

Verordnung über Beihilfen in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen (Beihilfenverordnung NRW – BVO NRW)¹

Vom 5. November 2009

(GV. NRW. S. 602) und (KABl. 2010 S. 239)

geändert durch Verordnungen vom 9. Dezember 2011 (GV. NRW. S. 703), (KABl. 2012 S. 140), 9. Dezember 2012 (GV. NRW. S. 642), 6. Januar 2013 (GV. NRW. S. 23), 15. November 2013 (GV. NRW. S. 644), 10. Dezember 2014 (GV. NRW. S. 890), 1. Dezember 2015 (GV. NRW. S. 844), 16. Dezember 2016 (GV. NRW. S. 1196), 15. Dezember 2017 (GV. NRW. S. 967) und 14. Dezember 2018 (GV. NRW. S. 644)

Auf Grund des § 77 Absatz 8 des Beamtengesetzes für das Land Nordrhein-Westfalen (Landesbeamtengesetz – LBG NRW) vom 21. April 2009 (GV. NRW. S. 224) wird verordnet:

§ 1

Beihilfeberechtigte Personen

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

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

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

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

(3) Beihilfen werden nicht gezahlt

¹ Gemäß § 1 der Gesetzesvertretenden Verordnung über die Gewährung von Beihilfen bei Krankheit, Geburt und Tod vom 10. September 2010 (Nr. 649) ist die Beihilfenverordnung des Landes NRW in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden, soweit in dieser Gesetzesvertretenden Verordnung oder in anderen kirchlichen Vorschriften nicht etwas anderes bestimmt ist. Die kirchlichen Abweichungen sind (in kursiver Darstellung) in die hier vorliegende Beihilfenverordnung NRW eingearbeitet, soweit sich dies redaktionell darstellen lässt.

1. an Beamte und Richter,
 - a) wenn sie für weniger als ein Jahr beschäftigt werden, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 43 Absatz 6 des Landesbesoldungsgesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310, ber. S. 642), das durch Artikel 29 des Gesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310) geändert worden ist) tätig sind, oder
 - b) wenn ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt,
2. an Versorgungsempfänger (Absatz 1 Nummer 2 und 3) für die Dauer einer Beschäftigung, die zum Bezug von Beihilfen berechtigt,
3. sofern Ansprüche nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages (Abgeordnetengesetz-AbgG) vom 21. Februar 1996 (BGBl. I S. 326) in der jeweils geltenden Fassung oder nach entsprechenden Regelungen dem Grunde nach bestehen.
- (4) Wird ein Beamter zu einem Dienstherrn abgeordnet, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, zahlt der jeweilige Dienstherr Beihilfen zu den Aufwendungen, die während des Zeitraums der Dienstleistung bei ihm entstehen. Bei Abordnungen von oder zu Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereiches dieser Verordnung ist § 14 Absatz 4 Satz 2 und 3 des Beamtenstatusgesetzes vom 17. Juni 2008 (BGBl. I S. 1010), das durch Artikel 15 des Gesetzes vom 5. Februar 2009 (BGBl. I S. 160) geändert worden ist in Verbindung mit § 24 Absatz 6 des Landesbeamtengesetzes zu beachten.
- (5) Beihilfeberechtigt sind auch Beamte, die ihren dienstlichen Wohnsitz im Ausland haben oder in das Ausland abgeordnet sind. Das Ministerium der Finanzen kann im Rahmen der Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung ergänzende Regelungen treffen, die die besonderen Verhältnisse und Erschwernisse im Ausland berücksichtigen.
- (6) Wird ein Beamter zu einem Dienstherrn versetzt, in dessen Dienstbereich diese Verordnung gilt, werden von dem aufnehmenden Dienstherrn Beihilfen zu Aufwendungen gezahlt, die nach dem Zeitpunkt der Versetzung entstanden sind. Bei einer Versetzung zu einem Dienstherrn, in dessen Dienstbereich diese Verordnung nicht gilt, werden zu den bis zum Zeitpunkt der Versetzung entstandenen Aufwendungen Beihilfen nach dieser Verordnung gezahlt.
- (7) ¹ *Versorgungsempfänger mit mehreren Ansprüchen auf Versorgungsbezüge erhalten Beihilfen von der Stelle, die für die Festsetzung der neuen Versorgungsbezüge (§ 67 des Landesbeamtenversorgungsgesetzes) zuständig ist. Dies gilt nicht, soweit es sich bei dem*

¹ § 1 Abs. 7 in der Fassung von § 3 Abs. 1 der Gesetzesvertretenden Verordnung über die Gewährung von Beihilfen bei Krankheit, Geburt und Tod vom 10. September 2010 in der jeweils geltenden Fassung (Nr. 649).

neuen Versorgungsbezug um eine Hinterbliebenenversorgung handelt; in diesem Fall bleibt die bisherige Beihilfestelle zuständig.

§ 2

Beihilfefälle

(1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen

1. in Krankheits- und Pflegefällen

- a) für den Beihilfeberechtigten selbst,
- b) für den nicht selbst beihilfeberechtigten und wirtschaftlich unselbständigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner des Beihilfeberechtigten. Eine wirtschaftliche Unselbständigkeit liegt 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 Überschreitung dieser Einkommensgrenze sind aus Fürsorgegründen Aufwendungen beihilfefähig, wenn der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner trotz einer ausreichenden Krankenversicherung für bestimmte Erkrankungen von Leistungen ausgeschlossen ist oder die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind; beihilfefähig ist der 1.000 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag. Für einen getrennt lebenden Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner werden Beihilfen nur gewährt, soweit dieser einen Unterhaltsanspruch gegen den Beihilfeberechtigten hat,
- c) für die in Absatz 2 bezeichneten Kinder;

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

2. in Geburtsfällen

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

3. im Todesfall

- a) eines Beihilfeberechtigten,

- b) seines nicht selbst beihilfeberechtigt gewesenen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners,
 - c) eines im Absatz 2 bezeichneten Kindes, bei Totgeburten, wenn der Beihilfeberechtigte im Falle der Lebendgeburt zu Krankheitsaufwendungen des Kindes Anspruch auf Beihilfen hätte;
4. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs
- a) einer Beihilfeberechtigten,
 - b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau oder eingetragenen Lebenspartnerin des oder der Beihilfeberechtigten,
 - c) einer nach Absatz 2 zu berücksichtigenden Tochter des Beihilfeberechtigten;
5. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation
- a) eines Beihilfeberechtigten,
 - b) des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners des Beihilfeberechtigten,
 - c) eines im Absatz 2 bezeichneten Kindes.
- (2) Beihilfen zu Aufwendungen nach Absatz 1 werden nur für nicht selbst beihilfeberechtigte, im Familienzuschlag nach § 43 des Landesbesoldungsgesetzes berücksichtigte oder berücksichtigungsfähige Kinder des Beihilfeberechtigten gezahlt. Ist ein Kind bei mehreren Beihilfeberechtigten im Familienzuschlag berücksichtigungsfähig oder ist bei verheirateten oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kindern neben dem beihilfeberechtigten Elternteil der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner des Kindes beihilfeberechtigt, so wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen des Kindes nur einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten gewährt; die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.
- (3) Aufwendungen für Ehegatten, eingetragene Lebenspartner und Kinder beihilfeberechtigter Waisen sind nicht beihilfefähig.

§ 3

Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen

- (1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang
- 1. in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, zur Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden sowie bei dauernder Pflegebedürftigkeit und erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf,
 - 2. zur Früherkennung und Vorsorge von Krankheiten nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses [§§ 91, 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988,

BGBl. I S. 2477, 2482) in der jeweils geltenden Fassung] zu den §§ 20i, 25 und 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

3. für prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B und der Nummer 2000 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I. S. 2316), zuletzt geändert durch Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I. S. 2661) sowie Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten bei Kindern, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
4. in Geburtsfällen für die Entbindung, das Wochenbett und die Säuglingsausstattung,
5. für Schutzimpfungen, soweit sie nach den jeweils gültigen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) öffentlich empfohlen werden, für Impfungen, die in Zusammenhang mit einer privaten Auslandsreise stehen sowie für FSME- (Frühsommer-Meningoenzephalitis) und Gripeschutzimpfungen.
6. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs,
7. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation.

(2) 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 Beihilferechtiger oder eine berücksichtigungsfähige Person individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL), freiwillige Satzungsleistungen oder Sach- oder Dienstleistungen (ärztliche und zahnärztliche Versorgung, ambulante und stationäre Krankenhausbehandlung, Heilmittel usw.), werden keine Beihilfen gezahlt. 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 40 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das durch Artikel 2a des Gesetzes vom 11. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2233) geändert worden ist, mit Ausnahme der Personen nach Absatz 4 Satz 2 Nummer 4), bei häuslicher Krankenpflege (§ 37 Absatz 4 SGB V) und bei Haushaltshilfe (§ 38 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. Zuzahlungen nach § 23 Absatz 6, § 24 Absatz 3, § 31 Absatz 3, § 32 Absatz 2, § 33 Absatz 8, § 37 Absatz 5, § 37a Absatz 3, § 38 Absatz 5, § 39 Absatz 4, § 40 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 § 81 des Landesbeamtengesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310, ber. S. 642) auf den Dienstherrn oder eine Versorgungskasse übergehen, sowie nicht hinsichtlich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung bzw. der gesetzlichen Rentenversicherung

1. für Personen, die freiwillig in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind und denen dem Grunde nach kein Beitragszuschuss nach § 257 SGB V zusteht, sofern nicht nach § 224 SGB V Beitragsfreiheit besteht,
2. für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Kinder, die von der gesetzlichen Krankenversicherung oder der sozialen Pflegeversicherung einer anderen Person erfasst werden, an deren Beiträgen kein Arbeitgeber beteiligt ist, oder - bei Beteiligung eines Arbeitgebers - wenn Leistungen aus dieser Versicherung nicht in Anspruch genommen werden,
3. für in der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherte, die im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen nicht pflichtversichert waren und vom Arbeitgeber keinen Zuschuss zu den Prämien einer Lebensversicherung erhalten haben, wenn Leistungen aus dieser Versicherung nicht in Anspruch genommen werden,
4. für Personen, die nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten,
5. für Personen, die ihre Beiträge zur Pflegeversicherung (SGB XI) allein zu tragen haben,
6. für Personen, die am 31. Dezember 1993 als Rentner in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert waren.

Satz 1 und Satz 2 Nummer 2 gelten entsprechend für Personen, die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen kranken- und pflegeversichert sind, sofern zu dieser Versicherung ein Zuschuss nach §§ 26 Absatz 2 SGB II, 257 SGB V oder 61 SGB XI gewährt oder der Beitrag auf Grund des § 174 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595) in der jeweils geltenden Fassung übernommen wird; übersteigt die Hälfte des Beitrages für eine Versicherung gegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit den Beitragszuschuss nach §§ 26 Absatz 2 SGB II, 257 SGB V oder 61 SGB XI bzw. den nach § 174 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch übernommenen Beitrag, so gelten die Leistungen der Kranken-

oder Pflegeversicherung nur im Verhältnis des Beitragszuschusses bzw. des übernommenen Beitrages zur Hälfte des Kranken- oder Pflegeversicherungsbeitrages als zustehende Leistungen im Sinne des Satzes 1. Maßgebend sind die Beiträge, der Beitragszuschuss und der übernommene Beitrag im Zeitpunkt der Antragstellung. 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 Beihilfberechtigte noch nicht oder nicht mehr zu den in § 1 bezeichneten beihilfberechtigten 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. § 5a Absatz 3 bleibt unberührt.

§ 4

Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

- (1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für:
1. medizinische Leistungen, die durch Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Hebammen und Entbindungspfleger sowie nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer nach § 4i Absatz 2 in Verbindung mit der Anlage 5 Abschnitt I erbracht werden. Beihilfefähig sind nur medizinisch notwendige und der Höhe nach angemessene Aufwendungen in wirtschaftlichem Umfang (§ 3 Absatz 1 und 2)
 - a) zur Gesundheitsvorsorge,
 - b) zur Empfängnisregelung, im Geburtsfall, bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation,
 - c) in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, zur Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden,

- d) bei ambulanten und stationären Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen oder
- e) um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richten sich für ärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), die zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 27. Juni 2017 (BGBl. I S. 1966) geändert worden ist, für zahnärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, für ambulante durchgeführte psychotherapeutische Leistungen, Maßnahmen der psychotherapeutischen Grundversorgung und der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach den §§ 4a bis 4e und der Anlage 1 zu dieser Verordnung, für durch Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker erbrachte Leistungen nach der Anlage 4 zu dieser Verordnung, für durch nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erbrachte Leistungen nach § 4i Absatz 2 in Verbindung mit der Anlage 5 zu dieser Verordnung und für durch Hebammen und Entbindungspfleger erbrachte Leistungen nach der Hebammengebührenordnung Nordrhein-Westfalen vom 30. Juni 2015 (GV. NRW. S. 541), in der jeweils geltenden Fassung.

- 2. Behandlungen in Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die entstanden sind für
 - a) allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist, sowie gemäß § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 6ba des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist,
 - b) gesondert berechnete ärztliche und zahnärztliche Leistungen (§§ 17, 18 Absatz 1 Satz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung) abzüglich zehn Euro täglich für höchstens 20 Tage im Kalenderjahr sowie gesondert berechnete Unterkunft (Zweibettzimmer mit separater Dusche und WC ohne Komfortleistungen) abzüglich 15 Euro täglich für insgesamt höchstens 20 Tage im Kalenderjahr,
 - c) vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
 - d) die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson (§ 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des Krankenhausentgeltgesetzes), sofern nicht die §§ 5d, 6 oder 6a anzuwenden sind.

- Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern nach § 107 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die nicht nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugelassen sind, sind nur insoweit als angemessen (§ 3 Absatz 1 Satz 1) anzuerkennen, als sie den Kosten (Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten) entsprechen, die die dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) für eine medizinisch gleichwertige Behandlung abzüglich eines Betrags von 25 Euro täglich für höchstens 20 Tage im Kalenderjahr berechnen würde. Die Selbstbeteiligungen sind innerhalb eines Kalenderjahres für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zu einem Betrag von jeweils insgesamt 500 Euro in Abzug zu bringen.
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 die oder der Erkrankte nach ärztlicher Verordnung der häuslichen Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, ambulante Palliativversorgung und ambulante psychiatrische Krankenpflege) bedarf. Die Kosten einer Ersatzpflegekraft können unter derselben Voraussetzung anerkannt werden. Bei einer Pflege durch den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner, Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern, Geschwister, Verschwägerter ersten 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 11 Euro je Stunde, höchstens jedoch 88 Euro täglich, wenn der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Familienangehörige oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte wegen einer stationären Unterbringung (Nummer 2, §§ 5b, 6, 6a und 8) oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (§ 7 Absatz 4) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, dass die haushaltsführende Person – ausgenommen sie ist allein erziehend

– nicht oder nur geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV erwerbstätig ist oder, soweit mehrere teilzeitbeschäftigte Personen den Haushalt führen, die Erwerbstätigkeit dieser Personen insgesamt nicht mehr als 120 vom Hundert der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden/Woche) erreicht, im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Dies gilt nach begründeter ärztlicher Bescheinigung auch für bis zu 28 Tage nach Ende der stationären Unterbringung, nach einer ambulanten Operation oder darüber hinaus, wenn dadurch ein stationärer Krankenhausaufenthalt (§ 4 Absatz 1 Nummer 2) vermieden wird (z.B. Liegeschwangerschaft) sowie bei Alleinstehenden und Alleinerziehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushaltes 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 Ministerium der Finanzen kann abweichend von Satz 2 in medizinisch begründeten besonderen Einzelfällen sowie allgemein in der Anlage 2 bestimmen, zu wel-

chen 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 Ministerium der Finanzen 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 von einer Ärztin oder von einem Arzt schriftlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.
9. Einespezialisierte 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 5e 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 ent-

sprechenden 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. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung benutzt werden oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen können (so genannte Bandscheibenmatten, 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,
Defibrillatorwesten,
Ernährungspumpen,
Fußeinlagen,
Gehstützen,
Gehwagen,
Gipsbetten,
Gummistrümpfe,
Heimdialysegeräte,
Herzschriltmacher 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 Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat; bei Aufwendungen von mehr als 2.500 Euro ist darüber hinaus die Zustimmung des Ministeriums der Finanzen erforderlich. Die Beihilfefähigkeit von Hilfsmitteln und die Angemessenheit der Aufwendungen bestimmt sich - soweit dort aufgeführt - nach 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.
14. Aufwendungen für Kommunikationshilfen für gehörlose, hochgradig schwerhörige oder ertaubte Personen bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Untersuchung und Behandlung, wenn in Verwaltungsverfahren das Recht auf Verwendung einer Kommunikationshilfe nach § 9 des Behindertengleichstellungsgesetzes vom 27. April 2002 (BGBl. I S. 1467, 1468) in der jeweils geltenden Fassung bestünde und im Einzelfall der Informationsfluss zwischen Leistungserbringer und beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Person nur so gewährleistet werden kann.

(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 follikuläre 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) Unfällenhaben,
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 (Voranerkenntungsverfahren). Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle. Wird mit der Behandlung vor der Anerkennung durch die Beihilfestelle begonnen, gelten abweichend von Satz 5 die Sätze 1 bis 4 entsprechend. Die Kosten des Gutachtens sind in diesem Fall nicht beihilfefähig.

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

- c) Zahntechnische Leistungen nach § 9 der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist, sind bei der Versorgung mit Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen in Höhe von 70 Prozent beihilfefähig.
- d) Soweit in der Anlage 7 beihilferechtliche Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht aufgeführt sind, richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach dieser Anlage.

§ 4a

Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung

(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 3 und 4 sowie der §§ 4b bis 4e beihilfefähig.

(2) Aufwendungen für Leistungen einer psychotherapeutischen Akutbehandlung sind bis zur Entscheidung über die Durchführung einer Therapie nach den §§ 4c und 4d beihilfefähig, wenn

- 1. ein akuter Behandlungsbedarf in einer probatorischen Sitzung festgestellt wird,
- 2. ein Gutachterverfahren bei der Beihilfestelle beantragt worden ist und
- 3. die Akutbehandlung als Einzeltherapie, gegebenenfalls auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen, in Einheiten von mindestens 25 Minuten je Krankheitsfall durchgeführt wird.

Im Fall eines positiven Gutachtens wird die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 4c und 4d angerechnet.

(3) 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.

(4) 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

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

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 Dienstort keinen persönlichen Zugang zu muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen, sind die Aufwendungen für die folgenden Leistungen auch dann beihilfefähig, wenn die Leistungen telekommunikationsgestützt erbracht werden:

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach Nummer 861 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte oder
2. Verhaltenstherapie nach Nummer 870 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte.

Bei telekommunikationsgestützter Therapie sind bis zu 15 Sitzungen beihilfefähig. Aufwendungen für Telekommunikationsdienstleistungen sind nicht 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

higkeit 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

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

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

1. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	60 Sitzungen	60 Sitzungen
im Ausnahmefall	40 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

2. analytische Psychotherapie von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	160 Sitzungen	80 Sitzungen
im Ausnahmefall	140 weitere Sitzungen	70 weitere Sitzungen

3. tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Personen, die das 14. Lebensjahr, aber noch nicht das 21. Lebensjahr vollendet haben:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfal:	90 Sitzungen	60 Sitzungen
im Ausnahmefall	90 weitere Sitzungen	30 weitere Sitzungen

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

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	70 Sitzungen	60 Sitzungen
im Ausnahmefall	80 weitere Sitzungen	30 weitere Sitzungen

Bei einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach der überwiegend durchgeführten Behandlung. Überwiegt die Einzelbehandlung, so werden zwei als Gruppenbehandlung durchgeführte Sitzungen als eine Sitzung der Einzelbehandlung gewertet. Überwiegt die Gruppenbehandlung, so wird eine als Einzelbehandlung durchgeführte Sitzung als zwei Sitzungen der Gruppenbehandlung gewertet.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 sind Aufwendungen für eine Psychotherapie, die vor Vollendung des 21. Lebensjahr begonnen wurde, zur Sicherung des Therapieerfolges auch nach Vollendung des 21. Lebensjahr beihilfefähig.

(3) In besonderen Ausnahmefällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine über die in Absatz 1 Satz 1 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus im Einvernehmen mit dem Ministerium der Finanzen anerkannt werden, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.

(4) Aufwendungen für Sitzungen, in die auf Grund einer durch Gutachten belegten medizinischen Notwendigkeit Bezugspersonen einbezogen werden, sind bei Einzelbehandlung bis zu einem Viertel und bei Gruppenbehandlung bis zur Hälfte der bewilligten Zahl von Sitzungen zusätzlich beihilfefähig, wenn die zu therapierende Person das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, werden die Sitzungen, in die Bezugspersonen einbezogen werden, in voller Höhe auf die bewilligte Zahl der Sitzungen angerechnet.

(5) Im Rahmen psychoanalytisch begründeter Verfahren ist die simultane Kombination von Einzel- und Gruppentherapie grundsätzlich ausgeschlossen. Aufwendungen für Leistungen einer solchen Kombination sind nur beihilfefähig, wenn sie auf dem Gebiet der

tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie bei niederfrequenten Therapien auf Grund eines besonders begründeten Erstantrags erbracht werden.

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

§ 4d

Verhaltenstherapie

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

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

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

(3) 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 Ausnahmefällen 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

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

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. 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 Intelligenzminde- rung,
- b) Erkrankungen des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimer- typ,

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,
2. Einzelbehandlung, einschließlich gegebenenfalls notwendiger begleitender Behandlung 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
Regelfall:	80 Behandlungseinheiten	40 Behandlungseinheiten

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

§ 4g

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) Aufwendungen für eine ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern in sozialpädiatrischen Zentren, die die Voraussetzungen des § 119 des Fünften Buches So-

zialgesetzbuch erfüllen, sind beihilfefähig bis zu der Höhe der Vergütung, die die Einrichtung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern in einer Vereinbarung getroffen hat. Aufwendungen für sozialpädagogische Leistungen sind nicht beihilfefähig.

(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 § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestehen.

(4) Das Ministerium der Finanzen kann Vereinbarungen über Pauschalabrechnungen im Rahmen der integrierten Versorgung mit Kliniken treffen bzw. - soweit diese von privaten Krankenversicherungen geschlossen werden – im Rahmen der Verwaltungsvorschriften zu dieser Verordnung für anwendbar erklären.

§ 4h 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 wahnhafte Störung,
 - d) induzierte wahnhafte 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 richtet sich nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie/ST-RL) vom 22. Januar 2015 (BAnz AT 14.04.2015 B 5) in der jeweils geltenden Fassung. 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) durchführen. Es sind dies Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagogen und Fachkrankenpfleger 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gezahlt werden.

§ 4i

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 Ärztinnen, Ärzten, Heilpraktikerinnen oder Heilpraktikern erbracht, von Leistungserbringerinnen oder Leistungserbringern nach Anlage 5 Nummer I zu dieser Verordnung durchgeführt werden. Die Angemessenheit von Aufwendungen beihilferechtlich anerkannter Heilbehandlungen, die von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Anlage 5 Abschnitt I zu dieser Verordnung erbracht werden, bestimmt sich nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und Anlage 5 zu dieser Verordnung. Pauschalabrechnungen können grundsätzlich nicht berücksichtigt werden, es sei denn, die Pauschalabrechnungen entgelten im Grundsatz beihilfefähige Leistungen und entsprechen den Beträgen, die mit gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern vereinbart wurden. Das Ministerium der Finanzen kann weitere Ausnahmen zulassen.

(3) Abweichend von § 4 Absatz 1 Nummer 1 Satz 1 und § 4i 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 Ministerium der Finanzen 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 Ministerium der Finanzen 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 § 5f Absatz 2 anzuwenden ist.

§ 5

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

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

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

des Antrages auf einen höheren Pflegegrad gezahlt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(3) Die beihilfefähigen Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit richten sich nach den §§ 5a bis 5g.

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

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

§ 5a

Häusliche Pflege

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

(2) Aufwendungen für Leistungen

1. zur Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegenden oder
2. zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags

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

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

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

(4) Besteht der Anspruch auf Pflegegeld und Pflegezuschlag nach Absatz 3 nicht für einen vollen Kalendermonat, ist das Pflegegeld und der Pflegezuschlag um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. Pflegegeld in Höhe der Hälfte des vor Beginn der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege geleisteten Pflegegeldes ist

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

zusätzlich beihilfefähig. Der Anspruch auf Pflegegeld gilt 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, fort.

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

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

(7) Pflegebedürftige Personen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen erhalten ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Absatz 3 Satz 2 gilt nicht.

(8) Ist eine Pflegeperson nach Absatz 3 wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege gehindert, sind die Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege entsprechend § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat.

§ 5b**Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege**

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

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

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

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

§ 5c**Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson**

(1) Auf Antrag der Pflegeperson sind beihilfefähig

1. Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach § 44a Absatz 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

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

1. Pflegeperson im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zur sozialen Sicherung nach § 44 Absatz 1, 2 und 2b des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. Bezieherinnen und Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit den §§ 345 und 347 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch.

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

§ 5d**Vollstationäre Pflege**

(1) Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder in einer vergleichbaren Einrichtung sind beihilfefähig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht

möglich ist oder wegen der Besonderheit des Falles nicht in Betracht kommt. Beihilfefähig sind

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

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

1. bei Beihilfeberechtigten mit
 1. einem Angehörigen 30 Prozent,
 2. mehreren Angehörigen 25 Prozentdes um 600 Euro – bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 450 Euro – verminderten Einkommens oder
2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen 50 Prozent des um 400 Euro verminderten Einkommens.

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

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

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

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

1. die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder
2. festgestellt wurde, dass die zuvor pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist.

§ 5e

Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes

Aufwendungen für

1. Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1, 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch

sind beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung hierzu Leistungen erbringt. Die Mitteilung der Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person ist für die Beihilfestelle bindend und zunächst abzuwarten.

§ 5f

Ambulant betreute Wohngruppen und Einrichtungen der Behindertenhilfe

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

(2) Beihilfefähig sind entsprechend § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen.

§ 5g

Aufwendungen der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1

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

1. Pflegeberatung nach § 5 Absatz 5 und Beratung im eigenen Haushalt nach § 5a Absatz 5,

2. zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 5f Absatz 1, ohne dass Aufwendungen nach § 5a Absatz 1 bis 3 und 6 entstanden sein müssen,
 3. Pflegehilfsmittel sowie Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 5e,
 4. zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5d Absatz 4,
 5. vollstationäre Pflege nach § 5d Absatz 1 in Höhe von 125 Euro monatlich,
 6. den Entlastungsbetrag nach § 5a Absatz 2,
 7. Rückstufung nach § 5d Absatz 5 und
 8. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen nach § 45 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.
- (2) Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich nach der Entscheidung der zuständigen Pflegeversicherung, die zunächst durch die Beihilfestelle abzuwarten ist.

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen

(1) 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 Beihilfestelle auf Grund eines Gutachtens des zuständigen Arztes oder eines Vertrauensarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der Maßnahme anerkannt hat, die Behandlung nicht durch eine Maßnahme nach § 7 oder durch andere ambulante Maßnahmen ersetzt werden kann und im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Maßnahme nach § 6a oder § 7 durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Arzt oder ein Vertrauensarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwerer Fall von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet. 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 des Wohnsitzbundeslandes insgesamt ein Zuschuss von 100 Euro, innerhalb des Wohnsitz-*

¹ § 6 Abs. 1 Satz 7 in der Fassung von § 3 Abs. 2 der Gesetzesvertretenden Verordnung über die Gewährung von Beihilfen bei Krankheit, Geburt und Tod vom 10. September 2010 in der jeweils geltenden Fassung (Nr. 649).

bundeslandes ein Zuschuss von 50 Euro gewährt. Der Zuschuss in Höhe von 100 Euro kann nur gewährt werden, wenn bei Beihilfeberechtigten durch das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten im Rahmen des Voranerkennungsverfahrens bestätigt wird, dass der gewünschte Heilerfolg nur durch eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung außerhalb des Wohnsitzbundeslandes erreicht werden kann. Ist dies nicht der Fall, wird unabhängig von dem Ort der gewählten Einrichtung ein Zuschuss von 50 Euro gewährt. Beihilfeberechtigten mit Wohnsitz außerhalb der Evangelischen Kirche im Rheinland werden pauschal 100 Euro, höchstens aber die tatsächlichen Kosten erstattet.

(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, 7 oder § 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 120 Euro täglich beihilfefähig.

(4) Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, sowie bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, die aus medizinischen Gründen einer Begleitperson bedürfen und dies ärztlich bescheinigt ist, wird zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Kurtaxe der Begleitperson ein Zuschuss von 40 Euro täglich gezahlt. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend.

§ 6a

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

(1) Zu den Kosten einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes (Müttergenesungskur) oder in einer gleichartigen Einrichtung, die Leistungen in Form einer Mutter-/Vater-Kind-Kur erbringt (§§ 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, 7 oder § 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 oder § 4i Absatz 1 bis 4 beihilfefähig.

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

§ 6 b

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 120 Euro täglich gezahlt. Entstehen den begleitenden Familienangehörigen Aufwendungen für ärztliche Behandlungen, die in Zusammenhang mit der Behandlung des erkrankten Kindes stehen, sind diese Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung beihilfefähig; § 12 Absatz 2 Buchstabe b gilt entsprechend.

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

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

§ 6 c

Sozialmedizinische Nachsorge

Die Aufwendungen für von Ärztinnen oder Ärzten schriftlich verordnete ambulante sozialmedizinische Nachsorge für chronisch- oder schwerstkranke Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (in besonders schwerwiegenden Fällen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr), die im Anschluss an eine stationäre Maßnahme erbracht wird, sind im Rahmen der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu Voraussetzungen, Inhalten und

zur Qualität sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden Fassung beihilfefähig, wenn nach ärztlicher Feststellung dadurch die stationäre Maßnahme verkürzt oder die nachfolgende ambulante Weiterbehandlung gesichert wird. 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

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

Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

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

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

- a) vor der erstmaligen Antragstellung eine Wartezeit von insgesamt drei Jahren Beihilfeberechtigung nach diesen oder entsprechenden Beihilfevorschriften erfüllt ist,
 - b) im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren (bei Beamten und Richtern, die Dienstbezüge erhalten und das 63. Lebensjahr vollendet haben im laufenden oder vorangegangenen Kalenderjahr) keine anerkannte Maßnahme nach Absatz 1 oder den §§ 6 oder 6a durchgeführt wurde. 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 der zuständigen Amtsärztin oder des zuständigen Amtsarztes bestätigt ist (Beamtinnen und Beamte sowie Richterinnen und Richter mit Dienstbezügen, die das 63. Lebensjahr vollendet haben, sind ausgenommen),
 - e) die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Maßnahme nach Absatz 1 anerkannt hat,
 - f) die Maßnahme nach Absatz 1 innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides oder innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraumes 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 am Kurort oder seiner unmittelbaren Umgebung wird ein Zuschuss von täglich 60 Euro einschließlich der Reisetage gezahlt. Der Zuschuss nach Satz 2 reduziert sich auf 40 Euro täglich, wenn zwei Familienmitglieder gemeinsam an einem Ort kuren. Bei mehr als zwei gleichzeitig kurenden Familienmitgliedern beträgt der Zuschuss unabhängig von der Gesamtzahl der Kurenden 120 Euro täglich. Ist die Beihilfefähigkeit der Kurmaßnahme nach Absatz 1 nicht anerkannt worden, sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 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 40 Euro täglich gewährt.

(4) Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen, die mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag geschlossen haben, sind nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erteilt worden ist.

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

§ 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

Behandlungs- und Beförderungskosten im Ausland, Auslandsrankenversicherung

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

(2) Bei in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum 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 Ministerium der Finanzen auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens anerkannt worden ist.

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

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

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

(6) Für Beförderungskosten im Ausland gilt § 4 Absatz 1 Nummer 11 entsprechend. Beförderungskosten in Gebiete außerhalb der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum 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 aus Anlass der Todesfeststellung und für die Überführung der Leiche oder Urne

1. bei einem Sterbefall im Inland
 - a) vom Sterbeort zur Beisetzungsstelle oder
 - b) vom Sterbeort zum nächstgelegenen Krematorium und von dort zur Beisetzungsstelle,
höchstens jedoch bis zur Höhe der Überführungskosten an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes;
2. bei einem Sterbefall im Ausland

- a) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten auf einer Dienstreise in entsprechender Anwendung der Nummer 1,
- b) eines im Inland wohnenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei privatem Aufenthalt im Ausland bis zur Höhe der Kosten einer Überführung von der deutschen Grenze zum Familienwohnsitz,
- c) eines im Ausland wohnenden Beihilfeberechtigten oder eines im Ausland wohnenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz, höchstens über eine Entfernung von 500 Kilometern.
- (2) Kann der Haushalt beim Tode des den Haushalt allein führenden Elternteils nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft bis zur Dauer von sechs Monaten bis zu der in § 4 Absatz 1 Nummer 6 genannten Höhe beihilfefähig, falls im Haushalt mindestens ein Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiges Kind lebt, das nach § 2 Absatz 2 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen ist, weil es selbst beihilfeberechtigt ist. In Ausnahmefällen kann die Frist auf ein Jahr verlängert werden. § 4 Absatz 1 Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. Wird an Stelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspflegekraft ein Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiges Kind (Satz 1) in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendige Beförderungskosten - auch für eine Begleitperson - bis zu den sonst berücksichtigungsfähigen Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft beihilfefähig. § 4 Absatz 1 Nummer 6 letzter Satz gilt entsprechend.

§ 12

Bemessung der Beihilfen

- (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 Abs. 1 Nr. 1 und 4) sowie für entpflichtete Hochschullehrer fünfzig vom Hundert,
- b) den Empfänger von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfeberechtigt ist, siebzig vom Hundert,
- c) den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder die eingetragene Lebenspartnerin oder den eingetragenen Lebenspartner siebzig vom Hundert,

- d) ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, achtzig vom Hundert.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind, beträgt der Bemessungssatz bei dem Beihilfeberechtigten nach Satz 2 Buchstabe a) 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.

(1a)¹ Abweichend von Absatz 1 beträgt bei Pfarrehepaaren sowie in eingetragener Lebenspartnerschaft Lebenden, deren Umfang jeweils auf die Hälfte eingeschränkt ist, der Bemessungssatz

- a) für einen zu bestimmenden Beihilfeberechtigten fünfzig vom Hundert,
 b) für den anderen zu bestimmenden Beihilfeberechtigten siebenzig vom Hundert,
 c) bei zwei und mehr berücksichtigungsfähigen Kindern für beide Beihilfeberechtigten siebenzig vom Hundert.

Satz 1 gilt entsprechend für verheiratete und in eingetragener Lebenspartnerschaft lebende Pastorinnen und Pastoren im Sonderdienst.

(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) Sind Versicherte trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung für bestimmte Krankheiten von den Leistungen ausgeschlossen oder sind die Leistungen auf Dauer eingestellt worden, so erhöht sich der Bemessungssatz für Aufwendungen in diesen Fällen um 20 vom Hundert, höchstens auf 90 vom Hundert.

(4) Die Bemessungssätze der Absätze 1 und 3 können von der Beihilfesstelle 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,

¹ § 12 Abs. 1a in der Fassung von § 3 Abs. 3 der Gesetzesvertretenden Verordnung über die Gewährung von Beihilfen bei Krankheit, Geburt und Tod vom 10. September 2010 in der jeweils geltenden Fassung (Nr. 649).

- 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 Ministeriums der Finanzen.

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

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

(6) Die Beihilfe darf zusammen mit den erbrachten Leistungen einer Versicherung, Leistungen auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Unberücksichtigt bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pfleragegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerentenzusatzversicherungen und sonstigen Summenversicherungen, soweit sie für den Beihilferechtigten 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, 5a bis 5g sind getrennt abzurechnen. Dabei sind die beihilfefähigen Pauschalen nach § 5e Nummer 2, § 5f Absatz 1 und der beihilfefähige Betrag nach § 5a Absatz 3 als dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen zu berücksichtigen. Aufwendungen nach § 9 Absatz 1 Satz 2 bleiben bei Anwendung der Sätze 1 bis 3 unberücksichtigt. Das Gleiche gilt in den Fällen, in denen nach § 3 Absatz 3 eine Beihilfengewährung ausgeschlossen ist.

§ 12a

Kostendämpfungspauschale

(1) Die nach Anwendung des § 12 Absatz 6 verbleibende Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem beihilfefähige Aufwendungen in Rechnung gestellt sind (§ 3 Absatz 5 Satz 2), in den Besoldungsgruppen A 7 bis A 16, B 1 bis B 11, C 1 bis C 4, H 1 bis H 5, R 1 bis R 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, C1, C 2, H 1 bis H 3, R 1, W 1	300 Euro

Stufe	Besoldungsgruppe	Betrag
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 §§ 33 und/oder 62 des Landesbesoldungsgesetzes 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 Antragstel-

lung 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

Verfahren

(1) ¹ Die Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag der/des Beihilfeberechtigten vom unmittelbaren Dienstherrn gewährt. Das Leitungsorgan bestimmt unter Beachtung des § 14 des Finanzausgleichsgesetzes², wer Festsetzungsstelle im Sinne der Beihilfevorschriften ist. Die Beihilfen für die vom § 2 des Finanzausgleichsgesetzes erfassten Personen sowie für die Vikarinnen und Vikare werden von dem Beihilfe-Berechnungs-Zentrum (bbz GmbH) im Auftrag des Landeskirchenamtes festgesetzt und gezahlt.

Die Gemeinsame Versorgungskasse für Pfarrer und Kirchenbeamte der Evangelischen Kirche im Rheinland, der Evangelischen Kirche von Westfalen und der Lippischen Landeskirche setzt die Beihilfen auf Antrag des Landeskirchenamtes für alle Versorgungsberechtigten ohne Beschäftigungsauftrag fest und zahlt sie.

(2) ³ Anträge auf Krankheitsbeihilfen sind mit den Belegen der Festsetzungsstelle einzureichen. Für Anträge und Festsetzungen sind die vom Landeskirchenamt vorgeschriebenen Formulare zu verwenden. Die in den Anträgen enthaltenen Beihilfedaten unterliegen einer besonderen Geheimhaltung.

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

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

¹ § 13 Abs. 1 in der Fassung von § 3 Abs. 4 der Gesetzesvertretenden Verordnung über die Gewährung von Beihilfen bei Krankheit, Geburt und Tod vom 10. September 2010 in der jeweils geltenden Fassung (Nr. 649).

² Nr. 530.

³ § 13 Abs 1a nicht dargestellt auf Grund § 3 Abs. 5, Abs. 2 in der Fassung von § 3 Abs. 6 der Gesetzesvertretenden Verordnung über die Gewährung von Beihilfen bei Krankheit, Geburt und Tod vom 10. September 2010 in der jeweils geltenden Fassung (Nr. 649).

Zahnarztrechnungen sollen die Diagnose sowie Stempel und Unterschrift des Ausstellers enthalten.

(4) Nach dem Tod der beihilfeberechtigten Person kann die Beihilfe auf ein Konto der durch Erbschein ausgewiesenen Erben, ein anderes Konto, das von der verstorbenen Person im Antrag oder in einer Vollmacht angegeben wurde oder, soweit Erben nicht vorhanden sind, auf das Bezügekonto der verstorbenen Person überwiesen werden.

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

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

(7) Bei Beihilfen von mehr als 500 Euro, bei stationären Behandlungen oder ambulanten Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen von mehr als 1.000 Euro, hat der Beihilfeberechtigte die ihm von der Beihilfesstelle 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 Beihilfesstelle hat ihn bei der Rückgabe der Belege hierauf hinzuweisen.

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

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

(10) Zum Zwecke der Beihilfenfestsetzung dürfen durch die Beihilfesstelle Belege und Schriftstücke in elektronischer Form abgebildet und gespeichert, die in ihnen enthaltenen Daten elektronisch ausgelesen und weiterverarbeitet werden. Die vorgelegten Belege werden digitalisiert und anschließend vernichtet. Die Absätze 5 und 8 finden keine Anwendung. Erfolgt die Antragstellung unter Verwendung der Beihilfe App, verbleiben die Originalbelege beim Beihilfeberechtigten.

§ 14

Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und andere Personen in Todesfällen

(1) Zu den beihilfefähigen Aufwendungen, die einem verstorbenen Beihilfeberechtigten entstanden sind, und zu den in § 11 Absatz 1 genannten Aufwendungen aus Anlass des Todes des Beihilfeberechtigten werden dem hinterbliebenen Ehegatten, dem hinterbliebenen eingetragenen Lebenspartner, den Kindern oder bei Ledigen den Eltern des Ver-

¹ § 13 Absatz 11 Satz 2 erster Halbsatz und § 13 Absatz 12 nicht dargestellt auf Grund § 3 Abs. 7 der Gesetzesvertretenden Verordnung über die Gewährung von Beihilfen bei Krankheit, Geburt und Tod vom 10. September 2010 in der jeweils geltenden Fassung (Nr. 649).

storbenen Beihilfen gezahlt. Die Beihilfe ist nach dem Hundertsatz zu bemessen, der dem verstorbenen Beihilfeberechtigten zugestanden hat.

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

§ 15

Belastungsgrenze

(1) 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 Bezübestandteile, 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 Beihilfebe-

berechtigten; 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 2 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

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

- hier nicht abgedruckt -

§ 17

Personenbezogene Bezeichnungen

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

§ 17 a

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.

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

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

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

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

§ 18

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. April 2009 in Kraft¹.

Redaktioneller Hinweis

Die in dieser Verordnung genannten Anlagen werden in der Kirchlichen Rechtssammlung nicht abgedruckt. Sie sind aber in der Online-Version über einen Link zum Internetangebot des Innenministeriums NRW erreichbar.

¹ Die Verordnung ist für die Evangelische Kirche im Rheinland zum 1. November 2010 in Kraft getreten.

