palliativversorgung werden als beihilfefähig anerkannt bei
  - a) passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,
  - b) aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,
  - c) atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,
  - d) spastischen Lähmungen (cerebral oder spinal bedingt),
  - e) schlaffen Lähmungen,
  - f) abnormen Bewegungen/Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,
  - g) Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,

- h) funktionellen Störungen von Organsystemen (zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen, Lungen-/Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur),
  - i) unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.
3. Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 22 umfassen folgende Leistungen:
- a) Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan,
  - b) Wahrnehmungsschulung,
  - c) Behandlung von Organfehlfunktionen (zum Beispiel Atemtherapie),
  - d) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübungen),
  - e) angepasstes, gerätegestütztes Training,
  - f) Anwendung entstauender Techniken,
  - g) Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung,
  - h) ergänzende Beratung,
  - i) Begleitung in der letzten Lebensphase,
  - j) Anleitung oder Beratung der Bezugsperson,
  - k) Hilfsmittelversorgung,
  - l) interdisziplinäre Absprachen.

**Anlage 6****Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene oder teilweise ausgeschlossene  
Untersuchungs- und Behandlungsmethoden****Abschnitt I**

Die Aufwendungen für nachfolgende Methoden sind nicht beihilfefähig:

**A**

1. ACP-Therapie,
2. Aktiv-spezifische Immuntherapie – ASI – mit autologer Tumorzellvakzine (auch Impfung mit dendritischen Zellen),
3. Akupunktmassage,
4. Akupressur,
5. Allergostop-Therapie (vgl. auch Ziffer 94),
6. Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (z. B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne),
7. Atemtherapie nach Middendorf,
8. Atlasterapie nach Arlen und modifizierte Verfahren,
9. Autohomologe Immuntherapien – AHIT – (z. B. ACTI-Cell-Therapie, nach Dr. Kief),
10. Autologe-Target-Cytokine – ATC – nach Dr. Klehr (auch tumorspezifische Immuntherapie [TSIT], [ATC-TSIT]),
11. Ayurvedische Behandlungen, z. B. nach Maharishi,

**B**

12. Behandlung mit ionisiertem Sauerstoff,
13. Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr,
14. Behandlung mit niederenergetischem Laser (Soft- und Mid-Power-Laser),
15. Behandlung mit Peptidvakzine (außer im Rahmen von klinischen Studien und der Stiko-Empfehlung),
16. Behandlung mit Symbionten- und Lactobazillenkulturen,
17. Biochemische Phototherapie,
18. Bioelektrische Stimulationstherapie,
19. Bioelektronische Funktionsdiagnostik – BFD –,
20. Biologische Krebstherapie nach Dr. Maar,

21. Biomagnetische Induktionstherapie,
22. Biomechanische Stimulation – BMS –,
23. Biomentale Therapie nach Dr. Greuel,
24. Biomolekulare vitOrgan-Therapie,
25. Biophotonen-Therapie,
26. Bioresonanzdiagnostik, Bioresonanztherapie und -test, Mora-Therapie und vergleichbare Verfahren,
27. Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen,
28. Bogomoletz-Serum,
29. Brechkraftverändernde Operation der Hornhaut des Auges (Keratomileusis) nach Barraquer,
30. Bruchheilung ohne Operation (biologische Injektionsbehandlung von Leisten-, Nabel- und anderen Brüchen),

**C**

31. Cervicale Selektive Rezeptoren-Blockade,
32. (unbesetzt),
33. CO<sub>2</sub>-Insufflation (Quellgasbehandlung),
34. Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen,
35. Computergestützte mechanische Distraktionsverfahren (zur nichtoperativen segmentalen Distraction an der Wirbelsäule [zum Beispiel SpineMED-Verfahren, DRX 9000, Accu-SPINA]),
36. Computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung (z. B. Curavis Therapieprogramm),
37. Craniosacrale Osteopathie,
38. Cytotoxologische Lebensmitteltests,

**D**

39. Decoderdermografie,
40. DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung),
41. Doman-Delcato bzw. BIBIC-Therapie,
42. Dormedverfahren,

**E**

43. Eigenblutozonbehandlung (vgl. auch Ziffer 100)
44. Elektro-Akupunktur nach Voll,
45. Elektro-Cancer-Therapie – ECT – oder Galvanotherapie,
46. Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon,
47. Elektro-Neural-Diagnostik,
48. Elektronische Systemdiagnostik,
49. Epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik nach Prof. Racz (vgl. auch Ziffern 86 und 140),
50. Eutonie-Therapie,

**F**

51. Fratzer-Therapie,
52. Frischzellentherapie,
53. Fußreflexzonenmassage,

**G**

54. Galvanotherapie (s. Elektro-Cancer-Therapie – ECT –),
55. Ganzheitsbehandlungen auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage (z. B. Bioresonanztherapie, Decoderdermografie, Elektroakupunktur nach Dr. Voll, Elektronische Systemdiagnostik, Heilmagnetische Behandlung, Medikamententests nach der Bioelektrischen Funktionsdiagnostik – BFD –, Mora-Therapie),
56. Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtschaltung durch negative statische Elektrizität,

**H**

57. Hämatogene Oxidationstherapie – HOT –, Blutwäsche nach Wehrli,
58. Haifa-Therapie,
59. Heidelberger Kapsel (Säurewertmessung im Magen durch Anwendung der Endoradiosonde),
60. Heileurhythmie,
61. Heinz-Spagyrik-Therapie,
62. Hochdosierte, selektive UVA1-Bestrahlung,
63. Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung,
64. Höhlentherapie,
- 64a. Hornhautimplantation refraktiv zur Korrektur der Presbyopie,

**I**

65. Immuno-augmentative Therapie – IAT –,
66. Immunsereen (Serocytotherapie),
67. Insulin Potentiation Therapie – IPT –,
68. Intravasale Insufflation bzw. andere parenterale Infiltration von Sauerstoff und anderen Gasen,
69. IRAP-Therapie,
70. Iso- oder hyperbare Inhalationstherapien mit ionisiertem oder nicht ionisiertem Sauerstoff/Ozon einschließlich der oralen, parenteralen oder perkutanen Aufnahme (z. B. Hämatogene Oxydationstherapie, Sauerstoff-Darmsanierung, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne),
71. Isokinetische Muskelrehabilitation,

**K**

72. (unbesetzt),
73. Kariesentfernung nach Prof. Fusayama,
74. Kinesiologische Behandlung,
75. Kirlian-Fotografie,
76. Kombinierte Serumtherapie (z. B. Wiedemann-Kur),
77. Konduktive Förderung nach Petö, sofern nicht schon als heilpädagogische Behandlung ausgeschlossen,
78. (unbesetzt),
79. Krebs-Mehrschritt-Therapie nach Prof. von Ardenne,

**L**

80. Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie,
81. Laserinduzierte interstitielle Thermotherapie – LITT –,
82. Leukozytenapherese,
83. Low-Level-Laser-Therapie (bei Tinnitus, Schwerhörigkeit und Hörsturz),
84. Lymphozytäre Autovaccine-Therapie bei HIV-Patienten,

**M**

85. Manual-Therapie nach Dr. Kozijavkin,
86. MBS-Therapie (Kernspin-Resonanz-Therapie),
87. Medikamententestung nach Dr. Voll,
88. Minimalinvasive Wirbelsäulen-Kathetertechnik nach Racz,

89. Modifizierte Eigenblutbehandlung (z. B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin), Orthokin-Therapie und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen dem Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z. B. Clustermedizin, Gegensensibilisierung nach Theurer),

90. Mora-Therapie,

91. Musik- und Tanztherapie,

## N

92. Neurostimulation nach Molsberger (NSM),

93. Neurotopische Diagnostik und Therapie nach Desnizza und ähnliche Therapien mit Kochsalzlösunginjektionen,

94. Nicht-invasive Kariesbehandlung mit dem sog. HealOzone-Gerät,

95. Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall,

## O

96. Original Matrix-Regenerations-Therapie nach Dr. Köhler,

97. Orthokin-Therapie,

98. Osmotische Entwässerungstherapie,

99. OTCB Therapieprogramm,

100. Oxidativer Stress-Test,

101. Oxyvenierungstherapie nach Regelsberger (z. B. intravenöse Sauerstoffinsufflation, Sauerstoff-Infusions-Therapie – SIT –, Komplexe intravenöse Sauerstofftherapie – KIS –,

102. Ozontherapie, Sauerstoff-Ozon-Eigenbluttherapie, Oxytherapie, Hyperbare Ozontherapie,

## P

103. Panchakarma-Therapie,

104. Parenterale Autovaccine-Behandlung (bei den Diagnosen „Reizkolon“, „Colon Irritabile“, „rezidivierende katarrhalische Infekte“, „rheumatoide Arthritis“),

105. PCA3 (Prostata CAncer Gene 3)-Test,

106. Peptidbehandlung nach Prof. Gauri,

107. Physikalisch-katalytische Sauerstoffinhalation,

108. Psycotron-Therapie,

109. Pyramidenenergiebestrahlung,

**Q**

110. Qi-Gong (s. auch traditionelle chinesische Therapie),

**R**

111. (unbesetzt),

112. Regeneresen-Therapie,

113. Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen,

114. RiV-Impftherapie bei Aids,

115. Rolfing-Behandlung,

**S**

116. Sauerstoff-Darmsanierung (Colonies),

117. Sauerstoff-Ionisationstherapie,

118. Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne,

119. Schwingfeld-Therapie,

120. Selektive UVA1-Bestrahlung,

121. Serologischer Test zur Immunglobulin-G-4-(IgG4-)Bestimmung gegen Nahrungsmittel,

122. Soma-Behandlungstherapie,

123. Systematische Krebs-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne – sKMT –,

**T**

124. Tai Chi (s. auch traditionelle chinesische Therapie),

125. T-Zell-Vakzinierung nach Dr. Kübler,

126. Tanztherapie,

127. Therapie nach Dr. Kozijavkin,

128. Thermoregulationsdiagnostik,

129. Thermotherapie der Prostata (z. B. transurethrale Mikrowellentherapie der Prostata, TUMT) bei bösartigen Erkrankungen,

130. Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten,

131. Tomatis-Methode,

132. Traditionelle chinesische Therapie (z. B. Qi-Gong, Shiatsu-Therapie, Tai-Na, Tui-Na und Akupressur),

133. Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophie (zum Beispiel SAVIR-Verfahren)

134. Transzendente Meditation,

- 135. Trockenzellentherapie,
- 136. Tui-Na (s. auch traditionelle chinesische Therapie),

**U**

- 137. Ultraviolettbestrahlung des Blutes – UVB –,
- 138. Uterus-Ballon-Therapie,

**V**

- 139. Vaduril-Injektionen gegen Parodontose,
- 140. Vibrationsmassage des Kreuzbeins,
- 141. Visuelle Restitutionstherapie,

**W**

- 142. Wiedemann-Serum-Therapie,
- 143. Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz,

**Y**

- 144. Yoga-Übungen,

**Z**

- 145. Zellmilieu-Therapie.

**Abschnitt II**

Die Aufwendungen für die nachfolgenden Methoden sind nur in dem angegebenen Umfang beihilfefähig:

## 1. Akupunkturbehandlung

Zu den Aufwendungen können Beihilfen gewährt werden, wenn wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethoden ohne Erfolg angewandt worden sind. Ob diese Voraussetzungen gegeben sind, entscheidet die Beihilfestelle (in Zweifelsfällen unter Beteiligung eines Amtsarztes).

Die Aufwendungen für eine Akupunktur zur Behandlung von Schmerzen (Nummern 269 und 269a GOÄ) sind ohne Einschränkungen beihilfefähig.

## 2. Autologe Chondrozytenimplantation bzw. -transplantation

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlungen am Kniegelenk.

## 3. Chelat-Therapie

Aufwendungen für eine Chelat-Therapie sind nur beihilfefähig bei der Behandlung von

- 1. schwerwiegender Schwermetallvergiftung,
- 2. Morbus Wilson (Kupferspeicherkrankheit) oder

3. Siderosen (Eisenspeicherkrankheit).

Alternative Schwermetallausleitungen gehören nicht zur Behandlung einer Schwermetallvergiftung; die Aufwendungen sind nicht beihilfefähig.

4. (unbesetzt)

5. Fokussierte Extrakorporale Stoßwellentherapie (f-ESWT) im orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Bereich

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung

1. verkalkender Sehnenerkrankungen (Tendinosis calcarea),
2. nicht heilender Knochenbrüche (Pseudarthrose),
3. des Fersensporns (Fasciitis plantaris),
4. der therapieresistenten Achillessehnenentzündung (therapierefraktäre Achillobdynamie) sowie
5. therapierefraktäre Epicondylitis humeri radialis.

Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der ESWT ist ausschließlich der analoge Ansatz der Ziffer 1800 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

6. Gendiagnostik

Beihilfefähig sind nur die Aufwendungen für wissenschaftlich anerkannte diagnostische und prädiktive Untersuchungen nach den Bestimmungen des Gendiagnostikgesetzes vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2529, 3672) in der jeweils geltenden Fassung.

Die vorgeburtliche genetische Untersuchung zu medizinischen Zwecken ist auf die Feststellung genetischer Eigenschaften, die die Gesundheit des Fötus oder Embryos vor der Geburt oder nach der Geburt beeinträchtigen können, beschränkt. Aufwendungen für Untersuchungen auf Krankheiten, die gegebenenfalls erst im Erwachsenenalter ausbrechen können (spätmanifestierende Krankheiten), sind nach dem Gendiagnostikgesetz unzulässig; die Aufwendungen sind daher nicht beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für genetische Untersuchungen zur Klärung der Abstammung, im Versicherungsbereich sowie im Arbeitsleben (§§ 17, 18 und 19 des Gendiagnostikgesetzes).

Die Aufwendungen für Genexpressionstests sind ausschließlich beim Mammakarzinom (MammaPrint, OncotypeDX, EndoPredict und Prosigna-Genexpressionstest) beihilfefähig. Die Indikationen richten sich nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 21. März 2013 (BAnz AT 19.07.2013 B1) in der jeweils geltenden Fassung.

7. Hyperbare Sauerstofftherapie (HBO)

Die Aufwendungen einer HBO (auch Überdruckbehandlung genannt) sind beihilfefähig bei Behandlung von

1. Arterieller Gasembolie,
2. Clostridialer Myonekrose,
3. Dekompressionskrankheit,
4. Diabetischem Fußsyndrom ab Wagner-Stadium II,
5. Gasbrand und anderen nekrotisierenden Weichteilinfektionen,
6. Kohlenmonoxidvergiftung,
7. Neuroblastomrezidiv im Stadium IV,
8. Perzeptionsstörungen des Innenohres und damit verbundenen Tinnitusleiden.

Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für Behandlungen bei Brandwunden, Erstmanifestation eines Neuroblastoms Stadium IV, Idiopathischer Femurkopfnekrose, Morbus Perthes, Myokardinfarkt und Schädelhirntrauma.

8. Hyperthermiebehandlung

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Tumorbehandlungen in Kombination mit Chemo- oder Strahlentherapie.

9. Klimakammerbehandlungen

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben und die Beihilfestelle auf Grund eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

10. Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Aerosol-Inhalationskur mit hochwirksamen Medikamenten, zum Beispiel Aludrin, durchgeführt wird.

11. Magnetfeldtherapie

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung

1. von atropen Pseudarthrosen,
2. bei Endoprothesenlockerung,
3. bei idiopathischer Hüftkopfnekrose und
4. verzögerter Knochenbruchheilung,

wenn die Magnetfeldtherapie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.

12. Peeling (mechanisch, chemisch, Enzym, Laser, Mikrodermabrasion)

- Die Aufwendungen sind nur in Zusammenhang mit der Behandlung von Keratosen beihilfefähig.
13. Protonentherapie

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

Die Aufwendungen sind im orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Bereich nur beihilfefähig bei Behandlung der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis oder Fasciitis plantaris. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analogbehandlung der r-ESWT sind Gebühren nach der Nummer 302 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.
  15. Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und induzierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalfachberufe (z. B. Krankengymnasten mit entsprechender Zusatzausbildung) durchgeführt wird. Die Aufwendungen sind nach den Nummern 4 bis 6 der Anlage 5 beihilfefähig.
  16. Visusverbessernde operative Maßnahmen
    - a) Austausch natürlicher Linsen

Bei einer reinen visusverbessernden Operation sind die Aufwendungen nur beihilfefähig, wenn der Austausch der natürlichen Linse die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen. Bei einem Austausch der natürlichen Linse zur Behandlung einer Katarakterkrankung sind neben den Operationskosten die Aufwendungen für die künstliche Linse nur bis zu einem Betrag von 300 Euro je Auge beihilfefähig.
    - b) Chirurgische Hornhautkorrektur durch Laserbehandlung (LASIK und vergleichbare Verfahren)

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur der Sehschwäche durch Brille oder Kontaktlinsen oder in Kombination nicht möglich ist.
    - c) Implantation einer additiven Linse (auch Add-on-Intraokularlinse)

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.
    - d) Implantation einer phaken Intraokularlinse

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn die Implantation die einzige Möglichkeit ist, um eine Verbesserung des Visus zu erreichen.

Vor Durchführung der Behandlungen nach Buchstabe a Satz 1 und den Buchstaben b bis d ist die Zustimmung der Beihilfestelle einzuholen. Diese kann neben der Beteiligung einer Amtsärztin oder eines Amtsarztes eine Augenklinik (zum Beispiel Universitätsaugenklinik), die die Behandlung nicht selbst durchführen wird, um eine gutachterliche Stellungnahme bitten.

### **Anlage 7**

Redaktioneller Hinweis: Die Anlage 7 wird in der kirchlichen Rechtssammlung nicht dargestellt.

## Anlage 8

**Förderwürdige Gesundheits- und Präventionskurse**

1. Je Kalenderjahr wird zu den Aufwendungen für die Teilnahme an bis zu zwei Gesundheits- oder Präventionskursen zu den Bereichen Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum ein Zuschuss von bis zu 75 Euro je Kurs gezahlt. Der in Anspruch genommene Kurs muss von einer gesetzlichen Krankenkasse als förderwürdig anerkannt sein und die Teilnahme an mindestens 80 Prozent der Kurseinheiten des Kurses nachgewiesen werden. Die Voraussetzungen nach Satz 2 sind durch eine Bescheinigung des Kursveranstalters nachzuweisen. Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Kurs beendet wurde. Die Zuschüsse sind auf Zuschüsse nach Nummer 3 anzurechnen.
2. Der Zuschuss wird nicht gezahlt, wenn die oder der Beihilfeberechtigte oder die oder der berücksichtigungsfähige Angehörige als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung dem Grunde nach einen Anspruch auf Leistungen im Sinne des § 20 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder vergleichbare freiwillige Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hat.
3. Für Kursgebühren vergleichbarer Gesundheits- und Präventionskurse nach Nummer 1 Satz 1, die ein Dienstherr im Rahmen seines Betrieblichen Gesundheitsmanagements anbietet, kann Beihilfeberechtigten je Kalenderjahr für zwei Kurse ein Zuschuss von bis zu 75 Euro je Kurs gezahlt werden. Die Zuschüsse sind auf Zuschüsse nach Nummer 1 anzurechnen.

