

Verordnung
über die Gewährung von Beihilfen
in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen
(Beihilfenverordnung – BVO –)

Vom 5. November 2009

Auf Grund des § 77 Absatz 8 des Beamtengesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen (Landesbeamtengesetz - LBG NRW) 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 (§ 23 BeamtVG) 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 II, III oder V oder Übergangsgeld nach Abschnitt VI des Beamtenversorgungsgesetzes erhalten.

(2) Beihilfen werden abweichend von Absatz 1 auch dann gewährt, wenn die Versorgungsbezüge auf Grund der §§ 53 bis 56 BeamtVG voll ruhen oder auf Grund der §§ 22 Absatz 1 Satz 2 oder 61 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz oder Absatz 3 Satz 1 zweiter Halbsatz BeamtVG nicht gezahlt werden und der Versorgungsberechtigte keine Beihilfeberechtigung in anderer Eigenschaft erworben hat. Ein Zuschuss nach § 9 Absatz 1 Satz 2 oder 3 ist auch bei einer Beurlaubung ohne laufende Bezüge zur Ableistung des Wehrdienstes oder des Zivildienstes zu zahlen.

(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 (§ 40 Absatz 6 BBesG) tätig sind, oder

- b. wenn ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt,
2. an Versorgungsempfänger (Absatz 1 Nummer 2 und 3) für die Dauer einer Beschäftigung, die zum Bezug von Beihilfen berechtigt,
 3. sofern Ansprüche nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages (Abgeordnetengesetz-AbgG) vom 21. Februar 1996 (BGBl. I S. 326) in der jeweils geltenden Fassung oder nach entsprechenden Regelungen dem Grunde nach bestehen.

(4) Wird ein Beamter zu einem Dienstherrn abgeordnet, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, zahlt der jeweilige Dienstherr Beihilfen zu den Aufwendungen, die während des Zeitraums der Dienstleistung bei ihm entstehen. Bei Abordnungen von oder zu Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereichs dieser Verordnung ist § 14 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Beamtenstatusgesetzes (BeamStG) vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010) zu beachten.

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

(6) Versorgungsempfänger mit mehreren Ansprüchen auf Versorgungsbezüge erhalten Beihilfen von der Stelle, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge (§ 54 BeamtVG) zuständig ist. Dies gilt nicht, soweit es sich bei dem neuen Versorgungsbezug um eine Hinterbliebenenversorgung handelt; in diesem Fall bleibt die bisherige Beihilfestelle zuständig.

§ 2 Beihilfefälle

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen

1. in Krankheits- und Pflegefällen

a. für den Beihilfeberechtigten selbst,

b. für den nicht selbst beihilfeberechtigten und wirtschaftlich unselbständigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner des Beihilfeberechtigten. Eine wirtschaftliche Unselbständigkeit liegt vor, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte [§ 2 Absätze 3 und 5a des Einkommensteuergesetzes - EStG - vom 19. Oktober 2002 (BGBl. I S. 4210; 2003 I S. 179), zuletzt geändert durch Gesetz vom 7. März 2009 (BGBl. I S. 451)] - des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro nicht übersteigt. Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1. Januar 2004 ist dem Gesamtbetrag der Einkünfte die Differenz zwischen dem steuerlichen Ertragsanteil und dem Bruttorentenbetrag hinzuzurechnen; dies gilt nicht für Renten, die der Besteuerung nach § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe bb EStG unterliegen. Bei Überschreitung dieser Einkommensgrenze sind aus Fürsorgegründen Aufwendungen beihil-

fefähig, wenn der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner trotz einer ausreichenden Krankenversicherung für bestimmte Erkrankungen von Leistungen ausgeschlossen ist oder die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind; beihilfefähig ist der 1.000 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag. Für einen getrennt lebenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner werden Beihilfen nur gewährt, soweit dieser einen Unterhaltsanspruch gegen den Beihilfeberechtigten hat,

c. für die in Absatz 2 bezeichneten Kinder;

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

2. in Geburtsfällen

- a. einer Beihilfeberechtigten,
- b. der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau oder eingetragenen Lebenspartnerin des oder der Beihilfeberechtigten,
- c. der nicht selbst beihilfeberechtigten Mutter eines nicht ehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten,
- d. einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter des Beihilfeberechtigten;

3. im Todesfall

- a. eines Beihilfeberechtigten,
- b. seines nicht selbst beihilfeberechtigt gewesenen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners,
- c. eines im Absatz 2 bezeichneten Kindes; bei Totgeburten, wenn der Beihilfeberechtigte im Falle der Lebendgeburt zu Krankheitsaufwendungen des Kindes Anspruch auf Beihilfen hätte;

4. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs

- a. einer Beihilfeberechtigten,
- b. der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau oder eingetragenen Lebenspartnerin des oder der Beihilfeberechtigten,
- c. einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter des Beihilfeberechtigten;

5. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation

- a. eines Beihilfeberechtigten,
- b. des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners des Beihilfeberechtigten,

c.eines im Absatz 2 bezeichneten Kindes.

(2) Beihilfen zu Aufwendungen nach Absatz 1 werden nur für nicht selbst beihilfeberechtigte, im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigte oder berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten gewährt; dies gilt auch für Kinder im Sinne des § 32 Absatz 4 Nummer 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes, die nur wegen der Höhe ihrer Einkünfte und Bezüge nicht im Familienzuschlag berücksichtigt werden. Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig oder ist bei verheirateten oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kindern neben dem beihilfeberechtigten Elternteil der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner des Kindes beihilfeberechtigt, so wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen des Kindes nur einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten gewährt; die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.

(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 Umfang

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

2.zur Früherkennung von Krankheiten

a.bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres für Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche und geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden,

b.bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten Lebensjahres an für eine Untersuchung im Jahr zur Früherkennung von Krebserkrankungen,

c.bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an für eine Untersuchung im Jahr zur Früherkennung von Krebserkrankungen,

d.bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an für eine Untersuchung in jedem zweiten Jahr, insbesondere zur Früherkennung von Hautkrebs, von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit,

nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V,

3.für prophylaktische Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen (Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 - BGBl. I S. 2316, zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 - BGBl. I S. 3320 -),

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

5.für Schutzimpfungen, soweit sie nach den jeweils gültigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) öffentlich empfohlen werden,

6.in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs,

7.in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation.

(2) Über die Notwendigkeit und den angemessenen Umfang von Aufwendungen entscheidet die Festsetzungsstelle. Sie kann bei Zweifel über die Notwendigkeit und den angemessenen Umfang, soweit die Verwaltungsvorschriften keine Regelung vorsehen, ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes (- zahnarztes) einholen.

(3) Erhält ein Beihilfeberechtigter oder eine berücksichtigungsfähige Person Sach- oder Dienstleistungen (ärztliche und zahnärztliche Versorgung, ambulante und stationäre Krankenhausbehandlung, Heilmittel usw.), werden keine Beihilfen gewährt. Als Sach- oder Dienstleistungen gelten auch Geldleistungen bei künstlicher Befruchtung (§ 27a SGB V), bei kieferorthopädischer Behandlung (§ 29 SGB V), bei Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Absatz 1 und 2 SGB V), bei Heilmitteln (§ 32 SGB V), bei Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), bei häuslicher Krankenpflege (§ 37 Absatz 4 SGB V) und bei Haushaltshilfe (§ 38 Absatz 4 SGB V) sowie Leistungen auf Grund der Bestimmungen über die vollständige oder teilweise Kostenbefreiung (§ 62 Absatz 4 SGB V).

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass Pflichtversicherte an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung nach § 13 Absatz 2 SGB V wählen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V erhalten, sowie Aufwendungen, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch übernimmt. Praxisgebühren und Zuzahlungen nach § 23 Absatz 6, § 24 Absatz 3, § 28 Absatz 4, § 31 Absatz 3, § 32 Absatz 2, § 33 Absatz 2, § 37 Absatz 5, § 37a Absatz 3, § 38 Absatz 5, § 39 Absatz 4, § 40 Absätze 5 und 6, § 41 Absatz 3 und § 60 Absätze 1 und 2 SGB V sowie § 32 SGB VI und § 40 Absatz 3 SGB XI sind nicht beihilfefähig.

(4) Besteht ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen, sind die auf Grund dieser Vorschriften zustehenden Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht hinsichtlich der Schadensersatzansprüche, die nach § 82 LBG 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; § 12 Absatz 3 Satz 2 gilt nicht.

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 § 207 a SGB III 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 § 207 a SGB III übernommenen Beitrag, so gelten die Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung nur im Verhältnis des Beitragszuschusses bzw. des übernommenen Beitrages zur Hälfte des Kranken- oder Pflegeversicherungsbeitrages als zustehende Leistungen im Sinne des Satzes 1. Maßgebend sind die Beiträge, der Beitragszuschuss und der übernommene Beitrag im Zeitpunkt der Antragstellung. Personen, 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) Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die zu einem Zeitpunkt entstanden sind,

1. in dem der Beihilfeberechtigte noch nicht oder nicht mehr zu den in § 1 bezeichneten beihilfeberechtigten Personen gehörte,

2. in dem eine nach § 2 berücksichtigungsfähige Person noch nicht zu diesem Personenkreis gehörte.

Die Aufwendungen gelten als entstanden in dem Zeitpunkt, in dem die sie verursachenden Umstände eingetreten sind, z.B. der Zeitpunkt der Behandlung durch den Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker, des Einkaufs von Arzneien, der Lieferung eines Hilfsmittels.

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit von Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern, Kindern und Eltern des Behandelten; Kosten, die dem behandelnden Angehörigen im Einzelfall - z.B. für Materialien, Verbandmittel und Arzneimittel - entstehen und deren Geldwert nachgewiesen ist, sind im Rahmen der Verordnung beihilfefähig. § 5 a Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 4

Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für:

1. Untersuchung, Beratung und Verrichtung sowie Begutachtung bei Durchführung dieser Vorschriften durch einen Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; Satz 5 bleibt unberührt. Aufwendungen für eine wissenschaftlich nicht anerkannte Heilbe-

handlung sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Sind wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen ohne Erfolg angewendet worden, so können auf Grund des Gutachtens eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) auch Aufwendungen für wissenschaftlich noch nicht anerkannte Heilbehandlungen vom Finanzministerium für beihilfefähig erklärt werden. Das Finanzministerium kann allgemein bestimmen, zu welchen und unter welchen Voraussetzungen zu noch nicht wissenschaftlich anerkannten Heilbehandlungen Beihilfen gezahlt werden können; Satz 3 gilt insoweit nicht. Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulant durchgeführte psychotherapeutische Leistungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung bestimmen sich nach den §§ 4 a bis 4 d sowie der Anlage 1 zu dieser Verordnung. Aufwendungen für eine Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Zahntechnische Leistungen nach § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), sind bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen in Höhe von sechzig vom Hundert beihilfefähig.

2. Stationäre Behandlungen in Krankenhäusern, deren Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534) vergütet werden. Beihilfefähig sind

a. allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 KHEntgG, § 2 Absatz 2 BPfIV),

b. gesondert berechnete Unterkunft (ohne Einbettzimmer) und / oder Verpflegung abzüglich 15 Euro täglich und gesondert berechnete ärztliche Leistungen (§ 17 KHEntgG, § 22 BPfIV) abzüglich 10 Euro täglich für insgesamt höchstens 30 Tage im Kalenderjahr,

c. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V),
sofern nicht die §§ 5 c, 6 oder 6a anzuwenden sind.

Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, sind nur insoweit als angemessen (§ 3 Absatz 1 Satz 1) anzuerkennen, als sie den Kosten (Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten) entsprechen, die die dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik nach § 108 SGB V) für eine medizinisch gleichwertige Behandlung abzüglich eines Betrages von 25 Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr berechnen würde.

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.

5. Eine notwendige Berufspflegekraft, solange der Erkrankte nach dem Gutachten eines von der Festsetzungsstelle bezeichneten Arztes vorübergehend der häuslichen Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftli-

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

6. Eine Familien- und Hauspflegekraft bis zum Betrag von 8 Euro je Stunde, höchstens jedoch 64 Euro täglich, wenn der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Familienangehörige oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte wegen einer stationären Unterbringung (Nummer 2, §§ 5 c, 6, 6 a und 8) oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (§ 7 Absatz 4) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, dass die haushaltsführende Person - ausgenommen sie ist allein erziehend - nicht oder nur geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV erwerbstätig ist oder, soweit mehrere teilzeitbeschäftigte Personen den Haushalt führen, die Erwerbstätigkeit dieser Personen insgesamt nicht mehr als 120 vom Hundert der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden/Woche) erreicht, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Dies gilt nach begründeter ärztlicher Bescheinigung auch für bis zu 14 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 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 zugelassenen Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen.

Nicht beihilfefähig sind

a. Aufwendungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien - AMR) von der Verordnung ausgeschlossen sind,

b. Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind.

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

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

Das Finanzministerium kann weiterhin in Anlage 2 und ergänzend in den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung Arzneimittel von der Beihilfefähigkeit ausschließen, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten, deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist. Nummer 1 Satz 3 und 4 gelten entsprechend.

8. Eine vom Arzt schriftlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.

9. Eine vom Arzt schriftlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe; das Finanzministerium kann bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang Heilbehandlungen beihilfefähig sind. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder - ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme (§§ 6, 6a und 7) -, Massagen, Bestrahlung, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie. Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Klinischen Linguisten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Physiotherapeuten oder Podologen durchgeführt werden. Ist die Durchführung einer Heilbehandlung in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden, sind die Aufwendungen für die Heilbehandlung bis zu 10,50 Euro täglich beihilfefähig; dies gilt entsprechend für Heilbehandlungen, mit denen zugleich berufsbildende oder allgemeinbildende Zwecke verfolgt werden. Bei Behandlungen in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, sind auch notwendige Aufwendungen für Verpflegung bis zu 4,50 Euro, für Unterkunft und Verpflegung insgesamt bis zu 7,50 Euro täglich beihilfefähig, es sei denn, dass § 5 Absatz 7 oder 9 anzuwenden ist. Nummer 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

10. Vom Arzt schriftlich verordnete Hilfsmittel, zu denen auch Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung rechnen. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Reparatur; von den Aufwendungen für den Betrieb der Hilfsmittel ist nur der 100 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen zur Beschaffung von Batterien für Hörhilfen einschließlich Ladegeräte für Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sowie von Pflege- und Reinigungsmitteln für Kontaktlinsen. Die Mietgebühren für Hilfsmittel sind beihilfefähig, sofern sie insgesamt nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind. Aufwendungen für Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung oder Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist. Bei orthopädischen Maßschuhen sind die Aufwendungen nur insoweit beihilfefähig, als sie den Betrag für eine normale Fußbekleidung übersteigen. Kosten für ein Brillengestell sind nicht beihilfefähig; Kosten für eine Ersatzbeschaffung von Sehhilfen (zwei Brillengläser / Kontaktlinsen) sind bei Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, bei einer Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien (sphärischer Wert) beihilfefähig. Für die Ersatzbeschaffung einer Brille - mit Ausnahme von Prismenbrillen - oder von Kontaktlinsen reicht anstelle der ärztlichen Verordnung die Refraktionsbestimmung durch einen Augenoptiker aus; die

Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13 Euro je Sehhilfe beihilfefähig. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung benutzt werden oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen können (sogenannte Bandscheibenmatratzen, Liegestühle, Gesundheitsschuhe, Fieberthermometer, Heizkissen, Bestrahlungslampen und dgl.). Beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für folgende Hilfsmittel:

Atemmonitore,
Beatmungsgeräte,
Blindenführhunde einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb,
Blindenstöcke,
Blutdruckmessgeräte,
Bruchbänder,
CPAP-Geräte,
Ernährungspumpen,
Fußeinlagen,
Gehstützen,
Gehwagen,
Gipsbetten,
Gummistrümpfe,
Heimdialysegeräte,
Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgerät,
Hilfsgeräte (für Schwerstbehinderte, Ohnhänder u.a.),
Hörhilfen (auch Hörbrillen),
Infusionspumpen,
Inhalationsapparate,
Injektionsspritzen und -nadeln,
Insulin-Dosiergeräte,
Katheter,
Kniekappen,
Knöchel- und Gelenkstützen,
Körperersatzstücke,
Kopfschützer,
Korrekturschienen u.ä.,
Krankenfahrstühle,
Krankenheber,
Krankenstöcke (einschließlich Gehbänkchen mit Zubehör),
Leibbinden,
Orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind,
Pflegebett in behindertengerechter Ausstattung,
Polarimeter,
Reflektometer,
Reizstromgeräte zur Behandlung der Skoliose,
Sehhilfen,
Spastikerhilfen (auch Übungsgeräte),
Sprechhilfen (auch elektronische),
Sprechkanülen,

Stützapparate,
Stumpfstrümpfe und Narbenschützer,
Suspensoren,
Ultraschallvernebler,
Vibrationstrainer bei Taubheit,
Wasser- und Luftkissen,
Wechseldruckgeräte.

Aufwendungen für vorstehend nicht genannte Hilfsmittel von mehr als 1.000 Euro sind nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat; bei Aufwendungen von mehr als 2.500 Euro ist darüber hinaus die Zustimmung des Finanzministeriums erforderlich. Die Angemessenheit der Aufwendungen bestimmt sich nach der Anlage 3 zu dieser Verordnung. Der Dienstherr kann ein Hilfsmittel unentgeltlich zur Verfügung stellen; in diesem Fall wird keine Beihilfe gezahlt.

11. Die Beförderung des Erkrankten und, falls erforderlich, einer Begleitperson bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen. Gepäckbeförderungskosten sind daneben nicht gesondert beihilfefähig. Höhere Fahr- und Transportkosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn sie unvermeidbar waren; wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Absatz 1 Satz 2 LRGB genannte Betrag beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

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

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

- a. Aufwendungen nach den Nummern 1, 2, 3, 6, 7, 9 und 11, die aus Anlass der für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen,
- b. den nachgewiesenen Ausfall an Arbeitseinkommen.

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig, soweit sie nicht von anderer Seite erstattet werden oder zu erstatten sind. Die Buchstaben a und b gelten auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, dass sie als Organspender nicht in Betracht kommen.

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

(2) a) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.

b) Aufwendungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316, zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 - BGBl. I S. 3320) einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sowie der Suprakonstruktionen sind bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

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

- Tumoroperationen,
- Entzündungen des Kiefers,
- Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
- Angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder
- Unfällen

haben,

2. dauerhaft bestehende extreme Xerostomie, insbesondere im Rahmen einer Tumorbehandlung,
3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen,
4. nicht willentlich beeinflussbare muskuläre Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich (z.B. Spastiken),
5. implantatbasierter Zahnersatz im zahnlosen Ober- oder Unterkiefer oder
6. Einzelzahnücke, soweit nicht beide Nachbarzähne überkrönt sind.

Im Fall der Nummer 5 sind höchstens die Aufwendungen für 2 Implantate je Kieferhälfte (einschließlich vorhandener Implantate, zu denen eine Beihilfe gewährt wurde) beihilfefähig.

Das Finanzministerium kann abweichend von Satz 1 und 2 in besonders begründeten medizinischen Einzelfällen Ausnahmen zulassen.

Für andere Implantatversorgungen sind bis zur Höchstzahl von acht Implantaten (zwei je Kieferhälfte) - im Hinblick auf die Aufwendungen einer herkömmlichen Zahnversorgung - pauschal je Implantat 450 Euro beihilfefähig. Die Aufwendungen für die Suprakonstruktion sind neben der Pauschale beihilfefähig. Bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion einheitlich 250 Euro je Implantat beihilfefähig.

Weitere Voraussetzung für die Zahlung einer Beihilfe ist, dass der Festsetzungsstelle ein Kostenvoranschlag vorgelegt wird und diese auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Amtszahnarztes (dies gilt nicht für Satz 1 Nummer 5 und 6 und Satz 4) vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der beabsichtigten Maßnahme und die Angemessenheit der Kosten anerkannt hat (Vorankennungsverfahren).

c) Aufwendungen für Zahnersatz (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnkronen (Nummern 214 bis 217, 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. Dies gilt nicht für Beamte,

die unmittelbar vor ihrer Ernennung mindestens drei Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt oder berücksichtigungsfähige Personen bei einem Beihilfeberechtigten waren, für Anwärter, die nach Abschluss des Vorbereitungsdienstes unmittelbar in ein Eingangsamt der Besoldungsgruppen A 1 bis A 8 eintreten, oder wenn die Leistung nach Satz 1 auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist.

§ 4 a

Psychotherapeutische Leistungen

(1) Zu den psychotherapeutischen Leistungen gehören Aufwendungen für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung (§ 4 b), tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapien (§ 4 c) sowie Verhaltenstherapien (§ 4 d). Aufwendungen für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien sowie Verhaltenstherapien sind nur beihilfefähig bei

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

Psychotherapie kann auch neben oder nach einer somatischen ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:

1. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
2. seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen; in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
3. seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe,
4. psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

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

(2) Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

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

2. nach einer biographischen Analyse oder Verhaltensanalyse und gegebenenfalls nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie bis zu acht probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und

3. die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund eines ärztlichen Gutachtens der in den Verwaltungsvorschriften benannten Gutachter zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

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

(4) Aufwendungen für ein katathymes Bilderleben sind nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzeptes beihilfefähig.

(5) Aufwendungen für eine Rational Emotive Therapie sind nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes beihilfefähig.

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

(7) Aufwendungen für eine bis zu sechs Monate dauernde ambulante psychosomatische Nachsorge nach einer stationären psychosomatischen Behandlung sind in angemessener Höhe beihilfefähig.

(8) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 4 b bis 4 d,

2. die in Anlage 1 Nummer 1 aufgeführten Behandlungsverfahren.

§ 4 b

Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung umfasst

1. verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 oder

2.übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

(2) Aufwendungen sind je Krankheitsfall beihilfefähig für

1.verbale Intervention als Einzelbehandlung für bis zu 25 Sitzungen, sowohl über einen kürzeren Zeitraum als auch im Verlauf chronischer Erkrankungen über einen längeren Zeitraum in niederfrequenter Form,

2.autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung für bis zu 12 Sitzungen; eine Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung ist hierbei möglich, sowie

3.Hypnose als Einzelbehandlung für bis zu 12 Sitzungen.

Leistungen nach Nummer 1 dürfen in derselben Sitzung nicht mit denen nach den Nummern 2 und 3 kombiniert werden.

Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention nach Nummer 849 GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.

§ 4 c

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

(1) Aufwendungen für Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 GOÄ sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	50 Sitzungen	40 Sitzungen
besondere Fälle:	weitere 30 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht:	höchstens weitere 20 Sitzungen	höchstens weitere 20 Sitzungen

2. analytische Psychotherapie

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten:	weitere 80 Sitzungen	weitere 40 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen:	nochmals weitere 80 Sitzungen	nochmals weitere 40 Sitzungen
wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht:	weitere begrenzte Behandlungsdauer von max. bis zu 60 Sitzungen	weitere begrenzte Behandlungsdauer von max. bis zu 30 Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten:	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen:	nochmals weitere 30 Sitzungen	nochmals weitere 15 Sitzungen

4. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Jugendlichen

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall:	90 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten:	weitere 50 Sitzungen	weitere 20 Sitzungen
in besonderen Ausnahmefällen:	nochmals weitere 40 Sitzungen	nochmals weitere 30 Sitzungen.

In medizinisch besonders begründeten Einzelfällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die durch Gutachten nach § 4 a belegte notwendige weitere Behandlung auch für eine über die in Nummer 3 und 4 zugelassenen höchste Zahl von Sitzungen hinaus im Einvernehmen mit dem Finanzministerium anerkannt werden.

(2) Der Beihilfefähigkeit steht nicht entgegen, wenn bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Bezugspersonen einbezogen werden.

(3) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann eine solche Kombination nur bei niederfrequenten Therapien aufgrund eines dazu besonders begründeten Erstantrages durchgeführt werden.

§ 4 d

Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 GOÄ sind nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

1. bei Erwachsenen

Einzelbehandlung Gruppenbehandlung

Regelfall: 45 Sitzungen 45 Sitzungen

wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht: weitere 15 Sitzungen höchstens weitere 20 Sitzungen

nur in besonders begründeten Ausnahmefällen: weitere 20 Sitzungen weitere 20 Sitzungen

2. bei Kindern und Jugendlichen einschließlich notwendiger begleitender Behandlung von Bezugspersonen

Einzelbehandlung Gruppenbehandlung

Regelfall: 45 Sitzungen 45 Sitzungen

wird das Behandlungsziel nicht innerhalb der genannten Sitzungen erreicht: weitere 20 Sitzungen weitere 20 Sitzungen

nur in besonders begründeten Ausnahmefällen: weitere 20 Sitzungen weitere 20 Sitzungen

(2) Von dem Anerkennungsverfahren nach § 4 a Absatz 2 Nummer 3 ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten nach Anlage 1 Nummer 2 bis 4 vorgelegt wird, dass die Behandlung bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle beihilfefähig. Die Festsetzungsstelle hat hierzu ein Gutachten nach § 4 a Absatz 2 Nummer 3 zu Art und Umfang der notwendigen Behandlung einzuholen.

§ 5

Beihilfe fähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die häusliche Pflege nach Maßgabe des § 5 a, für teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 5 b und für vollstationäre Pflege nach Maßgabe des § 5 c beihilfefähig. Bei Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach § 5 d.

(2) Dauernde Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Personen wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für mindestens zwei dieser Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und

zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Voraussetzung für eine Beihilfengewährung ist, dass die zu pflegende Person einer Pflegestufe nach § 15 SGB XI zuzuordnen ist.

(3) Erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf (§ 45a SGB XI) liegt vor, wenn bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15 SGB XI) zusätzlich ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies gilt entsprechend für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen (§ 87b SGB XI).

(4) Aufwendungen für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI) sind im Rahmen des § 4 Absatz 1 Nummer 10 beihilfefähig. Bei stationärer Pflege gehören hierzu nur Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt oder individuell angepasst oder die überwiegend nur dem Pflegebedürftigen allein überlassen werden, sofern sie nicht üblicherweise von der Einrichtung vorzuhalten sind.

Kosten für die Verbesserung des Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen (§ 40 Absatz 4 SGB XI) sind bis zu 2.557 Euro je Maßnahme beihilfefähig, soweit die Pflegeversicherung hierzu Leistungen erbringt.

(5) Die Festsetzungsstelle 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, der Pflegestufe sowie dem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf Stellung nimmt. Bei Versicherten in der Pflegeversicherung sind deren Feststellungen zugrunde zu legen; dies gilt auch für Befristungen nach § 33 Absatz 1 Sätze 4 bis 8 SGB XI. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe gezahlt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(6) Aufwendungen für Beratungsbesuche im Sinne des § 37 Absatz 3 SGB XI sind beihilfefähig, soweit für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die Pflegeversicherung besteht. § 37 Absatz 4 Satz 1 SGB XI bleibt unberührt. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen bestimmt sich entsprechend § 37 Absatz 3 und 6 SGB XI.

(7) Aufwendungen für eine Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) sind für Beihilfeberechtigte und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig, wenn Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden oder Leistungen der Pflegeversicherung beantragt worden sind und erkennbar Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

§ 5 a

Häusliche Pflege

(1) Aufwendungen für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 36 Absatz 1 Satz 3 und 4 SGB XI) sind je nach Pflegestufe des § 15 SGB XI beihilfefähig bis zu monatlich

1.in Stufe I

a.420 Euro ab 1. Juli 2008,

b.440 Euro ab 1. Januar 2010,
c.450 Euro ab 1. Januar 2012,

2.in Stufe II

a.980 Euro ab 1. Juli 2008,
b.1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
c.1.100 Euro ab 1. Januar 2012,

3.in Stufe III

a.1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
b.1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
c.1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

Entstehen auf Grund besonderen Pflegebedarfs in der Pflegestufe III (§ 36 Absatz 4 Satz 1 SGB XI) höhere Aufwendungen, sind diese ab 1. Juli 2008 bis zu weiteren 1.918 Euro monatlich beihilfefähig.

(2) Bei einer häuslichen Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI) sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 SGB XI monatlich höchstens folgende Pauschalen beihilfefähig:

1.in Stufe I

a.215 Euro ab 1. Juli 2008,
b.225 Euro ab 1. Januar 2010,
c.235 Euro ab 1. Januar 2012,

2.in Stufe II

a.420 Euro ab 1. Juli 2008,
b.430 Euro ab 1. Januar 2010,
c.440 Euro ab 1. Januar 2012,

3.in Stufe III

a.675 Euro ab 1. Juli 2008,
b.685 Euro ab 1. Januar 2010,
c.700 Euro ab 1. Januar 2012.

Wird die Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, ist die Pauschale nach Satz 1 - mit Ausnahme für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 4 Absatz 1 Nummer 2), einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (§ 6) oder des Monats, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist - entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Daneben sind die Kosten für die Schulung der Pflegeperson (§ 45 SGB XI) beihilfefähig. Aufwendungen für Beratungen nach § 5 Absatz 6 sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig. Darüber hinaus sind Aufwendungen für

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 170 Absatz 1 Nummer 6 SGB VI) sowie die in § 44a SGB XI genannten zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit beihilfefähig.

(3) Ist die Pflegeperson nach Absatz 2 wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert, so sind die Aufwendungen für die Ersatzpflege (§ 39 Satz 3 SGB XI) im Kalenderjahr bis zu weiteren

a.1.470 Euro ab 1. Juli 2008,

b.1.510 Euro ab 1. Januar 2010,

c.1.550 Euro ab 1. Januar 2012

beihilfefähig.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind neben der Pauschale nach Absatz 2 Satz 1 auf Nachweis die notwendigen Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind (begrenzt auf den Betrag nach Satz 1), beihilfefähig; wird die Ersatzpflege durch diese Person erwerbsmäßig ausgeübt, gilt Satz 1 entsprechend.

(4) Nimmt die pflegebedürftige Person häusliche Pflege nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, ist daneben eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 beihilfefähig, sofern die Pflegeversicherung Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) erbringt. Die Pflegepauschale nach Absatz 2 wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem die pflegebedürftige Person beihilfefähige Aufwendungen nach Absatz 1 geltend macht. Die hinsichtlich des Verhältnisses der Inanspruchnahme von häuslicher Pflege nach Absatz 1 und 2 gegenüber der Pflegeversicherung getroffene Entscheidung ist für die Beihilfegewährung bindend.

§ 5 b

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

(1) Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege (§ 41 SGB XI) in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind beihilfefähig, wenn häusliche Pflege (§ 5 a) nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

(2) Beihilfefähig sind im Rahmen der Höchstbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Je nach Pflegestufe sind beihilfefähig bis zu monatlich

1.in Stufe I

- a.420 Euro ab 1. Juli 2008,
- b.440 Euro ab 1. Januar 2010,
- c.450 Euro ab 1. Januar 2012,

2.in Stufe II

- a.980 Euro ab 1. Juli 2008,
- b.1.040 Euro ab 1. Januar 2010,
- c.1.100 Euro ab 1. Januar 2012,

3.in Stufe III

- a.1.470 Euro ab 1. Juli 2008,
- b.1.510 Euro ab 1. Januar 2010,
- c.1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

(3) Wird teilstationäre Pflege in Zusammenhang mit häuslicher Pflege nach § 5 a Absatz 1 in Anspruch genommen, sind die Aufwendungen insgesamt je Kalendermonat bis zu 150 vom Hundert der in § 5 a Absatz 1 für die jeweilige Pflegestufe genannten Beträge beihilfefähig. Dabei mindert sich der Betrag nach § 5 a Absatz 1 um den Vomhundertsatz, mit dem die Leistung nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(4) Wird teilstationäre Pflege in Zusammenhang mit häuslicher Pflege nach § 5 a Absatz 2 in Anspruch genommen, wird die beihilfefähige Pauschale nach § 5 a Absatz 2 nicht gemindert, soweit die Aufwendungen nach Absatz 2 je Kalendermonat 50 vom Hundert des für die jeweilige Pflegestufe vorgesehenen Höchstbetrages nach § 5 a Absatz 1 nicht übersteigen. Ansonsten mindert sich die beihilfefähige Pauschale nach § 5 a Absatz 2 um den Vomhundertsatz, mit dem teilstationäre Pflege nach Absatz 2 über 50 vom Hundert in Anspruch genommen wird.

(5) Wird neben einer teilstationären Pflege nach Absatz 2 eine Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) aus häuslicher Pflege nach § 5 a Absatz 1 und 2 notwendig, ist die Beihilfe nach Absatz 2 ungekürzt zu gewähren, soweit sie je Kalendermonat 50 vom Hundert des in § 5 a Absatz 1 vorgesehenen beihilfefähigen Höchstbetrages nicht übersteigt. Ansonsten findet § 5 a Absatz 4 Satz 2 mit der Maßgabe Anwendung, dass bei der Ermittlung des Vomhundertsatzes, um den die Pflegepauschale nach § 5 a Absatz 2 zu kürzen ist, von einem Gesamtbeihilfeanspruch in Höhe von 150 vom Hundert auszugehen ist und die beihilfefähige Restpauschale auf den Betrag begrenzt ist, der sich ohne Inanspruchnahme der teilstationären Pflege ergeben würde.

(6) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch eine teilstationäre Pflege nicht aus, sind die Aufwendungen für eine Pflege in einer vollstationären Einrichtung beihilfefähig (Kurzzeitpflege - § 42 SGB XI -). Dies gilt

1.für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung des Pflegebedürftigen nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder § 6 oder

2.in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

(7) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind beihilfefähig bis zu

a.1.470 Euro ab 1. Juli 2008,

b.1.510 Euro ab 1. Januar 2010,

c.1.550 Euro ab 1. Januar 2012.

(8) Bei pflegebedürftigen Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind die Aufwendungen für Kurzzeitpflege nach Absatz 6 und 7 auch in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Pflege in einer von den Pflegekassen für Kurzzeitpflege zugelassenen Einrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. § 5 c Absatz 5 Satz 1 gilt insoweit nicht.

§ 5 c

Vollstationäre Pflege

(1) Bei der stationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Absatz 1 Satz 1 SGB XI) sind der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (§ 84 Absatz 2 Satz 2 SGB XI) in Betracht kommende Pflegesatz für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten (§ 82 Absatz 3 SGB XI) sind nicht beihilfefähig, es sei denn, dass sie unter Anrechnung des zustehenden Pflegegeldes (§ 4 Pflegeeinrichtungsförderverordnung - PflFEinrVO) die folgenden monatlichen Eigenanteile übersteigen:

1.bei Beihilfeberechtigten mit

a.einem Angehörigen vierzig vom Hundert,

b.mehreren Angehörigen fünfunddreißig vom Hundert des um 520 Euro - bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 390 Euro - verminderten Einkommens,

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

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

werbseinkommen, die Versorgungsbezüge sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners hinzurechnen. Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

(3) Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung sind die Aufwendungen nach Absatz 1 und 2 beihilfefähig, solange die Voraussetzungen des § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 SGB XI vorliegen. Die Angemessenheit der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach § 87a Absatz 1 Satz 7 SGB XI.

(4) Bei einer Pflege in einer Pflegeeinrichtung, die die Voraussetzungen des § 71 Absatz 2 SGB XI erfüllt, sind höchstens die niedrigsten vergleichbaren Kosten einer zugelassenen Einrichtung am Ort der Unterbringung oder seiner nächsten Umgebung beihilfefähig; Absatz 1 bis 3 gilt entsprechend.

(5) Leistungen entsprechend § 87a Absatz 4 SGB XI sind beihilfefähig, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft wird.

(6) Aufwendungen, die für die vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe entstehen, in denen die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund stehen

(§§ 43a und 71 Absatz 4 SGB XI), sind bis zur Höhe von monatlich 256 Euro beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig.

§ 5 d

Zusätzliche Betreuungsleistungen bei häuslicher und vollstationärer Pflege

(1) Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege der Pflegestufen I, II oder III sowie Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, und bei denen die Pflegeversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben, erhalten Beihilfen zu den Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 3.

(2) Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen nach Absatz 1 sind bis zu 100 Euro (Grundbetrag) oder 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich beihilfefähig. Die Höhe des jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegeversicherung festgelegt und ist für die Berechnung der Beihilfe maßgeblich. Aufwendungen für Beratungsbesuche nach § 5 Absatz 6 sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig.

(3) Der monatliche Höchstbetrag nach Absatz 2 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird der für das jeweilige Kalenderjahr zustehende Jahreshöchstbetrag vom Pflegebedürftigen nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Ist der Betrag für zusätzliche Betreuungsleistungen nach dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht

nicht ausgeschöpft worden, kann der nichtverbrauchte kalenderjährliche Betrag in das zweite Halbjahr 2008 und in das Jahr 2009 übertragen werden.

(4) Die von vollstationären Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf mit der jeweiligen Pflegeversicherung vereinbarten und berechneten Vergütungszuschläge nach § 87b SGB XI sind neben den Aufwendungen nach § 5 c Absatz 1 beihilfefähig.

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind neben den Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe für höchstens 23 Kalendertage (es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich) einschließlich der Reisetage sowie den ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Festsetzungsstelle auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der Maßnahme anerkannt hat, die Behandlung nicht durch eine Maßnahme nach § 7 oder durch andere ambulante Maßnahmen ersetzt werden kann und im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Maßnahme nach § 6 a oder § 7 durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt oder ein Vertrauensarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwerer Fall von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet. Wird die Maßnahme nicht innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides begonnen, ist ein neues Anerkennungsverfahren durchzuführen. Die Behandlungskosten nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 sind auch dann beihilfefähig, wenn die Beihilfefähigkeit der Rehabilitationsmaßnahme nicht anerkannt wird. Die Kosten der amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten sind beihilfefähig. Zu den Kosten der Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird bei notwendigen Behandlungen in einem Ort außerhalb von Nordrhein-Westfalen insgesamt ein Zuschuss von 100 Euro, innerhalb von Nordrhein-Westfalen von 50 Euro gezahlt.

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

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

(4) Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, sowie bei Kindern, die aus medizinischen Gründen einer Begleitperson bedürfen und bei denen der Amtsarzt die Notwendigkeit der Begleitung bestätigt hat, sind die Aufwendungen für Unterkunft und

Verpflegung sowie Kurtaxe der Begleitperson bis zu 55 Euro täglich beihilfefähig. Absatz 1 Satz 7 gilt sinngemäß.

§ 6 a

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

(1) Zu den Kosten einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes (Müttergenesungskur) oder in einer gleichartigen Einrichtung, die Leistungen in Form einer Mutter-/Vater-Kind-Kur erbringt (§ 41 Absatz 1 SGB V) werden - soweit die Einrichtungen über Versorgungsverträge nach § 111a SGB V verfügen - Beihilfen bis zu einer Dauer von 23 Kalendertagen (bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen) einschließlich der Reisetage gewährt. § 7 Absatz 2 gilt entsprechend. Wird die Maßnahme nach Satz 1 ausschließlich auf Grund der Erkrankung eines Kindes notwendig, ist § 7 Absatz 2 Buchstabe b Satz 1 nicht anzuwenden.

(2) Beihilfefähig sind neben den Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, die Kurtaxe, das amtsärztliche Gutachten, den ärztlichen Schlussbericht sowie die Fahrkosten. § 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, 7 und 9 beihilfefähig.

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

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Zu den Kosten einer unter ärztlicher Leitung in einem Ort des vom Finanzministerium aufgestellten Kurorterverzeichnisses 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.

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

a.vor der erstmaligen Antragstellung eine Wartezeit von insgesamt 3 Jahren Beihilfeberechtigung nach diesen oder entsprechenden Beihilfavorschriften erfüllt ist,

b.im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine anerkannte Maßnahme nach Absatz 1 oder den §§ 6 oder 6a durchgeführt wurde. Von 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 des zuständigen Amtsarztes bestätigt ist,

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

(4) Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen, die mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag geschlossen haben, sind nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 und 9 beihilfefähig. Absatz 2 Buchstaben b bis g gelten sinngemäß. Wird die ambulante Rehabilitationsmaßnahme durch die Einrichtung pauschal abgerechnet, sind die Aufwendungen in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit dem Sozialversicherungsträger getroffen hat. Nebenkosten [z.B. Verpflegungs- und Unterbringungskosten (Ruheraum), Kurtaxe] 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) 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 Spermazellen des Beihilfeberechtigten und seines Ehegatten verwendet werden,

4.sich der Beihilfeberechtigte und sein Ehegatte vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a SGB V erteilt worden ist.

Dies gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. Bei anderen Inseminationen ist Satz 1 Nummer 1 zweiter Halbsatz und Nummer 4 nicht anzuwenden. Weitere Voraussetzung ist, dass die Ehegatten das 25. Lebensjahr, die Ehefrau noch nicht das 40. Lebensjahr und der Ehemann noch nicht das 50. Lebensjahr vollendet haben. Für die Zuordnung der Aufwendungen für die ICSI- und die IVF-Behandlung ist das Kostenteilungsprinzip zu beachten.Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 27 a Absatz 4 SGB V erlassenen Richtlinien zur Künstlichen Befruchtung gelten in der jeweils geltenden Fassung entsprechend.

§ 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 vierzehn Tagen, beginnend mit dem Tage der Geburt; § 4 Absatz 1 Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend,

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

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

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

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

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

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Behandlung im Ausland

(1) Aufwendungen für eine Krankenbehandlung oder Entbindung im Ausland sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung oder Entbindung am inländischen Wohnort oder letzten früheren inländischen Dienstort des Beihilfeberechtigten oder in dem ihnen am nächsten gelegenen geeigneten inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären. Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist regelmäßig ein Kostenvergleich nicht erforderlich, es sei denn, dass gebietsfremden Personen regelmäßig höhere Gebühren als ansässigen Personen berechnet werden. Beförderungskosten zum Behandlungsort sind abweichend von § 4 Absatz 1 Nummer 11 nicht beihilfefähig. Ist eine Behandlung nach Absatz 3 Nummer 2 nur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland möglich, findet § 4 Absatz 1 Nummer 11 Satz 1 bis 3 Anwendung.

(2) Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung am inländischen Wohnort oder in dem ihm am nächsten gelegenen inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären. § 6 und § 7 gelten sinngemäß. Bei ambulanten Kurmaßnahmen in den in Satz 1

genannten Staaten sind die Aufwendungen nur dann beihilfefähig, wenn der Nachweis erbracht werden kann, dass der Behandlungsort als Kurort anerkannt ist. Wird die Behandlung außerhalb der in Satz 1 genannten Staaten durchgeführt, sind die Aufwendungen nach Satz 1 nur dann beihilfefähig, wenn im Inland oder in den in Satz 1 genannten Staaten kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist und die Behandlung vor Beginn vom Finanzministerium auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens anerkannt worden ist. Hinsichtlich der Beförderungskosten gilt Absatz 1 Satz 3 und 4.

(3) Aufwendungen für eine Krankenbehandlung im Ausland sind ohne die Einschränkung des Absatzes 1 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 Festsetzungsstelle anerkannt worden sein,

3.wenn sie 1.000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen.

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

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(1) In Todesfällen sind die Aufwendungen beihilfefähig 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 fünfhundert Kilometern.

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

§ 12

Bemessung der Beihilfen

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

- | | |
|--|-------------------------|
| a. den Beihilfeberechtigten (§ 1 Absatz 1 Nummer 1 und 4) sowie für entpflichtete Hochschullehrer | fünfundzig vom Hundert, |
| b. den Empfänger von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfeberechtigt ist, | siebzug vom Hundert, |
| c. den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner | siebzug vom Hundert, |
| d. ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, | achtzig vom Hundert. |

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind, beträgt der Bemessungssatz bei dem Beihilfeberechtigten nach Satz 2 Buchstabe a siebzug vom Hundert. Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten siebzug vom Hundert; die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.

(2) Für die Anwendung von Absatz 1 Satz 2 und 3 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) Der Bemessungssatz nach Absatz 1 Satz 2 und 3 ermäßigt sich um zehn vom Hundert bei Personen, an deren Beiträgen zur Krankenversicherung sich ein Rentenversicherungsträger beteiligt, sofern ihnen dem Grunde nach eine Beitragsentlastung von mindestens 80Euro monatlich zusteht. Dies gilt nicht für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

(4) 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 zwanzig vom Hundert, höchstens auf neunzig vom Hundert.

(5) Die Bemessungssätze der Absätze 1, 3 und 4 können von der Festsetzungsstelle im Einzelfall 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, mit Zustimmung des Finanzministeriums.

Eine Erhöhung der Bemessungssätze nach Satz 1 ist ausgeschlossen, wenn der Beihilfeberechtigte für sich und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen für ambulante- und stationäre Krankheits- und Pflegefälle keinen ausreichenden Versicherungsschutz nachweisen kann.

(6) Das Finanzministerium kann unter den Voraussetzungen des Absatzes 5 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.

(7) Die Beihilfe darf zusammen mit den erbrachten Leistungen einer Versicherung sowie Leistungen auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Unberücksichtigt bleiben Leistungen aus Krankenhaustagegeldversicherungen und sonstigen Summenversicherungen, soweit sie 80 Euro täglich nicht überschreiten, sowie Krankentagegeldversicherungen. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Aufwendungen nach den §§ 5, 5 a bis d sind getrennt abzurechnen; dabei sind die Pauschalen nach § 5 Absatz 4 und der beihilfefähige Betrag nach § 5 a Absatz 2 als dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen zu berücksichtigen. Aufwendungen nach § 9 Absatz 1 Satz 2 bleiben bei Anwendung der Sätze 1 bis 3 unberücksichtigt. Das gleiche gilt in den Fällen, in denen nach § 3 Absatz 3 eine Beihilfengewährung ausgeschlossen ist.

§ 12a

Kostendämpfungspauschale

(1) Die nach Anwendung des § 12 Absatz 7 verbleibende Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem Aufwendungen entstanden sind (§ 3 Absatz 5 Satz 2), in den Besoldungsgruppen A 7 bis A 16, B 1 bis B 11, C 1 bis C 4, H 1 bis H 5, R 1 bis R 7 und

W 1 bis W 3 um eine Kostendämpfungspauschale gekürzt. Sie beträgt für

Stufe Besoldungsgruppe Betrag

1	A 7 bis A 11	150 Euro
2	A 12 bis A 15, B 1, C 1, C 2, H 1 bis H 3, R 1, W 1, W 2	300 Euro
3	A 16, B 2, B 3, C 3, H 4, H 5, R 2, R 3, W 3	450 Euro
4	B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7	600 Euro
5	Höhere Besoldungsgruppen	750 Euro

soweit in der Besoldungsgruppe W 1 eine Zulage nach der Vorbemerkung Nummer 1 Absatz 3 zur Bundesbesoldungsordnung W und in den Besoldungsgruppen W 2 und W 3 neben dem Grundgehaltssatz ein monatlicher Leistungsbezug nach den §§ 12 und/oder 14 LBesG bezogen wird, ergibt sich die Höhe der Kostendämpfungspauschale durch einen Vergleich des monatlichen Gesamtbezuges mit den jeweils niedrigsten Grundgehaltsstufen bzw. den Grundgehaltssätzen der Besoldungsgruppen A und B der Stufen 3 bis 5 nach Halbsatz 1.

(2) Die Beträge nach Absatz 1 werden bei Teilzeitbeschäftigung im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit vermindert.

(3) Die Beträge nach Absatz 1 bemessen sich

1. bei Ruhestandsbeamten, Richtern im Ruhestand sowie früheren Beamten und Richtern (§ 1 Absatz 1 Nummer 2) nach dem Ruhegehaltssatz,

2. bei Witvern sowie Lebenspartnern (§ 1 Absatz 1 Nummer 3) nach sechzig vom Hundert des Ruhegehaltssatzes;

dabei darf die Kostendämpfungspauschale in den Fällen der Nummer 1 siebenzig vom Hundert und in den Fällen der Nummer 2 vierzig vom Hundert der Beträge nach Absatz 1 nicht übersteigen. Für die Zuteilung zu den Stufen nach Absatz 1 ist die Besoldungsgruppe maßgebend, nach der die Versorgungsbezüge berechnet sind; Zwischenbesoldungsgruppen werden der Besoldungsgruppe mit derselben Ordnungsziffer zugeordnet. Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezüge ein Grundgehalt (Gehalt) nach einer früheren Besoldungsgruppe, eine Grundvergütung oder ein Lohn zugrunde liegt sowie für Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezüge in festen Beträgen festgesetzt sind.

(4) Bei Waisen (§ 1 Absatz 1 Nummer 3), bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie bei Beihilfeberechtigten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, entfällt die Kostendämpfungspauschale.

(5) Die Kostendämpfungspauschale nach den Absätzen 1 bis 3 vermindert sich um 60 Euro für jedes berücksichtigungsfähige Kind oder jedes Kind, das nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist.

(6) Die Höhe der Kostendämpfungspauschale des laufenden Kalenderjahres richtet sich - unabhängig vom Entstehen der mit dem ersten Beihilfeantrag des Jahres geltend gemachten Aufwendungen - nach den zum Zeitpunkt der erstmaligen Antragstellung im laufenden Kalenderjahr maßgebenden Verhältnissen; dies gilt auch für die Kostendämpfungspauschale vergangener Jahre, soweit in diesen kein Beihilfeantrag gestellt wurde.

(7) Für Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen (§ 3 Absatz 1 Nummer 2 und 3) oder Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 5) entfällt die Kostendämpfungspauschale.

§ 13 Verfahren

(1) Die Beihilfen werden auf Antrag gewährt; eine Antragstellung durch Telefax ist nicht zulässig. Als Festsetzungsstellen entscheiden

1. das Landesamt für Besoldung und Versorgung über Anträge der Beihilfeberechtigten der Obersten Landesbehörden und der dem Finanzministerium nachgeordneten Behörden und Einrichtungen,

2. die Bezirksregierungen über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs, der Beihilfeberechtigten der Staatlichen Rechnungsprüfungsämter und der Beihilfeberechtigten der übrigen Behörden und Einrichtungen des Landes einschließlich der Landesbetriebe innerhalb ihres Bezirks, soweit nicht in den Nummern 3 bis 7 eine abweichende Regelung getroffen ist,

3. die Oberlandesgerichte über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs und nach näherer Bestimmung des Justizministeriums über die Anträge der Beihilfeberechtigten der anderen Gerichte sowie der dem Justizministerium 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 Artikel 2 § 1 Absatz 5 Hochschulfreiheitsgesetz vom 31. Oktober 2006 (GV. NRW. S. 474) oder nach Artikel 7 § 5 Hochschulfreiheitsgesetz 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.

Das Finanzministerium kann im Einvernehmen mit der jeweiligen obersten Dienstbehörde in begründeten Ausnahmefällen eine von Satz 2 abweichende Zuständigkeitsregelung treffen. In den Fällen des Satzes 2 Nummer 4 und 5 können kommunale Versorgungskassen, Kreise oder kreisfreie Städte mit der Festsetzung der Beihilfen beauftragt werden.

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

(2) Die Anträge sind der zuständigen Festsetzungsstelle 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. Für den Antrag, die Kassenanweisung und die Mitteilung über die Gewährung der Beihilfe sind die vom Finanzministerium herausgegebenen Formblätter zu verwenden. Andere als Landesbehörden sind hinsichtlich der Kassenanweisung und der Mitteilung über die Gewährung der Beihilfe an diese Formblätter nicht gebunden. Die in den Anträgen enthaltenen Beihilfedaten unterliegen einer besonderen Geheimhaltung. Aufwendungen für Halbwaisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden.

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

1. der Zuschussgewährung nach § 6 Absatz 1 Satz 7, § 6 a 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 (§ 5 a Absatz 2) mit dem ersten Tag nach Ablauf des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde,

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

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

(4) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so wird abweichend von Satz 1 hierfür eine Beihilfe gewährt, wenn diese Aufwendungen 15 Euro übersteigen.

(5) Die Belege sind vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle durch Stempelaufdruck „Für Beihilfezwecke verwendet“ kenntlich zu machen.

(6) Die Beihilfebescheide sind mit einer Rechtsbehelfsbelehrung (§ 58 VwGO) zu versehen.

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

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

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

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

(11) Zum Zwecke der Beihilfenfestsetzung dürfen durch die Festsetzungsstelle Belege und Schriftstücke in elektronischer Form abgebildet und gespeichert, die in ihnen enthaltenen Daten elektronisch ausgelesen und weiterverarbeitet werden. In diesem Fall sind abweichend von Absatz 2 Satz 1 erster Halbsatz keine Originalbelege vorzulegen; die vorgelegten Belege werden digitalisiert und anschließend vernichtet. Die Absätze 5 und 8 finden keine Anwendung.

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

§ 14

Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und andere Personen in Todesfällen

(1) Zu den beihilfefähigen Aufwendungen, die einem verstorbenen Beihilfeberechtigten entstanden waren, und zu den in § 11 Absatz 1 genannten Aufwendungen aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten werden dem hinterbliebenen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner oder den Kindern des Verstorbenen Beihilfen gewährt. Empfangsberechtigt ist derjenige, der die Rechnungen zuerst vorlegt. Die Beihilfe ist nach dem Hundertsatz zu bemessen, der dem verstorbenen Beihilfeberechtigten zugestanden hat.

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

§ 15

Belastungsgrenze

(1) Ab dem 1. Januar 2010 dürfen Selbstbehalte nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 7 und Nummer 2 Satz 2 und 3 sowie die Kostendämpfungspauschale nach § 12 a im Kalenderjahr insgesamt 2 % der Bruttojahresdienstbezüge oder Bruttojahresversorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen des Beihilfeberechtigten (Belastungsgrenze) nicht überschreiten. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind die jährlichen Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres. Variable 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. Die Beträge nach Satz 1 sind mit Ausnahme der Kostendämpfungspauschale nur in Höhe des Beihilfenbemessungssatzes nach § 12 zu berücksichtigen.

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

§ 16

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

(1) Über die Beihilfeanträge der Beihilfeberechtigten der Gemeinden und Gemeindeverbände entscheidet der Dienstvorgesetzte; dieser tritt in den Fällen des § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 3, Nummer 9 Satz 6 und Nummer 10 Satz 11 sowie Absatz 2 Buchstabe b Satz 3, § 4 c Absatz 1 Satz 2, § 10 Absatz 2 und § 12 Absatz 5 und 6 an die Stelle des Finanzministeriums. Dies gilt entsprechend für begründete Einzelfälle nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 2. Über Beihilfeanträge des Dienstvorgesetzten entscheidet dessen allgemeiner Vertreter.

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

§ 17

Personenbezogene Bezeichnungen

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

§ 18

Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Übergangs- und Schlussvorschriften

(1) Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. April 2009 in Kraft und gilt für Aufwendungen, die nach dem 31. März 2009 entstanden sind. Sie tritt mit Ablauf des 31. Dezember 2015 außer Kraft.

(2) Die Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfenverordnung - BVO) vom 27. März 1975 - (GV.NRW.S.332), zuletzt geändert durch Verordnung vom 27. Juni 2008 (GV.NRW.S.530) tritt mit Ablauf des 31. März 2009 außer Kraft. Sie gilt weiter für Aufwendungen, die bis zum 31. März 2009 entstanden sind.

Anlage 1

(zu § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 5)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1. Psychotherapeutische Maßnahmen

1.1 Aufwendungen für folgende Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

- a) Familientherapie,
- b) Funktionelle Entspannung nach Dr. Fuchs,
- c) Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers),
- d) Gestaltungstherapie,
- e) Körperbezogene Therapie,
- f) Konzentrierte Bewegungstherapie,
- g) Logotherapie,
- h) Musiktherapie,
- i) Heileurhythmie,
- j) Psychodrama,

k) Respiratorisches Biofeedback,

l) Transaktionsanalyse.

1.2 Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 4 a bis 4 d gehören Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen, sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind. Entsprechendes gilt für Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung, für heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen sowie für psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

2. Psychosomatische Grundversorgung

2.1 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von Fachärzten für

- Allgemeinmedizin,
- Augenheilkunde,
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Innere Medizin,
- Kinder- und Jugendmedizin,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Neurologie,
- Phoniatrie und Pädaudiologie,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

durchgeführt wird.

2.2 Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von

- Ärzten,
- Psychologischen Psychotherapeuten,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

durchgeführt wird und diese Personen über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung solcher Interventionen verfügen.

3. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

3.1 Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese Personen Fachärzte für einen der folgenden Fachbereiche sein:

- Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder
- Ärzte mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung -Psychotherapie- oder -Psychoanalyse-.

Fachärzte für

- Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Psychiatrie und Psychotherapie oder
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

sowie

Ärzte mit der Berufsbezeichnung -Psychotherapie- können nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) durchführen. Ärzte mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung -Psychoanalyse- oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Zusatzbezeichnung -Psychoanalyse- können auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

3.2 Psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) können Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die sie eine vertiefte Ausbildung erfahren haben (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).

3.3 Wird die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss diese Person

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

Psychologische Psychotherapeuten können nur Leistungen für diejenige Psychotherapie erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), für die sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen sind. Therapeuten, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen, können tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

3.4 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 PsychThG können Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die sie eine vertiefte Ausbildung erfahren haben (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie).

3.5 Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, müssen sie

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,

- in das Arztregister eingetragen sein oder

- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

3.6 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform erbringen (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie), für die sie zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen sind. Therapeuten, die über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen, können fundierte und analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

3.7 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.1, 3.2 oder 3.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

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

4. Verhaltenstherapie

4.1 Wird die Behandlung durch ärztliche Psychotherapeuten durchgeführt, müssen diese Fachärzte für eines der folgenden Fachgebiete sein:

- Psychotherapeutische Medizin,
- Psychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendpsychiatrie oder
- Ärzte der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung -Psychotherapie-.

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

4.2 Psychologische Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 PsychThG können Verhaltenstherapie erbringen, wenn sie dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren haben.

4.3 Wird die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, müssen diese

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

4.4 Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 oder 4.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 4.1, 4.2 und oder 4.3 durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Anlage 2
(zu § 4 Absatz 1 Nummer 7)

1. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für alle nach dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln - Arzneimittelgesetz - in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), zuletzt geändert durch Gesetz vom 24. Oktober 2007 (BGBl. I S. 2510), zugelassenen Arzneimittel, sofern sie nicht nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 2 oder im Rahmen dieser Anlage ausgeschlossen sind.

2. Aufwendungen für Arzneimittel, insbesondere für Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial, deren Anwendung aufgrund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieer-

folges, besondere Fachkenntnisse erfordert, die über das Übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel), sind nur beihilfefähig, wenn die Verordnung in Abstimmung mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie im Sinne des § 73d Absatz 2 SGB V erfolgt. Die Wirkstoffe und Anwendungsgebiete nach Satz 1 bestimmen sich nach § 73d Absatz 1 SGB V.

3. Beihilfefähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete hormonelle Mittel zur Kontrazeption nur bei Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres und bei Personen ab Vollendung des 48. Lebensjahres.

4. 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).

5. Beihilfefähig sind Aufwendungen für zugelassene nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die in Form von Spritzen, Salben und Inhalationen im Rahmen einer ambulanten Behandlung durch den Arzt / Zahnarzt mit einer einmaligen Anwendung verbraucht werden.

6. Aufwendungen für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 oder 2 des Medizinproduktegesetzes (MPG) zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, sind indikationsbezogen beihilfefähig, wenn sie in der Anlage V der jeweils aktuellen Fassung der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt sind.

7. 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, Mukovizidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase,

d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit (unberührt bleibt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei Erbrechen bei Tumorthherapie und anderen schwerwiegenden Erkrankungen, z.B. Menierescher Symptomkomplex).

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

a) Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen. Es sind dies z.B. Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, so genannte Krankenkost und diätetische Lebensmittel einschließlich Produkte für Säuglinge oder Kleinkinder. Abweichend von Satz 1 sind beihilfefähig Aufwendungen für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung im Zusammenhang mit Enteraler und Parentaler Ernährung im Rahmen der jeweils aktuellen Fassung des Abschnitts I der Arzneimittel-Richtlinien/AM-RL in der Fassung vom 18. Dezember 2008 / 22. Januar 2009 - veröffentlicht im BAnz. 2009, Nummer 49a; zuletzt geändert am 18. Juni 2009 - veröffentlicht im BAnz. 2009, Nummer 119 S. 2786, sowie den Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung.

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

- nicht oder nicht ausschließlich zur Behandlung von Krankheiten dienen,

- zur individuellen Bedürfnisbefriedigung oder zur Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen,

- zur Behandlung von Befunden angewandt werden, die lediglich Folge natürlicher Alterungsprozesse sind und deren Behandlung medizinisch nicht notwendig ist,

- zur Anwendung bei kosmetischen Befunden angewandt werden, deren Behandlung in der Regel nicht notwendig ist.

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

Das Finanzministerium kann in medizinisch begründeten Einzelfällen oder allgemein (u.a. für Aufwendungen für potenzsteigernde Mittel, wenn diese für andere Erkrankungen als der erektilen Dysfunktion erforderlich sind und es keine anderen zu Behandlung der Krankheit zugelassene Arzneimittel gibt, sie im Einzelfall nicht verträglich sind oder sich als unwirksam erwiesen haben) in den Verwaltungsvorschriften zur dieser Verordnung Ausnahmen zulassen.

Anlage 3 **(zu § 4 Absatz 1 Nummer 10 Satz 11)**

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel

Für die Angemessenheit der Aufwendungen für die Anschaffung von Hilfsmitteln gelten die nachfolgenden Regelungen:

1. Blutdruckmessgerät

Als beihilfefähiger Höchstbetrag wird ein Betrag von 80 Euro festgesetzt.

2. Hörgerät

Als beihilfefähiger Höchstbetrag (je Ohr) wird ein Betrag von 1.400 Euro festgesetzt.

Mit diesem Betrag sind sämtliche Nebenkosten mit Ausnahme der Kosten einer medizinisch notwendigen Fernbedienung abgegolten. Die Mindesttragedauer beträgt 5 Jahre.

3. Perücke

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

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

Bei der Anschaffung der o.g. Hilfsmittel ist der Beihilfenberechnung der Grundpreis der jeweils einfachsten Ausführung des Hilfsmittels zu Grunde zu legen. Von dem Grundpreis ist als Selbstbehalt für die häusliche Ersparnis (Anschaffung eines normalen Fahrrades) für einen Erwachsenen ein Betrag von 500 Euro und für ein Kind (bis 16 Jahre) von 250 Euro in Abzug zu bringen. Auf Grund der jeweiligen Körperbehinderung notwendige Zusatzkosten für Sonderausstattungen sind dem Grundpreis hinzuzurechnen.

5. Blutzuckerteststreifen (Glucose-Teststreifen)

Als beihilfefähiger Höchstbetrag je Teststreifen wird ein Betrag von 0,70 Euro festgesetzt.