

20320

Geltende Gesetze und Verordnungen (SGV. NRW.) mit Stand vom 26.1.2016

**Verordnung über Beihilfen
in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen
(Beihilfenverordnung NRW – BVO NRW)
Vom 5. November 2009 (Fn 1) (Fn 8)**

Auf Grund des § 77 Absatz 8 des Landesbeamtengesetzes vom 21. April 2009 (**GV. NRW. S. 224**) (Fn 2) wird verordnet:

§ 1 (Fn 10)

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 Landesbeamtenversorgungsgesetz in der Fassung des Dienstrechtsanpassungsgesetzes vom 16. Mai 2013 (**GV. NRW. S. 234**)) 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 Landesbeamtenversorgungsgesetzes erhalten.

(2) Beihilfen werden abweichend von Absatz 1 auch dann gewährt, wenn die Versorgungsbezüge auf Grund der §§ 53 bis 56 Landesbeamtenversorgungsgesetz 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 Landesbeamtenversorgungsgesetz nicht gezahlt werden und der Versorgungsberechtigte keine Beihilfeberechtigung in anderer Eigenschaft erworben hat.

(3) Beihilfen werden nicht gezahlt

1. an Beamte und Richter,
 - a) wenn sie für weniger als ein Jahr beschäftigt werden, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Absatz 6 Übergeleitetes Besoldungsgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen) 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 (BeamtStG) vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010) zu beachten.

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

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

(7) Versorgungsempfänger mit mehreren Ansprüchen auf Versorgungsbezüge erhalten Beihilfen von der Stelle, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge (§ 54 Landesbeamtenversorgungsgesetz) 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 (Fn 10) **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 nicht vor, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte [§ 2 Absätze 3 und 5 a des Einkommensteuergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Oktober 2009 (BGBl. I. S. 3366, 3862), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 2. November 2015 (BGBl. I S. 1834)] des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18 000 Euro übersteigt. Bei erstmaligem Rentenbezug ab 1. Januar 2004 ist dem Gesamtbetrag der Einkünfte die Differenz zwischen dem Besteuerungsanteil 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 beihilfefähig, wenn der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner trotz einer ausreichenden Krankenversicherung für bestimmte Erkrankungen von Leistungen ausgeschlossen ist oder die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind; beihilfefähig ist der 1.000 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag. Für einen getrennt lebenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner werden Beihilfen nur gewährt, soweit dieser einen Unterhaltsanspruch gegen den Beihilfeberechtigten hat,

c) für die in Absatz 2 bezeichneten Kinder;

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

2. in Geburtsfällen

a) einer Beihilfeberechtigten,

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

3. im Todesfall

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

4. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs

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

5. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation

- a) eines Beihilfeberechtigten,
- b) des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners des Beihilfeberechtigten,
- c) eines im Absatz 2 bezeichneten Kindes.

(2) Beihilfen zu Aufwendungen nach Absatz 1 werden nur für nicht selbst beihilfeberechtigte, im Familienzuschlag nach dem Übergeleiteten Besoldungsgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen vom 16. Mai 2013 (**GV. NRW. S. 234**) berücksichtigte oder berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten gezahlt. Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig oder ist bei verheirateten oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kindern neben dem beihilfeberechtigten Elternteil der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner des Kindes beihilfeberechtigt, 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 (Fn 5)

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 und zur Vorsorge,
 - a) bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres sowie zwischen dem vollendeten siebten und vor Vollendung des elften Lebensjahres für eine ärztliche

Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden,

b) bei Jugendlichen zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr sowie zwischen dem vollendeten 16. Lebensjahr und vor Vollendung des 18. Lebensjahres für eine ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, wobei die Untersuchung auch zwölf Monate vor oder nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),

c) bei Frauen vom Beginn des 20. Lebensjahres an jährlich für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, zusätzlich jährlich der Brust ab dem 30. Lebensjahr, sowie zusätzlich der Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust (Mammographie-Screening) ab dem 50. Lebensjahr bis zum Ende des 70. Lebensjahres,

d) bei Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an für jährlich eine ärztliche Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales,

e) bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an für eine Untersuchung in jedem zweiten Jahr zur Früherkennung von Hautkrebs-, Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit und

f) bei Personen von der Vollendung des 50. Lebensjahres an für Untersuchungen des Rektums und des übrigen Dickdarms,

nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses [§ 91 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) vom 20. Dezember 1988 in der jeweils geltenden Fassung] zu den §§ 25 und 26 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung,

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

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

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

6. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs,

7. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation.

(2) Über die beihilferechtliche Notwendigkeit und den wirtschaftlich angemessenen Umfang von Aufwendungen entscheidet die Beihilfestelle. Sie kann bei Zweifeln über die Notwendigkeit und den wirtschaftlich angemessenen Umfang ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes – beziehungsweise Zahnarztes, einer Fachklinik oder des Medizinischen Dienstes der Gesetzlichen Krankenversicherungen einholen. Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle; dies gilt auch für Gutachten in Zusammenhang mit beihilferechtlichen Voranerkennungsverfahren, soweit die nachfolgenden Vorschriften nicht etwas anderes bestimmen.

(3) 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 (Fn 10)

Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

- (1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für:

1. medizinische Leistungen, die durch Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilpraktiker, Hebammen und Entbindungspfleger sowie Angehörige der Gesundheits- und Medizinalfachberufe erbracht werden. Beihilfefähig sind nur medizinisch notwendige und der Höhe nach angemessene Aufwendungen in wirtschaftlichem Umfang (§ 3 Absatz 1 und 2)
 - a) zur Gesundheitsvorsorge,
 - b) zur Empfängnisregelung, im Geburtsfall, bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation,
 - c) in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, zur Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden,
 - d) bei ambulanten und stationären Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen oder
 - e) um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich für ambulant durchgeführte psychotherapeutische Leistungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung nach den §§ 4a bis 4e und der Anlage 1 zu dieser Verordnung, für durch Heilpraktiker erbrachte Leistungen nach der Anlage 4 zu dieser Verordnung, für durch Gesundheits- und Medizinalfachberufe erbrachte Leistungen nach § 4i Absatz 2 und der Anlage 5 zu dieser Verordnung und für durch Hebammen und Entbindungspfleger erbrachte Leistungen nach der Hebammengebührenordnung Nordrhein-Westfalen vom 30. Juni 2015 (**GV. NRW. S. 541**), in der jeweils geltenden Fassung.

2. Stationäre Behandlungen in Krankenhäusern, deren Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1613) vergütet werden. Beihilfefähig sind

- a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 KHEntgG, § 2 Absatz 2 BPflV),

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 d, 6 oder 6a anzuwenden sind.

Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern nach § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, 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 der häuslichen Krankenpflege (Grundpflege und hauswirtschaftliche 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, Schwägerter 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 9 Euro je Stunde, höchstens jedoch 72 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 apothekenpflichtigen Arzneimittel [§ 2 Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Dezember 2005 (BGBl. I. S. 3394) in der jeweils geltenden Fassung], Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes in der jeweils aktuellen Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt und nach Anlage V der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß 91 SGB V über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien) nach den dort genannten Maßgaben zur Verordnung zugelassen sind. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen

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

2. für nichtverschreibungspflichtige apothekenpflichtige und nicht apothekenpflichtige Arzneimittel.

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

Das Finanzministerium kann abweichend von Satz 2 in medizinisch begründeten besonderen Einzelfällen sowie allgemein in der Anlage 2 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 nicht für Arzneimittel und Medizinprodukte 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. § 4i Absatz 4 gilt sinngemäß.

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

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

untergebrachten Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr zu deren Betreuung die Unterbringung eines Elternteils oder auch von Geschwistern medizinisch erforderlich, wird zu deren Unterbringungskosten ein Zuschuss von bis zu insgesamt 80 Euro täglich gezahlt, soweit das Hospiz die Unterbringungskosten gesondert in Rechnung stellt. Das gilt nicht in den Fällen des Satzes 6.

10. 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 18. 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, Kosten eines Personenkraftwagens einschließlich behindertengerechter Um- und Einbauten 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,
Suspensorien,
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 LRKG 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.

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

- a) die Aufwendungen nach den Nummern 1 bis 3, 6, 7, 9 und 11, die aus Anlass der für die Organspende notwendigen Maßnahmen entstehen,
- b) Behandlungskosten auf Grund von Komplikationen, die auf die Organentnahme zurückzuführen sind,
- c) Aufwendungen nach den §§ 6 und 7,
- d) der nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen.

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

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

(2)

- a) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.
- b) Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, sind für höchstens zehn Implantate pauschal bis zu 1 000 Euro je Implantat beihilfefähig. Mit dem Pauschalbetrag sind sämtliche Kosten der zahnärztlichen und kieferchirurgischen Behandlung einschließlich notwendiger Anästhesie und der Kosten unter anderem für die Implantate selbst, die Implantataufbauten, die implantatbedingten Verbindungselemente, Implantatprovisorien, notwendige Instrumente (zum Beispiel Bohrer und Fräsen), Membranen und Membrannägel, Knochen- und Knochenersatzmaterial, Nahtmaterial, Röntgenleistungen, Computertomographie und Anästhetika abgegolten. Die Aufwendungen für die Suprakonstruktion sind neben dem Pauschalbetrag nach Satz 1

beihilfefähig. Vorhandene Implantate, zu denen eine Beihilfe gewährt wurde, sind auf die Höchstzahl nach Satz 1 anzurechnen.

Bei Vorliegen der folgenden Indikationen:

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

- a) Tumoroperationen,
- b) Entzündungen des Kiefers,
- c) Operationen infolge großer Zysten (zum Beispiel große folliculäre Zysten oder Keratozysten),
- d) Operationen infolge von Osteopathien, sofern keine Kontraindikation für eine Implantatversorgung vorliegt,
- e) angeborenen Fehlbildungen des Kiefers (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, ektodermale Dysplasien) oder
- f) Unfällen

haben,

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

3. generalisierte genetische Nichtanlage von Zähnen,

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

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

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

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

c) Zahntechnische Leistungen nach § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, sind bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen in Höhe von 70 Prozent beihilfefähig.

§ 4a (Fn 6)

Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung

(1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie in den Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie sowie für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung sind nach Maßgabe der Absätze 2 und 3 sowie der §§ 4b bis 4e beihilfefähig.

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

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 4b bis 4e,
2. Leistungen nach Abschnitt 1 der Anlage 1 zu dieser Verordnung.

§ 4b (Fn 6)

Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie

(1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie sind beihilfefähig bei

1. affektiven Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen und Dysthymie,
2. Angststörungen und Zwangsstörungen,
3. somatoformen Störungen und dissoziativen Störungen,
4. Anpassungsstörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen,
5. Essstörungen,
6. nichtorganischen Schlafstörungen,
7. sexuellen Funktionsstörungen oder
8. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

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

1. psychischen Störungen und Verhaltensstörungen

- a) durch psychotrope Substanzen; im Fall einer Abhängigkeit nur, wenn Suchtmittelfreiheit oder Abstinenz erreicht ist oder voraussichtlich innerhalb von zehn Sitzungen erreicht werden kann,
- b) durch Opioide und gleichzeitiger stabiler substituierender Behandlung im Zustand der Beigebrauchsfreiheit,

2. seelischen Krankheiten auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch bei seelischen Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,
3. seelischen Krankheiten als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe oder
4. schizophrenen und affektiven psychotischen Störungen.

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

(3) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie, die zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren gehören und nach den Abschnitten B und G der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) geändert worden ist, abgerechnet werden, sind beihilfefähig, wenn

1. sie der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen nach Absatz 1 dienen, bei denen eine Psychotherapie indiziert ist,
2. nach einer biographischen Analyse oder einer Verhaltensanalyse und nach höchstens fünf, bei analytischer Psychotherapie nach höchstens acht probatorischen Sitzungen ein Behandlungserfolg zu erwarten ist und

3. die Beihilfestelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines Gutachtens zu Notwendigkeit, Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

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

(4) Das Gutachten nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 ist bei einem Gutachter einzuholen, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung in der jeweils geltenden auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de) veröffentlichten Fassung bestellt worden ist.

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

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

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

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

(6) Aufwendungen einer Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing sind bei Erwachsenen mit posttraumatischen Belastungsstörungen nur im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts beihilfefähig.

§ 4c (Fn 6)

Psychoanalytisch begründete Verfahren

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

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	50 Sitzungen	40 Sitzungen
in besonderen Fällen	30 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist	höchstens 20 weitere Sitzungen	höchstens 20 weitere Sitzungen

2. analytische Psychotherapie von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung

Regelfall	80 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten	80 weitere Sitzungen	40 weitere Sitzungen
in besonderen Fällen	nochmals 80 weitere Sitzungen	nochmals 40 weitere Sitzungen
wenn das Behandlungsziel in den genannten Sitzungen noch nicht erreicht worden ist	höchstens 60 weitere Sitzungen	höchstens 30 weitere Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	90 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
in besonderen Fällen	höchstens 40 weitere Sitzungen	höchstens 30 weitere Sitzungen

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	70 Sitzungen	40 Sitzungen
bei erneuter eingehender Begründung des Therapeuten	50 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen
in besonderen Fällen	höchstens 30 weitere Sitzungen	höchstens 30 weitere Sitzungen

In besonderen Fällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine über die in Satz 1 Nummer 3 und 4 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus im Einvernehmen mit dem Finanzministerium anerkannt werden, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.

(2) Bei durch Gutachten belegter medizinischer Notwendigkeit der Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die dafür vorgesehenen Sitzungen bei Einzelbehandlungen bis zu einem Viertel und bei Gruppenbehandlungen bis zur Hälfte der bewilligten Zahl von Sitzungen zusätzlich anerkannt werden.

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

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

§ 4d (Fn 6)

Verhaltenstherapie

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
Regelfall	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wenn das Behandlungsziel nicht innerhalb von 45 Sitzungen erreicht worden ist	15 weitere Sitzungen	15 weitere Sitzungen
in besonderen Fällen	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

(2) § 4c Absatz 2 gilt entsprechend.

(3) Einer Anerkennung nach § 4b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 bedarf es nicht, wenn der Beihilfestelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten nach Abschnitt 4 der Anlage 1 vorgelegt wird, dass

1. bei Einzelbehandlung nicht mehr als zehn Sitzungen oder
2. bei Gruppenbehandlungen nicht mehr als 20 Sitzungen

erforderlich sind. Muss in besonderen Fällen die Behandlung verlängert werden, ist die Beihilfestelle unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung der medizinischen Notwendigkeit durch die Beihilfestelle beihilfefähig. Die Beihilfestelle hat hierzu ein Gutachten nach § 4b Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 einzuholen.

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

§ 4e (Fn 4)

Psychosomatische Grundversorgung

(1) Die psychosomatische Grundversorgung im Sinne dieser Verordnung umfasst

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

(2) Je Krankheitsfall sind beihilfefähig Aufwendungen für

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

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

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

§ 4f (Fn 7)

Neuropsychologische Therapie

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

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

die zusätzlich zu ihrer Gebietsbezeichnung über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen,

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

- 5.ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- 6.Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder
- 7. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten,

wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Absatz 3.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen anlässlich der Behandlung von

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

(3) Aufwendungen für neuropsychologische Behandlungen sind im folgenden Umfang beihilfefähig:

- 1. bis zu fünf probatorische Sitzungen sowie,
- 2. Einzelbehandlung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

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

und

- 3. Gruppenbehandlung, bei Kindern und Jugendlichen ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen

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

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

§ 4g (Fn 7)

Komplextherapien und integrierte Versorgung

- (1) Aufwendungen für Leistungen, die in Form von ambulanten, teil- oder vollstationären Komplextherapien erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind in Höhe der Beträge beihilfefähig, die eine gesetzliche Krankenkasse mit dem Leistungsanbieter vereinbart hat. Die Komplextherapie muss von einem berufsübergreifenden Team von Therapeuten erbracht werden, dem auch Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder andere Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen angehören müssen.
- (2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für sozialpädagogische und sozialpädiatrische Leistungen außerhalb von Komplextherapien. Stellen sozialpädiatrische Zentren Aufwendungen in Rechnung, die ausschließlich den medizinischen Teil ihrer Leistungen umfassen, sind diese Aufwendungen abweichend von Satz 1 beihilfefähig.
- (3) Aufwendungen für Leistungen, die im Rahmen einer integrierten Versorgung erbracht und pauschal abgerechnet werden, sind in Höhe der Pauschalbeträge beihilfefähig, die in Verträgen zwischen Leistungserbringern und privaten Krankenversicherungsunternehmen vereinbart wurden oder soweit Verträge zu integrierten Versorgungsformen nach § 140b SGB V bestehen.
- (4) Das Finanzministerium kann Vereinbarungen über Pauschalabrechnungen im Rahmen der integrierten Versorgung mit Kliniken treffen bzw. - soweit diese von privaten Krankenversicherungen geschlossen werden – im Rahmen der Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung für anwendbar erklären.

§ 4h (Fn 7)

Soziotherapie

- (1) 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. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Schwere psychische Erkrankungen nach Satz 1 sind Erkrankungen
1. des schizophrenen Formenkreises
 - a) Schizophrenie,
 - b) schizotype Störung,
 - c) anhaltende wahnhaftige Störung,
 - d) induzierte wahnhaftige Störung und
 - e) schizoaffektive Störung,sowie
 2. der affektiven Störung
 - a) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung,
 - b) schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und
 - c) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung.
- (2) Die Verordnung von Soziotherapie dürfen nur Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, in therapeutisch begründeten Fällen in der Übergangsphase ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, vornehmen. Die Dauer und die Frequenz der soziotherapeutischen Betreuung sind abhängig von den individuellen medizinischen Erfordernissen. Es können gegebenenfalls nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen insgesamt höchstens 120 Therapieeinheiten je Krankheitsfall innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren berücksichtigt werden. Die Soziotherapieeinheit umfasst 60 Minuten. Bei

Gruppenbehandlung umfasst die Soziotherapieeinheit 90 Minuten, wobei die Höchststundenzahl nach Satz 3 insgesamt nicht überschritten werden darf.

(3) Soziotherapie können nur die seitens der gesetzlichen Krankenversicherungen anerkannten Leistungserbringer (§ 37a SGB V) durchführen. Es sind dies Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagogen und Fachkrankenschwäger für Psychotherapie (§ 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 3 gilt insoweit nicht).

(4) Beihilfefähig sind die Aufwendungen bis zur Höhe der Kosten, die von den Ortskrankenkassen in vergleichbaren Fällen auf der Grundlage des § 37a SGB V gezahlt werden.

§ 4i (Fn 4)

Sonstige Heilbehandlungen

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

(2) Die verordnete Heilbehandlung muss nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen und, soweit nicht von einem Arzt oder Heilpraktiker erbracht, von einem Angehörigen der Gesundheits- oder Medizinalfachberufe durchgeführt werden. Es sind dies Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Klinische Linguisten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseurin und medizinische Bademeister, Physiotherapeuten, Podologen oder akademische Sprachtherapeuten, die über eine Zulassung der Gesetzlichen Krankenversicherung nach § 124 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verfügen. Die Angemessenheit von Aufwendungen beihilferechtlich anerkannter Heilbehandlungen, die von Behandlern nach Satz 2 erbracht werden, bestimmt sich nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und Anlage 5 zu dieser Verordnung. Pauschalabrechnungen können grundsätzlich nicht berücksichtigt werden, es sei denn, die Pauschalabrechnungen entgelten im Grundsatz beihilfefähige Leistungen und entsprechen den Beträgen, die mit gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern vereinbart wurden. Das Finanzministerium kann weitere Ausnahmen zulassen.

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

(4) Heilbehandlungen, die wegen fehlender wissenschaftlicher Anerkennung oder fehlender Notwendigkeit beihilferechtlich nicht oder teilweise nicht berücksichtigt werden können, ergeben sich aus der nicht abschließenden Anlage 6 zu dieser Verordnung. In begründeten Einzelfällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht oder ohne Erfolg angewandt wurde, kann das Finanzministerium mit Ausnahme der in Abschnitt I der Anlage 6 aufgeführten Heilbehandlungen eine Ausnahme zulassen. Soweit wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen ohne Erfolg angewendet worden sind, kann das Finanzministerium auf Grund eines Gutachtens eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) auch Aufwendungen für wissenschaftlich noch nicht anerkannte Heilbehandlungen für beihilfefähig erklären.

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

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

§ 5 (Fn 5)**Beihilfefähige 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 nach Maßgabe des § 5 b, für Kurzzeitpflege nach Maßgabe des § 5 c und für vollstationäre Pflege nach Maßgabe des § 5 d beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Leistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie bei zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen richtet sich nach § 5 e.

(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 sechs 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 stationären 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 4 000 Euro je Maßnahme beihilfefähig, soweit die Pflegeversicherung hierzu Leistungen erbringt.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung (ambulant betreute Wohngruppe - § 38a SGB XI), gilt Satz 3 entsprechend. Der Gesamtbetrag je Maßnahme zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes ist auf 16 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die beteiligten Pflegeversicherungen aufgeteilt. Soweit die Pflegeversicherungen einmalig einen weiteren Betrag in Höhe von bis zu 2 500 Euro nach § 45e SGB XI gewähren, ist dieser Betrag zusätzlich beihilfefähig. Der Gesamtbetrag ist je Wohngruppe auf 10 000 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Pflegeversicherungen der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Die Mitteilung der Pflegeversicherung des Beihilfeberechtigten ist für die Beihilfestelle bindend und zunächst abzuwarten.

(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) Wird im Rahmen der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit durch den Gutachter der Pflegekasse eine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen (§ 18a Absatz 1 SGB XI), gilt § 6 mit

Ausnahme von Absatz 1 Satz 2 und 3 sowie § 7 Absatz 4 mit Ausnahme des Satzes 2 (§ 7 Absatz 2 Buchstaben a bis d) entsprechend. Die Mitteilung der zuständigen Pflegekasse ist vom Beihilfeberechtigten vor der Bewilligung durch die Beihilfestelle vorzulegen.

(7) 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.

(8) 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 (Fn 10) **Häusliche Pflege**

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

1. in Stufe I

- a) 450 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 468 Euro ab 1. Januar 2015,

2. in Stufe II

- a) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 1 144 Euro ab 1. Januar 2015,

3. in Stufe III

- a) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.

Entstehen auf Grund besonderen Pflegebedarfs in der Pflegestufe III (§ 36 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) höhere Aufwendungen, sind diese monatlich beihilfefähig bis zu weiteren

- a) 1 918 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 1 995 Euro ab 1. Januar 2015.

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

1. in Stufe I

- a) 235 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 244 Euro ab 1. Januar 2015,

2. in Stufe II

- a) 440 Euro ab 1. Januar 2012,
- b) 458 Euro ab 1. Januar 2015,

3. in Stufe III

- a) 700 Euro ab 1. Januar 2012,

b) 728 Euro ab 1. Januar 2015.

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 7 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 und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung beihilfefähig.

(3) Ist die Pflegeperson nach Absatz 2 wegen Urlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege verhindert, sind die Aufwendungen der notwendigen Ersatzpflege (§ 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Beihilfefähig sind je Kalenderjahr bis zu 1 612 Euro, wenn die Ersatzpflege durch andere Personen sichergestellt wird als solche, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Der Betrag nach Satz 3 kann um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege nach § 5 c Absatz 2 auf insgesamt 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den beihilfefähigen Betrag nach § 5 c Absatz 2 angerechnet.

(4) Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit der pflegebedürftigen Person bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind neben der Pauschale nach Absatz 2 Satz 1 für bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr auf Nachweis die notwendigen Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind (begrenzt auf den Betrag nach Absatz 3 Satz 3), beihilfefähig; wird die Ersatzpflege erwerbsmäßig ausgeübt, gilt der Betrag nach Absatz 3 Satz 3 und 4 entsprechend. Während der Ersatzpflege ist der nach Absatz 2 beihilfefähige Pauschalbetrag zusätzlich für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr zu 50 Prozent beihilfefähig; Absatz 2 Satz 2 bleibt unberührt.

(5) 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. Eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 ist während einer Kurzzeitpflege nach § 5 c Absatz 1 und 2 für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege nach Absatz 3 und 4 für bis zu sechs Wochen zusätzlich je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege gezahlten Pauschale beihilfefähig.

§ 5 b (Fn 9)**Teilstationäre Pflege**

(1) Aufwendungen für eine Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege - § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch -) in entsprechenden Einrichtungen der Tages- und 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 der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- und Nachtpflege und zurück.

(2) Beihilfefähig sind im Rahmen der Höchstbeträge nach Satz 2 die pflegebedingten Aufwendungen nach Absatz 1, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen

für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Je Kalendermonat sind beihilfefähig:

1. in der Pflegestufe I

a) 450 Euro ab 1. Januar 2012,

b) 468 Euro ab 1. Januar 2015,

2. in der Pflegestufe II

a) 1 100 Euro ab 1. Januar 2012,

b) 1 144 Euro ab 1. Januar 2015,

3. in der Pflegestufe III

a) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012,

b) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.

(3) Pflegebedürftige Personen können neben den Höchstbeträgen nach Absatz 2 Leistungen nach § 5 a Absatz 1, Absatz 2 oder Absatz 5 in Anspruch nehmen, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.

§ 5 c (Fn 9)

Kurzzeitpflege

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch eine teilstationäre Pflege (§ 5 b) nicht aus, sind die Aufwendungen für eine Pflege in einer vollstationären Einrichtung beihilfefähig (§ 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Dies gilt

1. für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung der pflegebedürftigen Person 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.

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

a) 1 550 Euro ab 1. Januar 2012,

b) 1 612 Euro ab 1. Januar 2015.

Während der Kurzzeitpflege ist der bisher nach § 5 a Absatz 2 beihilfefähige Pauschalbetrag zu 50 Prozent beihilfefähig. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.

(3) Der Betrag nach Absatz 2 kann um bis zu 1 612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln nach § 5 a Absatz 3 (Verhinderungspflege - § 39 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) auf insgesamt bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag nach § 5 a Absatz 3 angerechnet.

(4) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 sind in begründeten Einzelfällen die Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen 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 d Absatz 6 gilt insoweit nicht. Der von der Pflegekasse anerkannte Betrag ist der Beihilfeberechnung zu Grunde zu legen.

(5) Abweichend von Absatz 1 sind die Aufwendungen der Kurzzeitpflege auch in stationären Rehabilitationseinrichtungen beihilfefähig, wenn während einer Rehabilitationsmaßnahme für die Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege der pflegebedürftigen Person erforderlich ist.

§ 5 d (Fn 3)

Vollstationäre Pflege

(1) Bei der stationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung (§§ 71 Absatz 2 und 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 die medizinische Behandlungspflege beihilfefähig. Verbleibt unter Berücksichtigung der Beihilfe- und Pflegeversicherungsleistungen für die pflegebedingten Aufwendungen nach Satz 1 ein Restbetrag, wird dieser aus Fürsorgegründen als Zuschuss gezahlt. Für den Zuschuss nach Satz 2 werden abweichend von Satz 1 höchstens in der Pflegestufe I 1 800 Euro, in der Pflegestufe II 2 400 Euro, in der Pflegestufe III 3 000 Euro und in Fällen des § 43 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB XI 3 500 Euro berücksichtigt.

(2) Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten (§ 82 Absatz 3 SGB XI) sind nicht beihilfefähig. Sofern die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung folgende monatliche 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 oder

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

wird der übersteigende Anteil als Beihilfe ausgezahlt.

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

(3) Bei 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 266 Euro beihilfefähig. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig; § 38 Satz 5 SGB XI ist zu beachten.

§ 5 e (Fn 3)

Leistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen

(1) Pflegebedürftige Personen der Pflegestufen I bis III und Personen, die die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, erhalten Beihilfen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 10. Der Beihilfeberechtigte hat zunächst bei der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen den Antrag auf Leistungen nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch zu stellen und den Bewilligungsbescheid dem Beihilfeantrag beizufügen.

(2) Aufwendungen für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (§ 45b Absatz 1 Satz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) sind bei Personen, die die Voraussetzungen nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, bis zu 104 Euro (Grundbetrag) oder 208 Euro (erhöhter Betrag) monatlich beihilfefähig. Dies gilt auch, wenn Beihilfe nach § 5 a Absatz 3 oder Absatz 4 in Anspruch genommen wird.

(3) Bei pflegebedürftigen Personen nach Absatz 1, die nicht die Voraussetzungen des § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, sind zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen bis zu einem Betrag von monatlich 104 Euro beihilfefähig.

(4) Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Absatz 2 oder 3 wird von der Pflegeversicherung festgelegt und ist für die Berechnung der Beihilfe maßgeblich. Aufwendungen nach § 5 Absatz 7 sind nicht auf die Beträge nach Satz 1 anzurechnen und in vollem Umfang beihilfefähig.

(5) Der monatliche Höchstbetrag nach Absatz 2 oder 3 kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Wird der für das jeweilige Kalenderjahr zustehende Jahreshöchstbetrag nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

(6) Bei Personen nach Absatz 1, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, sind pauschal monatlich 205 Euro zusätzlich beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung Leistungen nach § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt.

(7) Soweit die Pflegeversicherung Kombinationsleistungen nach § 45b Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt, sind diese anteilig von der Beihilfe zu tragen.

(8) Bei Personen nach § 45a Absatz 1 Nummer 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch gilt § 5 a entsprechend mit der Maßgabe, dass nach § 5 a Absatz 1 bis zu monatlich 231 Euro, nach Absatz 2 bis zu monatlich 123 Euro und nach § 5 b Absatz 2 monatlich bis zu 231 Euro beihilfefähig sind. Daneben gelten - soweit die Pflegeversicherung Leistungen nach §§ 38a, 39, 40, 41, 42 und 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt - § 5 Absatz 4 Sätze 1 und 3, § 5 c Absatz 1 und § 5 d Absatz 6 entsprechend.

(9) Bei pflegebedürftigen Personen der Pflegestufen I und II nach Absatz 1 erhöht sich der beihilfefähige Betrag nach

1. § 5 a Absatz 1 in der

- a) Pflegestufe I um 221 auf bis zu 689 Euro,
- b) Pflegestufe II um 154 auf bis zu 1 298 Euro,

2. § 5 a Absatz 2 in der

- a) Pflegestufe I um 72 Euro auf 316 Euro,

b) Pflegestufe II um 87 Euro auf 545 Euro,

3. § 5 b Absatz 2 in der

a) Pflegestufe I um 221 auf bis zu 689 Euro,

b) Pflegestufe II um 154 Euro auf bis zu 1 298 Euro.

(10) Die von der stationären Pflegeeinrichtung für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Person erhobenen Vergütungszuschläge nach § 87 b des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig. Das gilt auch für Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht.

§ 6 (Fn 10)

Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind neben den Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4 die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe für höchstens 23 Kalendertage (es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich) einschließlich der Reisetage sowie den ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig. 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 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4 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 in Verbindung mit § 108 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 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4 in Rechnung gestellt, ist die Pauschale nach Satz 1 um 30 vom Hundert 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 (Fn 10)**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 (§§ 24 und 41 Absatz 1 SGB V) werden - soweit die Einrichtungen über Versorgungsverträge nach § 111a SGB V verfügen - Beihilfen bis zu einer Dauer von 23 Kalendertagen (bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen) einschließlich der Reisetage gewährt. § 7 Absatz 2 gilt entsprechend. Wird die Maßnahme nach Satz 1 ausschließlich auf Grund der Erkrankung eines Kindes notwendig, ist § 7 Absatz 2 Buchstabe b Satz 1 nicht anzuwenden.

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

§ 6 b (Fn 11)**Familienorientierte Rehabilitation**

(1) Aufwendungen für eine ärztlich verordnete Familientherapie sind für höchstens 23 Tage einschließlich der Reisetage im Kalenderjahr beihilfefähig, wenn ein Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr an einer schweren chronischen Erkrankung insbesondere Krebserkrankung, Mukoviszidose, Zustand nach Operation am Herzen oder nach Organtransplantation leidet.

(2) Für die Aufwendungen des erkrankten Kindes gilt § 6 entsprechend.

(3) Für die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, Kurtaxe sowie Fahrtkosten der begleitenden Familienmitglieder (Eltern, Geschwister) wird pro Person ein Zuschuss von 40 Euro, höchstens aber insgesamt 100 Euro täglich gezahlt. Entstehen den begleitenden Familienangehörigen Aufwendungen für ärztliche Behandlungen, die in Zusammenhang mit der Behandlung des erkrankten Kindes stehen, sind diese Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig; § 12 Absatz 2 Buchstabe b gilt entsprechend.

(4) Ist für das erkrankte Kind eine Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme über 23 Tage hinaus medizinisch indiziert, gilt Absatz 3 für höchstens weitere 7 Tage.

(5) Bestehen zwischen der aufgesuchten Einrichtung und einem Sozialversicherungsträger Verträge oder Verfahrensabsprachen, kann der dort vereinbarte Pauschalsatz pro Person als beihilfefähiger Betrag abweichend von Absatz 3 Satz 1 berücksichtigt werden, wenn dies für den Beihilfeberechtigten günstiger ist; § 12 Absatz 2 Buchstabe b gilt entsprechend.

§ 6 c (Fn 11)**Sozialmedizinische Nachsorge**

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

§ 6 d (Fn 11)**Rehabilitationssport und Funktionstraining**

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

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

Die Maßnahmen müssen unter ärztlicher Überwachung durchgeführt werden.

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

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

§ 7 (Fn 14)**Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen**

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

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

- a) vor der erstmaligen Antragstellung eine Wartezeit von insgesamt drei Jahren Beihilfeberechtigung nach diesen oder entsprechenden Beihilfevorschriften 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 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4, 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 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4 beihilfefähig. Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Voraussetzung für eine ständige Begleitperson behördlich festgestellt ist, und bei Kindern, bei denen der Amtsarzt bestätigt hat, dass für eine Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist, wird zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Kurtaxe sowie Fahrkosten der Begleitperson ein Zuschuss von 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 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4 beihilfefähig. Absatz 2 Buchstaben b bis g gelten sinngemäß. Wird die ambulante Rehabilitationsmaßnahme durch die Einrichtung pauschal abgerechnet, sind die Aufwendungen in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit dem Sozialversicherungsträger getroffen hat. Nebenkosten [z.B. Verpflegungs- und Unterbringungskosten (Ruheraum), Kurtaxe] sind - soweit in der Pauschalpreisvereinbarung nicht enthalten - bis zu einem Betrag von insgesamt 20 Euro täglich - beihilfefähig. Soweit die Einrichtung nicht über einen kostenlosen Fahrdienst verfügt, sind notwendige Fahrkosten bis zu einem Betrag von 40 Euro täglich beihilfefähig.

§ 8

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

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

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

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

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

1. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,

2. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,

3. ausschließlich Ei- und Samenzellen des Beihilfeberechtigten und seines Ehegatten verwendet werden,

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

Dies gilt auch für Inseminationen, die nach Stimulationsverfahren durchgeführt werden und bei denen dadurch ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften mit drei oder mehr Embryonen besteht. Bei anderen Inseminationen ist Satz 1 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 14 Tagen, beginnend mit dem Tage der Geburt; § 4 Absatz 1 Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend,
6. die durch die Niederkunft unmittelbar veranlassten Fahrten; § 4 Absatz 1 Nummer 11 gilt entsprechend,
7. Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung,
8. eine Familien- und Hauspflegekraft; § 4 Absatz 1 Nummer 6 gilt entsprechend.

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

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

§ 10 (Fn 10)

Behandlungs- und Beförderungskosten im Ausland; Auslandskrankenversicherung

(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.

(2) Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz entstandenen Aufwendungen für ambulante Behandlungen und für stationäre Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern ist ein Kostenvergleich nach Absatz 1 nicht erforderlich. Bei Behandlungen in anderen Krankenhäusern, sind die Aufwendungen nur insoweit angemessen, als sie den Aufwendungen (Behandlungs-,

Unterkunfts- und Verpflegungskosten) entsprechen, die in der der Beihilfestelle nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung für eine medizinisch gleichwertige Behandlung entstanden wären. § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 Buchstabe b und Satz 3 gelten entsprechend. Die entsprechenden Nachweise sind durch den Beihilfeberechtigten zu erbringen. Notwendige Übersetzungskosten sind nicht beihilfefähig.

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

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

1. wenn ein Beihilfeberechtigter auf einer Auslandsdienstreise erkrankt und die Krankenbehandlung nicht bis zur Rückkehr ins Inland aufgeschoben werden kann,
2. wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen wird, dass die Behandlung im Ausland dringend notwendig und im Inland kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist; die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen muss vor Beginn der Behandlung von der Beihilfestelle und bei Beihilfeberechtigten des Landes vom Finanzministerium anerkannt worden sein,
3. wenn sie 1.000 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen.

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

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

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

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(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 500 Kilometern.

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

§ 12 (Fn 10)

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 50 vom Hundert,
- b) den Empfänger von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfeberechtigt ist, 70 vom Hundert,
- c) den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner 70 vom Hundert,
- d) ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, 80 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 70 vom Hundert. Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 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 10 vom Hundert bei Personen, an deren Beiträgen zur Krankenversicherung sich ein Rentenversicherungsträger beteiligt, sofern ihnen dem Grunde nach eine Beitragsentlastung von mindestens 90 Euro 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 20 vom Hundert, höchstens auf 90 vom Hundert.

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

- a) wenn die Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung entstanden sind und keine Leistungen einer Krankenversicherung erbracht werden,
- b) im Falle einer Leichenüberführung, wenn der Tod während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich angeordneten Umzuges eingetreten ist und die Leiche an den Familienwohnsitz überführt wird,
- c) in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, mit Zustimmung des Finanzministeriums.

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

(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, Leistungen auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sowie der Fürsorgeleistung nach § 5 d Absatz 1 Satz 2 die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Unberücksichtigt bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfl egetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerentenzusatzversicherungen und sonstigen Summenversicherungen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Personen jeweils 100 Euro täglich nicht überschreiten. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Aufwendungen nach den §§ 5, 5 a bis e 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 (Fn 10)

Kostendämpfungspauschale

(1) Die nach Anwendung des § 12 Absatz 7 verbleibende Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem beihilfefähige Aufwendungen in Rechnung gestellt sind, 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 8 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	300 Euro
3	A 16, B 2, B 3, C 3, H 4, H 5, R 2, R 3, W 2, 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 Landesbesoldungsgesetz 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 hinterbliebenen Lebenspartnern (§ 1 Absatz 1 Nummer 3) nach 60 vom Hundert des Ruhegehaltssatzes;

dabei darf die Kostendämpfungspauschale in den Fällen der Nummer 1 70 vom Hundert und in den Fällen der Nummer 2 40 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 von der Rechnungsstellung 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 wegen dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 5) entfällt die Kostendämpfungspauschale.

§ 13 (Fn 10)

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 sind die vom Finanzministerium herausgegebenen Formblätter zu verwenden. 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. Soweit in den Fällen des § 14 Absatz 2 der Erbe unbekannt ist, verlängert sich die Frist nach Satz 1 um zwölf Monate. 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 Beihilfberechtigten von der Festsetzungsstelle durch Stempelaufdruck „Für Beihilfezwecke verwendet“ kenntlich zu machen.

(6) Die Beihilfebescheide sind mit einer Rechtsbehelfsbelehrung (§ 58 Ausführungsgesetz zur Verwaltungsgerichtsordnung) 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 Beihilferechtigte 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 Beihilfberechtigten entstanden waren, und zu den in § 11 Absatz 1 genannten Aufwendungen aus Anlass des Todes des Beihilfberechtigten 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 Beihilfberechtigten 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 (Fn 10)

Belastungsgrenze

(1) Selbstbehalte nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 und 3 und Absatz 2 Buchstabe c sowie die Kostendämpfungspauschale nach § 12 a dürfen in den Kalenderjahren 2010 bis 2014 2 Prozent und ab dem Kalenderjahr 2015 1,5 Prozent der Bruttojahresdienstbezüge oder Bruttojahresversorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (Belastungsgrenze) des Beihilfeberechtigten nicht übersteigen. 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 nach Absatz 1 Satz 1 überschritten, sind für das betreffende Kalenderjahr keine weiteren Selbstbehalte in Abzug zu bringen.

(3) Ab dem Kalenderjahr 2014 werden auf Antrag des Beihilfeberechtigten nachträglich Beihilfen zu Aufwendungen für verordnete nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel gezahlt, soweit die im Grundsatz nicht beihilfefähigen Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 2 Nummer 2 im Kalenderjahr den Betrag von 200 Euro (nicht berücksichtigungsfähiger Eigenbehalt) und die Belastungsgrenze nach Absatz 4 überschritten haben. Nicht berücksichtigungsfähig sind Aufwendungen für Arzneimittel und Medizinprodukte der besonderen Therapierichtungen (§ 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 5) bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben sowie Aufwendungen, die nach Anlage 2 Nummer 7 ausgeschlossen sind. Der Antrag kann frühestens nach Ablauf des Kalenderjahres und muss spätestens bis zum Ablauf des Jahres gestellt werden, das auf das Jahr folgt, in dem die Aufwendungen entstanden sind.

(4) Abweichend von Absatz 1 beträgt die Belastungsgrenze für Aufwendungen nach Absatz 3 0,5 Prozent der Bruttojahresdienstbezüge oder Bruttojahresversorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (Belastungsgrenze) des Beihilfeberechtigten; Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Werden neben den Aufwendungen des Beihilfeberechtigten auch Arzneimittelaufwendungen des berücksichtigungsfähigen Ehegatten beziehungsweise eingetragenen Lebenspartners geltend gemacht, sind dessen steuerliche Einkünfte (§ 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b) in die Berechnung der Belastungsgrenze nach Satz 1 einzubeziehen. Absatz 2 gilt sinngemäß. Der Beihilfeberechtigte hat die Aufwendungen nach Satz 1 und das steuerliche Einkommen des Ehegatten beziehungsweise eingetragenen Lebenspartners nach Satz 4 überprüfbar nachzuweisen.

(5) Die Aufwendungen nach Absatz 3 und 4 sind zum entsprechenden Bemessungssatz nach § 12 zu berücksichtigen.

(6) Für schwerwiegend chronisch Kranke nach der Chroniker-Richtlinie in der Fassung vom 22. Januar 2004 (BAnz. S. 1343), die zuletzt am 19. Juni 2008 (BAnz. S. 3017) geändert worden ist, gelten keine abweichenden Regelungen.

§ 16 (Fn 10)

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 10 Satz 11, § 4 c Absatz 1 Satz 2 § 4i Absatz 4 Satz 3, § 10 Absatz 3 und § 12 Absatz 5 und 6 an die Stelle des Finanzministeriums. Dies gilt entsprechend für medizinisch begründete besondere Einzelfälle nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 4. 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.

§ 17 a (Fn 12)

Übergangsregelungen

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

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

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

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

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

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

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

§ 18 (Fn 13)

Inkrafttreten

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

Der Finanzminister
des Landes Nordrhein-Westfalen

Anlagen :**Anlage 1****Anlage 2****Anlage 3****Anlage 4****Anlage 5****Anlage 6****Fußnoten :**

- Fn 1** GV. NRW. S. 602, in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. April 2009; geändert durch VO vom 9. Dezember 2011 (**GV. NRW. S. 703**), in Kraft getreten am 1. Januar 2012; VO vom 9. Dezember 2012 (**GV. NRW. S. 642**), in Kraft getreten mit Wirkung vom 30. Oktober 2012 und am 1. Januar 2013; VO vom 6. Januar 2013 (**GV. NRW. S. 23**), in Kraft getreten am 1. Februar 2013; VO vom 15. November 2013 (**GV. NRW. S. 644**), in Kraft getreten am 1. Januar 2014; Verordnung vom 10. Dezember 2014 (**GV. NRW. S. 890**), in Kraft getreten am 1. Januar 2015; Verordnung vom 1. Dezember 2015 (**GV. NRW. S. 844**), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.
- Fn 2** SGV. NRW. 2030.
- Fn 3** § 5 c wird § 5 d (neu) und geändert, § 5 d wird § 5 e und neu gefasst durch Verordnung vom 10. Dezember 2014 (**GV. NRW. S. 890**), in Kraft getreten am 1. Januar 2015; § 5 e geändert durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 (**GV. NRW. S. 844**), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.
- Fn 4** § 4e (neu) und § 4i eingefügt durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 (**GV. NRW. S. 844**), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.
- Fn 5** § 3, § 5 zuletzt geändert durch Verordnung vom 10. Dezember 2014 (**GV. NRW. S. 890**), in Kraft getreten am 1. Januar 2015.
- Fn 6** §§ 4a bis 4d neu gefasst durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 (**GV. NRW. S. 844**), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.
- Fn 7** §§ 4e bis 4g eingefügt durch VO vom 9. Dezember 2012 (**GV. NRW. S. 642**), in Kraft getreten mit Wirkung vom 30. Oktober 2012; § 4e (alt) umbenannt in § 4f und geändert, § 4f (alt) umbenannt in § 4g und § 4g (alt) umbenannt in § 4h und geändert durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 (**GV. NRW. S. 844**), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.
- Fn 8** Anlagen 1 bis 3 geändert, Anlage 4 zuletzt geändert und Anlagen 5 und 6 angefügt durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 (**GV. NRW. S. 844**), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.
- Fn 9** § 5 b neu gefasst und § 5 c eingefügt durch Verordnung vom 10. Dezember 2014 (**GV. NRW. S. 890**), in Kraft getreten am 1. Januar 2015; § 5 c geändert durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 (**GV. NRW. S. 844**), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.
- Fn 10** § 1, § 2, § 4, § 5a, § 6, § 6a, § 10, § 12, § 12a, § 13, § 15 und § 16 zuletzt geändert durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 (**GV. NRW. S. 844**), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.
- Fn 11** §§ 6b, 6c und 6d eingefügt durch VO vom 9. Dezember 2012 (**GV. NRW. S. 642**), in Kraft getreten am 1. Januar 2013; § 6b zuletzt geändert durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 (**GV. NRW. S. 844**), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.

- Fn 12** § 17a eingefügt durch VO vom 6. Januar 2013 (**GV. NRW. S. 23**), in Kraft getreten am 1. Februar 2013; zuletzt geändert durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 (**GV. NRW. S. 844**), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.
-
- Fn 13** § 18 zuletzt geändert durch VO vom 15. November 2013 (**GV. NRW. S. 644**), in Kraft getreten am 1. Januar 2014.
-
- Fn 14** § 7 geändert durch Verordnung vom 1. Dezember 2015 (**GV. NRW. S. 844**), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.
-

Copyright 2016 by Ministerium für Inneres und Kommunales Nordrhein-Westfalen