

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

Vom 5. November 2009 (GV. NRW. S. 601)  
zuletzt geändert durch Verordnung vom 15. Dezember 2017  
(GV. NRW. S. 967)

**Inhaltsverzeichnis:**

§ 1	Beihilfeberechtigte Personen
§ 2	Beihilfefälle
§ 3	Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen
§ 4	Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen
§ 4a	Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung
§ 4b	Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie
§ 4c	Psychoanalytisch begründete Verfahren
§ 4d	Verhaltenstherapie
§ 4e	Psychosomatische Grundversorgung
§ 4f	Neuropsychologische Therapie
§ 4g	Komplextherapien und integrierte Versorgung
§ 4h	Soziotherapie
§ 4i	Sonstige Heilbehandlungen
§ 5	Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
§ 5a	Häusliche Pflege
§ 5b	Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege
§ 5c	Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson
§ 5d	Vollstationäre Pflege
§ 5e	Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes
§ 5f	Ambulant betreute Wohngruppen und Einrichtungen der Behindertenhilfe
§ 5g	Aufwendungen der Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1
§ 6	Beihilfefähige Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen
§ 6a	Beihilfefähige Aufwendungen für stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-Vater-Kind Kuren
§ 6b	Familienorientierte Rehabilitation
§ 6c	Sozialmedizinische Nachsorge
§ 6d	Rehabilitationssport und Funktionstraining
§ 7	Beihilfefähige Aufwendungen für ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

<b>§ 8</b>	Beihilfefähige Aufwendungen bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch und einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation sowie bei Empfängnisregelung
<b>§ 9</b>	Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen
<b>§ 10</b>	Behandlungs- und Beförderungskosten im Ausland; Auslandskrankenversicherung
<b>§ 11</b>	Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen
<b>§ 12</b>	Bemessung der Beihilfen
<b>§ 12a</b>	Kostendämpfungspauschale
<b>§ 13</b>	Verfahren
<b>§ 14</b>	Gewährung von Beihilfen an Hinterbliebene und andere Personen in Todesfällen
<b>§ 15</b>	Belastungsgrenze
<b>§ 16</b>	Besondere Bestimmungen für die Gemeinden, Gemeindeverbände und die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts
<b>§ 17</b>	Personenbezogene Bezeichnungen
<b>§ 17a</b>	Übergangsregelungen
<b>§ 18</b>	Inkrafttreten

<b>Anlage 1</b>	Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung
<b>Anlage 2</b>	Arzneimittel
<b>Anlage 3</b>	Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel
<b>Anlage 4</b>	Beihilferechtliches Gebührenverzeichnis NRW für Heilpraktikerleistungen
<b>Anlage 5</b>	Beihilferechtliche Angemessenheit der von Gesundheits- und Medizinalfachberufen in Rechnung gestellten Beträge
<b>Anlage 6</b>	Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene oder teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
<b>Anlage 7</b>	Beihilferechtliche Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht

**Verordnung  
über Beihilfen  
in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen  
(Beihilfenverordnung NRW – BVO NRW)**  
Vom 5. November 2009 (GV. NRW. S. 601)  
zuletzt geändert durch Verordnung vom 16. Dezember 2016  
(GV. NRW. Nr. 46 v. 30.12.2016 S. 1196)

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

**§ 1  
Beihilfeberechtigte Personen**

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

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

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

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

(3) Beihilfen werden nicht gezahlt

1. an Beamte und Richter,

- a) wenn sie für weniger als ein Jahr beschäftigt werden, es sei denn, dass sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 43 Absatz 6 des Landesbesoldungsgesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310, ber. S. 642), das durch Artikel 29 des Gesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310) geändert worden ist,) tätig sind, oder
  - b) wenn ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt,
2. an Versorgungsempfänger (Absatz 1 Nummer 2 und 3) für die Dauer einer Beschäftigung, die zum Bezug von Beihilfen berechtigt,
  3. sofern Ansprüche nach § 27 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Deutschen Bundestages (Abgeordnetengesetz-AbgG) vom 21. Februar 1996 (BGBl. I S. 326) in der jeweils geltenden Fassung oder nach entsprechenden Regelungen dem Grunde nach bestehen.

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

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

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

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

Hinterbliebenenversorgung handelt; in diesem Fall bleibt die bisherige Beihilfestelle zuständig.

## **§ 2 Beihilfefälle**

(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 Impfkommision am Robert Koch-Institut (STIKO) öffentlich empfohlen werden, für Impfungen, die in Zusammenhang mit einer privaten Auslandsreise stehen sowie für FSME- (Frühsommer-Meningoenzephalitis) und Gripeschutzimpfungen,
6. in Fällen eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs,
7. in Fällen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation.

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

(3) Erhält ein Beihilfeberechtigter oder eine berücksichtigungsfähige Person Sach- oder Dienstleistungen (ärztliche und zahnärztliche Versorgung, ambulante und stationäre Krankenhausbehandlung, Heilmittel usw.), werden keine Beihilfen 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) sowie Leistungen auf Grund der Bestimmungen über die vollständige oder teilweise Kostenbefreiung (§ 62 Absatz 4 SGB V).

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

(4) Besteht ein Anspruch auf Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen, sind die auf Grund dieser Vorschriften zustehenden Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Dies gilt nicht hinsichtlich der Schadensersatzansprüche, die nach § 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 Häftlingshilfe-gesetzes oder des Soldatenversorgungsgesetzes zustehen, sind nicht verpflichtet, diese in Anspruch zu nehmen; Satz 1 ist insoweit nicht anzuwenden.

(5) Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die zu einem Zeitpunkt entstanden sind,

1. in dem der Beihilfeberechtigte noch nicht oder nicht mehr zu den in § 1 bezeichneten beihilfeberechtigten Personen gehörte,
2. in dem eine nach § 2 berücksichtigungsfähige Person noch nicht zu diesem Personenkreis gehörte.

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

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

## **§ 4**

### **Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen**

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für:

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

oder

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

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

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

- a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Absatz 2 KHEntgG, § 2 Absatz 2 BPfIV),
- b) gesondert berechnete Unterkunft (ohne Einbettzimmer) und / oder Verpflegung abzüglich 15 Euro täglich und gesondert berechnete ärztliche Leistungen (§ 17 KHEntgG, § 16 der Bundespflegesatzverordnung) abzüglich 10 Euro täglich für insgesamt höchstens 30 Tage im Kalenderjahr,
- c) vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V),

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

Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern nach § 107 Absatz 1 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, sind nur insoweit als angemessen (§ 3 Absatz 1 Satz 1) anzuerkennen, als sie den Kosten (Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten) entsprechen, die die dem Behandlungsort nächstgelegene Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik nach

§ 108 SGB V) für eine medizinisch gleichwertige Behandlung abzüglich eines Betrages von 25 Euro täglich für höchstens 30 Tage im Kalenderjahr berechnen würde.

3. Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Behandlungen außerhalb einer Maßnahme nach § 7 bis zum Höchstbetrag von je 30 Euro täglich für den Erkrankten und eine notwendige Begleitperson.
4. Erste Hilfe.
5. Eine notwendige Berufspflegekraft, solange die oder der Erkrankte nach ärztlicher Verordnung der häuslichen Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, ambulante Palliativversorgung ambulante psychiatrische Krankenpflege) bedarf. Die Kosten einer Ersatzpflegekraft können unter derselben Voraussetzung anerkannt werden. Bei einer Pflege durch den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner, Kinder, Enkelkinder, Eltern, Großeltern, Geschwister, Schwäger erste Grades sowie Schwager sind nur Beförderungskosten (Nummer 11) und Kosten für eine Unterbringung der Pflegekraft außerhalb der Wohnung beihilfefähig. Außerdem kann eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe eines ausgefallenen Arbeitseinkommens als beihilfefähig berücksichtigt werden, wenn wegen Ausübung der Pflege eine Erwerbstätigkeit aufgegeben worden ist, die mindestens den Umfang einer Halbtagsbeschäftigung hatte; für den Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner und die Eltern eines Pflegebedürftigen ist eine für die Pflege gezahlte Vergütung nicht beihilfefähig. In den Fällen des Satzes 2 bis 4 sind höchstens die Kosten für eine Berufspflegekraft beihilfefähig. Aufwendungen für im Haushalt des Beihilfeberechtigten bereits tätige Personen sind nur insoweit beihilfefähig, als sie nachweislich über die bisher gezahlte Vergütung hinaus durch Mehrarbeit infolge Übernahme der Pflege entstanden sind.
6. Eine Familien- und Hauspflegekraft bis zum Betrag von 9 Euro je Stunde, höchstens jedoch 72 Euro täglich, wenn der den Haushalt führende berücksichtigungsfähige Familienangehörige oder der den Haushalt führende Beihilfeberechtigte wegen einer stationären Unterbringung (Nummer 2, §§ 5 c, 6, 6 a und 8) oder ambulanten Rehabilitationsmaßnahme (§ 7 Absatz 4) den Haushalt nicht weiterführen kann. Voraussetzung ist, dass die haushaltsführende Person – ausgenommen sie ist allein erziehend – nicht oder nur geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV erwerbstätig ist oder, soweit mehrere teilzeitbeschäftigte Personen den Haushalt führen, die Erwerbstätigkeit dieser Personen insgesamt nicht mehr als 120 vom Hundert der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit einer Vollzeitstelle (40 Stunden/Woche) erreicht, im Haushalt

mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Dies gilt nach begründeter ärztlicher Bescheinigung auch für bis zu 28 Tage nach Ende der stationären Unterbringung, nach einer ambulanten Operation oder darüber hinaus, wenn dadurch ein stationärer Krankenhausaufenthalt (§ 4 Absatz 1 Nummer 2) vermieden wird (z.B. Liegeschwangerschaft) sowie bei Alleinstehenden und Alleinerziehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend. Wird an Stelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspflegekraft ein Kind unter 15 Jahren oder eine in Satz 3 aufgeführte pflegebedürftige Person in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendige Beförderungskosten - auch für eine Begleitperson - bis zu den sonst berücksichtigungsfähigen Aufwendungen für eine Familien- und Hauspflegekraft beihilfefähig. Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung aus Anlass einer Unterbringung bei den in Nummer 5 Satz 3 genannten Personen sind nicht beihilfefähig.

7. Die von Behandlern nach Nummer 1 bei ihren Verrichtungen verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten apothekenpflichtigen Arzneimittel [§ 2 Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Dezember 2005 (BGBl. I. S. 3394) in der jeweils geltenden Fassung], Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 und 2 des Medizinproduktegesetzes in der jeweils aktuellen Fassung zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt und nach Anlage V der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß 91 SGB V über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinien) nach den dort genannten Maßgaben zur Verordnung zugelassen sind.

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 welchen Arzneimitteln (verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen), die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten oder die sich in der klinischen Erprobung befinden, Beihilfen gewährt werden können. Dies gilt nicht für Arzneimittel und Medizinprodukte der besonderen Therapierichtungen.

Das 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 vom Arzt schriftlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.
9. Eine spezialisierte ambulante oder stationäre Palliativ- oder Hospizversorgung. Aufwendungen für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind beihilfefähig, wenn wegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist. § 37b Absatz 1 Satz 3 und 4, Absatz 2 und 3 sowie § 132d Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend. Aufwendungen für eine stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz (Kinderhospiz), in dem eine palliativ oder teilstationäre Behandlung erbracht wird, sind für die ersten neun (Kinderhospiz 18) Monate der Versorgung nach Nummer 2 beihilfefähig. Die Abzugsbeträge nach Nummer 2 Satz 2 Buchstabe b bleiben unberücksichtigt. Nach Ablauf der Fristen nach Satz 2 gelten die §§ 5 bis 5 e entsprechend. Ist bei stationär untergebrachten Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr zu deren Betreuung die Unterbringung eines Elternteils oder auch von Geschwistern medizinisch erforderlich, wird zu deren Unterbringungskosten ein Zuschuss von bis zu insgesamt 80 Euro täglich gezahlt, soweit das Hospiz die Unterbringungskosten gesondert in Rechnung stellt. Das gilt nicht in den Fällen des Satzes 6.
10. Vom Arzt schriftlich verordnete Hilfsmittel, zu denen auch Körperersatzstücke, Kontrollgeräte sowie Apparate zur Selbstbehandlung rechnen. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

Anschaffung und Reparatur; von den Aufwendungen für den Betrieb der Hilfsmittel ist nur der 100 Euro im Kalenderjahr übersteigende Betrag beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen zur Beschaffung von Batterien für Hörhilfen einschließlich Ladegeräte für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sowie von Pflege- und Reinigungsmitteln für Kontaktlinsen. Die Mietgebühren für Hilfsmittel sind beihilfefähig, sofern sie insgesamt nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind. Aufwendungen für Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung oder Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist. Bei orthopädischen Maßschuhen sind die Aufwendungen nur insoweit beihilfefähig, als sie den Betrag für eine normale Fußbekleidung übersteigen. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die auch im Rahmen der allgemeinen Lebenshaltung benutzt werden oder die einen Gegenstand der allgemeinen Lebenshaltung ersetzen können (sogenannte Bandscheibenmatratzen, Liegestühle, Gesundheitsschuhe, Fieberthermometer, Heizkissen, Bestrahlungslampen, Kosten eines Personenkraftwagens einschließlich behindertengerechter Um- und Einbauten und dgl.). Beihilfefähig sind insbesondere Aufwendungen für folgende Hilfsmittel:

Atemmonitore  
Beatmungsgeräte,  
Blindenführhunde einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb,  
Blindenstöcke,  
Blutdruckmessgeräte,  
Bruchbänder,  
CPAP-Geräte,  
Defibrillatorwesten,  
Ernährungspumpen,  
Fußeinlagen,  
Gehstützen,  
Gehwagen,  
Gipsbetten,  
Gummistrümpfe,  
Heimdialysegeräte,  
Herzschrittmacher einschließlich Kontrollgerät,  
Hilfsgeräte (für Schwerstbehinderte, Ohnhänder u.a.),  
Hörhilfen (auch Hörbrillen),  
Infusionspumpen,  
Inhalationsapparate,  
Injektionsspritzen und -nadeln,  
Insulin-Dosiergeräte,

Katheter,  
Kniekappen,  
Knöchel- und Gelenkstützen,  
Körperersatzstücke,  
Kopfschützer,  
Korrekturschienen u.ä.,  
Krankenfahrstühle,  
Krankenheber,  
Krankenstöcke (einschließlich Gehbänkchen mit Zubehör),  
Leibbinden,  
Orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind,  
Pflegebett in behindertengerechter Ausstattung,  
Polarimeter,  
Reflektometer,  
Reizstromgeräte zur Behandlung der Skoliose,  
Sehhilfen,  
Spastikerhilfen (auch Übungsgeräte),  
Sprechhilfen (auch elektronische),  
Sprechkanülen,  
Stützapparate,  
Stumpfstrümpfe und Narbenschützer,  
Suspensorien,  
Ultraschallvernebler,  
Vibrationstrainer bei Taubheit,  
Wasser- und Luftkissen,  
Wechseldruckgeräte.

Aufwendungen für vorstehend nicht genannte Hilfsmittel von mehr als 1.000 Euro sind nur beihilfefähig, wenn die 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 Angemessenheit der Aufwendungen bestimmt sich nach der Anlage 3 zu dieser Verordnung. Der Dienstherr kann ein Hilfsmittel unentgeltlich zur Verfügung stellen; in diesem Fall wird keine Beihilfe gezahlt.

10a. Aufwendungen für die Erstbeschaffung einer ärztlichen verordneten Brille oder von ärztlich verordneten Kontaktlinsen sind beihilfefähig. Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Sehhilfen (zwei Brillengläser/Kontaktlinsen) sind bei Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, bei einer Änderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien (sphärischer Wert) beihilfefähig. Bei gleichbleibender Sehschärfe sind die Aufwendungen einer Ersatzbeschaffung von Kontaktlinsen nach zwei Jahren bis zu 170 Euro je Kontaktlinse und nach



drei Jahren von 220 Euro je Brillenglas (bis 5,75 Dioptrien) oder 250 Euro je Glas (ab 6 Dioptrien) beihilfefähig.

10b. Aufwendungen für ein Brillengestell sind bis zu 70 Euro sowie die Einschleifkosten der Brillengläser in das Gestell bis zu einem Betrag von 25 Euro je Glas beihilfefähig. Aufwendungen für höherbrechende Gläser sind ab 6 Dioptrien beihilfefähig.

10c. Für die Ersatzbeschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen mit Ausnahme einer Prismenbrille reicht anstelle der ärztlichen Verordnung die Refraktionsbestimmung durch einen Augenoptiker aus. Die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung sind bis zu 13 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.

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 (Vorankennungsverfahren). Die Kosten des Gutachtens trägt die Beihilfestelle. Wird mit der Behandlung vor der Anerkennung durch

die Beihilfestelle begonnen, gelten abweichend von Satz 5 die Sätze 1 bis 4 entsprechend. Die Kosten des Gutachtens sind in diesem Fall nicht beihilfefähig. Bei Reparaturen sind neben den Kosten für die Suprakonstruktion bis zu 400 Euro je Implantat beihilfefähig.

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

#### **§ 4a**

##### **Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung**

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

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

(3) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

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

#### **§ 4b**

##### **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 Opiode 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](http://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 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 Psychoanalytisch begründete Verfahren**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In Ausnahmefällen kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine über die in 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.

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

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



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

#### **§ 4d 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	45 Sitzungen	45 Sitzungen
wenn das Behandlungsziel nicht innerhalb von 45 Sitzungen erreicht worden ist	15 weitere Sitzungen	15 weitere Sitzungen
in Ausnahmefällen	20 weitere Sitzungen	20 weitere Sitzungen

In Ausnahmefällen kann die Beihilfestelle, bei Landesbediensteten mit Zustimmung des Ministeriums der Finanzen, die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für die Behandlung auch für eine über die in Satz 1 festgelegte Höchstzahl von Sitzungen hinaus anerkennen, wenn die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten belegt wird.

(2) § 4c Absatz 2 gilt entsprechend.

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

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

Muss in 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. Satz 1 gilt auch bei Behandlung durch

- 5. ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- 6. Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder
- 7. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten, wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen. Der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richtet sich nach Absatz 3.

(2) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen anlässlich der Behandlung von

- a) ausschließlich angeborenen Einschränkungen oder Behinderungen der Hirnleistungsfunktionen ohne sekundäre organische Hirnschädigung, insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (AD(H)S), oder Intelligenzminderung,
- b) Erkrankungen des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, insbesondere mittel- und hochgradige Demenz vom 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 sowie,
- 2. Einzelbehandlung, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen

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

und

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

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

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

### **§ 4g**

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

(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 wahnhaftige Störung,
- d) induzierte wahnhaftige Störung und
- e) schizoaffektive Störung,

sowie

2. der affektiven Störung

- a) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung,
- b) schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und
- c) gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung.

(2) Die Verordnung von Soziotherapie 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 SGB V) durchführen. Es sind dies Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagogen und Fachkrankenschwester für Psychotherapie (§ 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 3 gilt insoweit nicht).

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

#### **§ 4i Sonstige Heilbehandlungen**

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

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

(3) Abweichend von Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 können Physiotherapeuten mit eingeschränkter Heilpraktikererlaubnis (Physiotherapie-Heilpraktiker)

Heilbehandlungen nach eigener Diagnosestellung ohne ärztliche Verordnung nach Anlage 4 erbringen. Wird der Physiotherapie-Heilpraktiker auf Grund einer ärztlichen Verordnung tätig, bemessen sich die Gebühren nach Anlage 5 dieser Verordnung. Die in diesen Fällen in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist beihilfefähig.

(4) Heilbehandlungen, die wegen fehlender wissenschaftlicher Anerkennung oder fehlender Notwendigkeit beihilferechtlich nicht oder teilweise nicht berücksichtigt werden können, ergeben sich aus der nicht abschließenden Anlage 6 zu dieser Verordnung. In begründeten Einzelfällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht oder ohne Erfolg angewandt wurde, kann das 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 § 5 d Absatz 2 oder 6 anzuwenden ist.

## **§ 5**

### **Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit**

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit 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.

## **§ 5 a** **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 Pflegende oder



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

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

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

### **§ 5 b**

#### **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.

### **§ 5 c**

#### **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.

#### **§ 5 d 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

a) einem Angehörigen 30 Prozent,

b) mehreren Angehörigen 25 Prozent

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

2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen 50 Prozent des um 400 Euro verminderten Einkommens. Einkommen sind die monatlichen (Brutto-)Dienstbezüge (ohne sonstige variable Bezügebestandteile) oder Versorgungsbezüge, das Erwerbseinkommen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten. Angehörige im Sinne des Satzes 1 sind nur der Ehegatte, der eingetragene Lebenspartner sowie die Kinder, die nach § 2 zu berücksichtigen oder nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind. Wird zu den Aufwendungen für die Pflege eines Angehörigen eine Beihilfe gezahlt, sind dem Einkommen des Beihilfeberechtigten das Erwerbseinkommen, die Versorgungsbezüge sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners hinzuzurechnen.

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

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

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

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

## **§ 5 e**

### **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 gewährt. 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 4 und Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 5a Absatz 6,

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) 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 Amtsarztes oder eines Vertrauensarztes vor Behandlungsbeginn die Notwendigkeit der Maßnahme anerkannt hat, die Behandlung nicht durch eine Maßnahme nach § 7 oder durch andere ambulante Maßnahmen ersetzt werden kann und im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder Maßnahme nach § 6 a oder § 7 durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt oder ein Vertrauensarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwerer Fall von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet. Wird die Maßnahme nicht innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides begonnen, ist ein neues Anerkennungsverfahren durchzuführen. Die Behandlungskosten nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4 sind auch dann beihilfefähig, wenn die Beihilfefähigkeit der Rehabilitationsmaßnahme nicht anerkannt wird. Die Kosten der

amts- oder vertrauensärztlichen Gutachten sind beihilfefähig. Zu den Kosten der Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird bei notwendigen Behandlungen in einem Ort außerhalb von Nordrhein-Westfalen insgesamt ein Zuschuss von 100 Euro, innerhalb von Nordrhein-Westfalen von 50 Euro gezahlt.

(2) Die Maßnahme muss in einer Einrichtung durchgeführt werden, die die Voraussetzungen nach § 107 Absatz 2 SGB V erfüllt. Soweit eine Einrichtung auch über Abteilungen verfügt, die die Voraussetzungen nach § 107 Absatz 1 in Verbindung mit § 108 SGB V erfüllen, gilt für von diesen Abteilungen erbrachte Leistungen § 4 Absatz 1 Nummer 2.

(3) Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Behandlung sind in Höhe der Preisvereinbarung (Pauschale) beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat. Werden neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung Leistungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 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.

### **§ 6 a**

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

(1) Zu den Kosten einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes (Müttergenesungskur) oder in einer gleichartigen Einrichtung, die Leistungen in Form einer Mutter-/Vater-Kind-Kur erbringt (§§ 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 Ärzten schriftlich verordnete ambulante sozialmedizinische Nachsorge für chronisch- oder schwerstkranke Kinder bis zum



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

### **§ 6 d**

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

(3) Beihilfefähig sind bei ambulanten Kurmaßnahmen die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4, für das amtsärztliche Gutachten sowie den ärztlichen Schlussbericht. Zu den Fahrkosten, den Aufwendungen für

Kurtaxe sowie Unterkunft und Verpflegung 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

## **§ 8**

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

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

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

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

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

1. nach ärztlicher Feststellung hinreichende Aussicht besteht, dass durch die Maßnahmen eine Schwangerschaft herbeigeführt wird; eine hinreichende Aussicht besteht nicht mehr, wenn die Maßnahme dreimal ohne Erfolg durchgeführt worden ist,
2. die Personen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, miteinander verheiratet sind,
3. ausschließlich Ei- und Samenzellen des Beihilfeberechtigten und seines Ehegatten verwendet werden,
4. sich der Beihilfeberechtigte und sein Ehegatte vor Durchführung der Maßnahmen von einem Arzt, der die Behandlung nicht selbst durchführt, über eine solche Behandlung unter Berücksichtigung ihrer medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkte haben unterrichten lassen und der Arzt sie an einen der Ärzte oder eine der Einrichtungen überwiesen hat, denen eine Genehmigung nach § 121a SGB V erteilt worden ist.

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

## **§ 9**

### **Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen**

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für

1. die Hebamme oder den Entbindungspfleger im Rahmen der Gebührenordnung,
2. die ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung,
3. die vom Arzt, von der Hebamme oder vom Entbindungspfleger verbrauchten Stoffe und Verbandmittel sowie die auf schriftliche ärztliche Verordnung beschafften Stoffe, wie Heilmittel, Verbandmittel und dergleichen; § 4 Absatz 1 Nummer 7 gilt entsprechend,
4. die Unterkunft und Verpflegung in Entbindungsanstalten; § 4 Absatz 1 Nummer 2 gilt entsprechend,
5. eine Hauspflegerin bei Geburten (auch bei Fehl- und Totgeburten) in der Wohnung oder einer ambulanten Entbindung in einer Entbindungsanstalt, sofern die Wöchnerin nicht bereits von einer Kraft nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 gepflegt wird, für einen Zeitraum bis zu 14 Tagen, beginnend mit dem Tage der Geburt; § 4 Absatz 1 Nummer 5 Satz 3 bis 6 gilt entsprechend,
6. die durch die Niederkunft unmittelbar veranlassten Fahrten; § 4 Absatz 1 Nummer 11 gilt entsprechend,
7. Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung,
8. eine Familien- und Hauspflegekraft; § 4 Absatz 1 Nummer 6 gilt entsprechend.

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

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

## **§ 10**

### **Behandlungs- und Beförderungskosten im Ausland; Auslandskrankenversicherung**

(1) Aufwendungen nach § 2 Absatz 1 im Ausland sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung oder Entbindung am

inländischen Wohnort oder letzten früheren inländischen Dienstort des Beihilfeberechtigten oder in dem ihnen am nächsten gelegenen geeigneten inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären.

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

(3) Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung am inländischen Wohnort oder in dem ihm am nächsten gelegenen inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären. § 6 und § 7 gelten sinngemäß. Bei ambulanten Kurmaßnahmen in den in Satz 1 genannten Staaten sind die Aufwendungen nur dann beihilfefähig, wenn der Nachweis erbracht werden kann, dass der Behandlungsort als Kurort anerkannt ist. Wird die Behandlung außerhalb der in Satz 1 genannten Staaten durchgeführt, sind die Aufwendungen nach Satz 1 nur dann beihilfefähig, wenn im Inland oder in den in Satz 1 genannten Staaten kein vergleichbarer Heilerfolg zu erwarten ist und die Behandlung vor Beginn vom 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 Absatz 1 Nummer 1 und 4)  
sowie für entpflichtete Hochschullehrer 50 vom Hundert,
- b) den Empfänger von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfeberechtigt ist, 70 vom Hundert,
- c) den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner 70 vom Hundert,
- d) ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist, 80 vom Hundert.



Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind, beträgt der Bemessungssatz bei dem Beihilfeberechtigten nach Satz 2 Buchstabe a 70 vom Hundert. Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 vom Hundert; die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden.

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

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

(3) 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, 3 und 4 können von der Festsetzungsstelle im Einzelfall für im Grundsatz beihilfefähige Aufwendungen erhöht werden,

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

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

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

(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-, Pfl egetagegeld-, Pflegezusatz-, Pflegerentenzusatzversicherungen und sonstigen Summenversicherungen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Personen jeweils 100 Euro täglich nicht überschreiten. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Aufwendungen nach den §§ 5, 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 7 verbleibende Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem beihilfefähige Aufwendungen in Rechnung gestellt sind, in den Besoldungsgruppen A 7 bis A 16, B 1 bis B 11, C 1 bis C 4, H 1 bis H 5, R 1 bis R 8 und W 1 bis W 3 um eine Kostendämpfungspauschale gekürzt. Sie beträgt für

<b>Stufe</b>	<b>Besoldungsgruppe</b>	<b>Betrag</b>
1	A 7 bis A 11	150 Euro
2	A 12 bis A 15, B 1, C 1, C 2, H 1 bis H 3, R 1, W 1	300 Euro
3	A 16, B 2, B 3, C 3, H 4, H 5, R 2, R 3, W 2, W 3	450 Euro
4	B 4 bis B 7, C 4, R 4 bis R 7	600 Euro
5	Höhere Besoldungsgruppen	750 Euro;

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

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

(3) Die Beträge nach Absatz 1 bemessen sich

1. bei Ruhestandsbeamten, Richtern im Ruhestand sowie früheren Beamten und Richtern (§ 1 Absatz 1 Nummer 2) nach dem Ruhegehaltssatz,
2. bei Witwern sowie hinterbliebenen Lebenspartnern (§ 1 Absatz 1 Nummer 3) nach 60 vom Hundert des Ruhegehaltssatzes;

dabei darf die Kostendämpfungspauschale in den Fällen der Nummer 1 70 vom Hundert und in den Fällen der Nummer 2 40 vom Hundert der Beträge nach Absatz 1 nicht übersteigen. Für die Zuteilung zu den Stufen nach Absatz 1 ist die Besoldungsgruppe maßgebend, nach der die Versorgungsbezüge berechnet sind; Zwischenbesoldungsgruppen werden der Besoldungsgruppe mit derselben Ordnungsziffer zugeordnet. Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezüge ein Grundgehalt (Gehalt) nach einer früheren Besoldungsgruppe, eine Grundvergütung oder ein Lohn zugrunde liegt sowie für Versorgungsempfänger, deren Versorgungsbezüge in festen Beträgen festgesetzt sind.

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

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

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

(7) Für Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 5) entfällt die Kostendämpfungspauschale.

## § 13 Verfahren

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

1. das Landesamt für Besoldung und Versorgung über Anträge der Beihilfeberechtigten der Obersten Landesbehörden und der dem Ministerium der Finanzen nachgeordneten Behörden und Einrichtungen,
2. die Bezirksregierungen über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs, der Beihilfeberechtigten der Staatlichen Rechnungsprüfungsämter und der Beihilfeberechtigten der übrigen Behörden und Einrichtungen des Landes einschließlich der Landesbetriebe innerhalb ihres Bezirks, soweit nicht in den Nummern 3 bis 7 eine abweichende Regelung getroffen ist,
3. die Oberlandesgerichte über die Anträge der Beihilfeberechtigten ihres Geschäftsbereichs und nach näherer Bestimmung des Justizministeriums über die Anträge der Beihilfeberechtigten der anderen Gerichte sowie der dem Ministerium der Justiz nachgeordneten Behörden und Einrichtungen,
4. die Landräte über die Anträge der Beihilfeberechtigten der von ihnen geleiteten Kreispolizeibehörden mit Ausnahme der Anträge der Landräte als Leiter der Kreispolizeibehörden,
5. die Schulämter über die Anträge der Lehrer an den öffentlichen Grundschulen und Hauptschulen und an den ihrer Schulaufsicht unterstehenden öffentlichen Förderschulen,
6. die Kunsthochschulen und Einrichtungen im Hochschulbereich über die Anträge ihrer Beihilfeberechtigten, soweit in einer Vereinbarung nach § 74 Absatz 3 des Kunsthochschulgesetzes vom 13. März 2008 (GV. NRW. S. 195), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310) geändert worden ist, oder § 77 Absatz 5 in Verbindung mit Absatz 3 des Hochschulgesetzes vom 16. September 2014 (GV. NRW. S. 547), das durch Artikel 9 des Gesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310) geändert worden ist, nicht etwas anderes geregelt ist,
7. die Pensionsregelungsbehörden über die Anträge der Versorgungsempfänger; die Pensionsregelungsbehörden des Landes entscheiden auch über die Anträge der Versorgungsempfänger des Landes, wenn diese im Landesdienst wieder beschäftigt werden.

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

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

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

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

1. der Zuschussgewährung nach § 6 Absatz 1 Satz 7, § 6 a Absatz 2 Satz 2, § 7 Absatz 3 Satz 2, Satz 4 sowie Absatz 4 Satz 4 mit dem Tag der Beendigung der Maßnahme,
2. der Beihilfe für die häusliche Pflege (§ 5 a Absatz 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 Zahnarztrechnungen sollen die Diagnose sowie Stempel und Unterschrift des Ausstellers enthalten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **§ 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 Verstorbenen Beihilfen gezahlt. Empfangsberechtigt ist derjenige, der die Rechnungen zuerst vorlegt. Die Beihilfe ist nach dem Hundertsatz zu bemessen, der dem verstorbenen Beihilfeberechtigten zugestanden hat.

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

## **§ 15**

### **Belastungsgrenze**

(1) Selbstbehalte nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 Satz 2 und 3 und Absatz 2 Buchstabe c sowie die Kostendämpfungspauschale nach § 12 a dürfen in den Kalenderjahren 2010 bis 2014 2 Prozent und ab dem Kalenderjahr 2015 1,5 Prozent der Bruttojahresdienstbezüge oder Bruttojahresversorgungsbezüge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen (Belastungsgrenze) des Beihilfeberechtigten nicht übersteigen. Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze sind die jährlichen Bruttobezüge des vorangegangenen Kalenderjahres. Variable Bezügebestandteile, kinderbezogene Anteile im Familienzuschlag, Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten sowie Einkünfte berücksichtigungsfähiger Personen bleiben außer Ansatz. Die Beträge nach Satz 1 sind mit Ausnahme der Kostendämpfungspauschale nur in Höhe des Beihilfenbemessungssatzes nach § 12 zu berücksichtigen.

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

(3) Ab dem Kalenderjahr 2014 werden auf Antrag des Beihilfeberechtigten nachträglich Beihilfen zu Aufwendungen für verordnete nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel gezahlt, soweit die im Grundsatz nicht beihilfefähigen Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 7 Satz 2 Nummer 2 im

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

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

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

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

## **§ 16**

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

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

(2) Absatz 1 gilt entsprechend für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts.



Die Hochschulen im Sinne des § 1 Absatz 2 Hochschulgesetz können in einer Vereinbarung nach § 77 Absatz 2 oder 3 Hochschulgesetz abweichende Regelungen erlassen.

## **§ 17**

### **Personenbezogene Bezeichnungen**

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

## **§ 17 a**

### **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. Nr. 37 v.15.12.2017 S. 951] gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 2017 entstehen.

## **§ 18 Inkrafttreten**

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

Der Finanzminister  
des Landes Nordrhein-Westfalen

**Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und  
Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung**

**Abschnitt 1  
Psychotherapeutische Leistungen**

1. Nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen für:

- a) Familientherapie,
- b) Funktionelle Entspannung nach Marianne Fuchs,
- c) Gesprächspsychotherapie (z.B. nach Rogers),
- d) Gestalttherapie,
- e) Körperbezogene Therapie,
- f) Konzentrierte Bewegungstherapie,
- g) Logotherapie,
- h) Musiktherapie,
- i) Heileurhythmie,
- j) Psychodrama,
- k) Respiratorisches Biofeedback und
- l) Transaktionsanalyse.

2. Nicht zu den psychotherapeutischen Leistungen im Sinne der §§ 4 a bis 4 e gehören

- a) Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung bestimmt sind,
- b) Maßnahmen der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- oder Sexualberatung,
- c) Heilpädagogische und ähnliche Maßnahmen und
- d) psychologische Maßnahmen, die der Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte dienen.

**Abschnitt 2  
Psychosomatische Grundversorgung**

1. Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von Fachärzten für

- a) Allgemeinmedizin,
- b) Augenheilkunde,
- c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- d) Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- e) Innere Medizin,

- f) Kinder- und Jugendlichenmedizin,
- g) Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
- h) Neurologie,
- i) Phoniatrie und Pädaudiologie,
- j) Psychiatrie und Psychotherapie,
- k) Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- l) Urologie.

2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, Jacobsonische Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von

- a) Ärzten,
- b) Psychologischen Psychotherapeuten oder
- c) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die behandelnde Person muss über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung der entsprechenden Interventionen verfügen.

### **Abschnitt 3**

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

1. Wird die Behandlung von einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

- a) Psychotherapeutische Medizin,
- b) Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie oder
- d) Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“.

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

2. Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes kann Leistungen für diejenige anerkannte

Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

3. Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 Psychotherapeutengesetz durchgeführt, muss diese Person

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

4. Ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Therapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte).

5. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz kann Leistungen für diejenige Psychotherapieform bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

6. Wird die Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 Psychotherapeutengesetz durchgeführt, muss er

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

7. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. Ein Therapeut, der über

eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann sowohl tiefenpsychologisch fundierte als auch analytische Psychotherapie durchführen (Nummern 860, 861 und 863 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte).

8. Wird die Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben von einer Person durchgeführt, die weder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist, hat die behandelnde Person neben der der Berechtigung nach den Nummern 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach den Nummern 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

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

#### **Abschnitt 4 Verhaltenstherapie**

1. Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss er Facharzt für eines der folgenden Fachgebiete sein:

- a) Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin,
- b) Psychiatrie und Psychotherapie,
- c) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie oder
- d) Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“.

Ärztliche Psychotherapeuten, die keine Fachärzte sind, können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiter-

bildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.

2. Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz kann Verhaltenstherapie durchführen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.

3. Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 Psychotherapeutengesetz durchgeführt, muss diese Person

a) zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sein,

b) in das Arztregister eingetragen sein oder

c) über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

4. Wird die Behandlung von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben von einer Person durchgeführt, die weder Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie noch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

Werden Gruppenbehandlungen von einer Person durchgeführt, die kein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist, hat die behandelnde Person neben der Berechtigung nach Nummer 1, 2 oder 3 ihre fachliche Befähigung auch durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

## **Abschnitt 5**

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

1. Wird die Behandlung von einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person

a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder Abschnitt 4 erfüllen und

b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.

2. Wird die Behandlung von einem Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person

a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder Abschnitt 4 erfüllen und

b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.

3. Wurde die Qualifikation nach Nummer 1 oder Nummer 2 nicht im Rahmen der Weiterbildung erworben, muss die behandelnde Person

a) in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben und

b) mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens zehn Stunden mit Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung durchgeführt haben.

Entsprechende Zusatzqualifikationen müssen an oder über anerkannte Weiterbildungsstätten erworben worden sein.



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

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

3. Beihilfefähig sind Aufwendungen für zugelassene nicht verschreibungspflichtige apothekenpflichtige Arzneimittel, die begleitend zu einer medikamentösen Haupttherapie mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln eingesetzt werden (Begleitmedikation), wenn das nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Fachinformation des Hauptarzneimittels als Begleitmedikation zwingend vorgeschrieben ist oder wenn es zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels auftretenden schwerwiegenden, schädlichen, unbeabsichtigten Reaktionen eingesetzt wird (unerwünschte Arzneimittelwirkungen).

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

5. Aufwendungen für Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nummer 1 oder 2 des Medizinproduktegesetzes (MPG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), in der jeweils geltenden Fassung, zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, sind indikationsbezogen beihilfefähig, wenn sie in der Anlage V der jeweils aktuellen Fassung der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt sind.

6. Bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind - unabhängig von der Verschreibungspflicht - die Aufwendungen für folgende Arzneimittel nicht beihilfefähig:

a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel, sofern es sich nicht um schwerwiegende Gesundheitsstörungen handelt.

b) Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen, geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle und nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen- und Ohrenbereich,

c) Abführmittel außer zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukovizidose, neurogener Darmlähmung, vor diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- sowie Opioidtherapie und in der Terminalphase,

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

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

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

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

- nicht oder nicht ausschließlich zur Behandlung von Krankheiten dienen,

- zur individuellen Bedürfnisbefriedigung oder zur Aufwertung des Selbstwertgefühls dienen,

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

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

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

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

### Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel

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

#### 1. Blutdruckmessgerät

Als beihilfefähiger Höchstbetrag wird ein Betrag von 80 Euro festgesetzt.

#### 2. Hörgerät

Als beihilfefähiger Höchstbetrag (je Ohr) wird ein Betrag von 1.400 Euro festgesetzt. Mit diesem Betrag sind sämtliche Nebenkosten mit Ausnahme der Kosten einer medizinisch notwendigen Fernbedienung abgegolten. Die Mindesttragedauer beträgt 5 Jahre.

#### 3. Perücke

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

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

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

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

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

## **Beihilferechtliches Gebührenverzeichnis NRW für Heilpraktikerleistungen**

### 1. Allgemeine Hinweise

Der Heilpraktiker übt seinen Beruf eigenverantwortlich aus und zählt zu den freien Berufen im Sinne des § 18 EStG.

Die Tätigkeit des Heilpraktikers beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Dienstvertrag mit dem Patienten. Der Vertrag ist laut § 145 BGB nicht an eine Form gebunden und kann auch ohne ausdrückliche Vereinbarung durch schlüssige Handlungen zustande kommen.

Der Heilpraktiker schließt mit dem Patienten einen Dienstvertrag (§§ 611 – 630 BGB), der ihn zur Leistung der versprochenen Dienste, wie Bemühen um Heilung oder Linderung der Krankheit im gegenseitigen Einverständnis, den Patienten zur Zahlung einer Vergütung verpflichtet.

Im Rahmen seines ganzheitlichen Behandlungszieles wendet der Heilpraktiker die notwendigen Verfahren an, die zu einer diagnostischen Abklärung und einer entsprechenden therapeutischen Beeinflussung des jeweiligen Krankheitsgeschehens notwendig sind.

Nach § 611 BGB ist die Höhe der Vergütung der freien Vereinbarung zwischen Heilpraktiker und Patient überlassen. Wenn beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen wurde, so gilt sie doch nach § 612 BGB als vereinbart.

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

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

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

### 2. Rechnungshinweise

Eine Rechnungserstellung hat korrekt im Sinne der Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag zu erfolgen. Die Rechnung muss in ihrer Form sowohl für den

Zahlungspflichtigen, als auch für die Beihilfestellen übersichtlich und nachvollziehbar sein. Hierbei sind insbesondere anzugeben:

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

Nicht gesondert berechnungsfähig sind:

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

### 3. Beihilferechtliche Hinweise

a) Beihilfefähig sind ausschließlich die in dem nachfolgenden Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen mit den hierzu benannten Höchstbeträgen. Diese wurden seitens des Bundesministeriums des Innern mit dem Dachverband Deutscher Heilpraktikerverbände e.V. (DDH), Maarweg 10, 53123 Bonn, dem Fachverband Deutscher Heilpraktiker e.V. (FDH), Maarweg 10, 53123 Bonn, dem Freien Verband Deutscher Heilpraktiker e.V. (FVDH), Weseler Straße 19-21, 48151 Münster, der Union Deutscher Heilpraktiker e.V. (UDH), Waldstraße 21, 61137 Schöneck, dem Verband Deutscher Heilpraktiker e.V. (VDH), Ernst-Grote-Straße 13, 30916

Isernhagen und dem Bund Deutscher Heilpraktiker e.V. (BDH), Südstraße 11, 48231 Warendorf am 23. September 2011 für den Bundesbeihilfebereich vereinbart. Weitere Leistungen (Ausnahme Buchstabe b) und höhere Honorarvergütungssätze sind nicht beihilfefähig.

b) Leistungen, die nicht im dem Gebührenverzeichnis aufgeführt sind, können ausnahmsweise entsprechend einer ähnlichen Leistung des Verzeichnisses berechnet werden. Eine verständliche Beschreibung dieser Leistung ist erforderlich. Es hat eine Kennzeichnung als analoge Leistung mit einem „A“ zur entsprechenden Ziffer zu erfolgen.

c) §§ 3 und 4 sowie Anlage 2 BVO sind zu beachten.

#### 4. Gebührenverzeichnis:

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

8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags		20,00 €
	<p><i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Nummern 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeiten stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i></p>		
<b>9</b>	<b>Hausbesuch einschließlich Beratung</b>		
9.1	bei Tag		24,00 €
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)		26,00 €
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen		29,00 €
<b>10</b>	<b>Nebengebühren für Hausbesuche</b>		
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag - bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		4,00 €
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht - bis zu 2 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		8,00 €
10.5	für jeden zurückgelegten km bei Tag von 2-25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		1,00 €
10.6	für jeden zurückgelegten km bei Nacht von 2-25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort		2,00 €
10.7	Handelt es sich um einen Fernbesuch von über 25 km Entfernung zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden:		0,20 €
	<p><i>Anmerkung: Die Wegekilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet. Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.</i></p>		
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine Reise, welche länger als 6 Stunden dauert, so kann der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Abrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Die Patientin bzw. der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.		16,00 €
<b>11</b>	<b>Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen</b>		
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief für Patienten		5,00 €
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A 4 engzeilig maschinengeschrieben)	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	15,00 €
		Schriftliche gutachtliche Äußerung	16,00 €



11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen	8,00 €	
<b>12</b>	<b>Chemisch-physikalische Untersuchungen</b>		
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich  <i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des ph-Wertes und des spezifischen Gewichtes sind nicht berechnungsfähig.</i>	3,00 €	
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z. B. Zucker)	4,00 €	
12.4	Harnuntersuchung, nur Sediment	4,00 €	
12.7	Blutstatus (nicht neben Nummer 12.9, 12.10, 12.11)	10,00 €	
12.8	Blutzuckerbestimmung	2,00 €	
12.9	Hämoglobinbestimmung	3,00 €	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	6,00 €	
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z.B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl. Differenzierung der Leukozyten, elektronischzytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse)	3,00 € 1,00 €
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	3,00 €	
12.13	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung  <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	6,00 €	
12.14	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang pro Einzeluntersuchung  <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	7,00 €	
<b>13</b>	<b>Sonstige Untersuchungen</b>		
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art (zum Beispiel: ph-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein).  <i>Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.</i>	6,00 €	
<b>14</b>	<b>Spezielle Untersuchungen</b>		

14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes  <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden. Leistungen nach Nummer 14.1 und Nummer 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.</i>	8,00 €	
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes  <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nummer 14.2 kann nicht neben einer Leistung nach Nummer 1 oder Nummer 4 berechnet werden.</i>	8,00 €	
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,00 €	
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasuntersuchung	20,00 €	
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	7,00 €	
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	41,00 €	
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	14,00 €	
14.8	Oszillogramm-Methoden	11,00 €	
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen  <i>Anmerkung: Nicht neben Nummer 1 oder Nummer 4 berechenbar.</i>	8,00 €	
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck-/ und oder Strömungsmessungen	9,00 €	
<b>17</b>	<b>Neurologische Untersuchungen</b>		
17.1	Neurologische Untersuchung	21,00 €	
<b>18 – 23</b>	<b>Spezielle Behandlungen</b>		
<b>20</b>	<b>Atemtherapie, Massagen</b>		
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	8,00 €	
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u.a., Spezialnervenzmassage	6,00 €	
20.3	Bindegewebsmassage	6,00 €	
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	4,00 €	
20.5	Großmassage	6,00 €	
20.6	Sondermassagen	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	8,00 €
		Massage im extramuskulären Bereich (zum Beispiel: Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	6,00 €
		Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	6,00 €
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaten	6,00 €	

20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	4,00 €
<b>21</b>	<b>Akupunktur</b>	
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	23,00 €
21.2	Moxibustionen, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	7,00 €
<b>22</b>	<b>Inhalationen</b>	
22.1	Inhalationen, soweit sie von dem Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaten in der Sprechstunde ausgeführt werden	3,00 €
<b>24 – 30</b>	<b>Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren</b>	
<b>24</b>	<b>Eigenblut, Eigenharn</b>	
24.1	Eigenblutinjektion	11,00 €
<b>25</b>	<b>Injektionen, Infusionen</b>	
25.1	Injektion, subkutan	5,00 €
25.2	Injektion, intramuskulär	5,00 €
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	7,00 €
25.4	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), pro Sitzung	7,00 €
25.5	Injektion, intraartikulär	11,50 €
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	11,50 €
25.7	Infusion	8,00 €
25.8	Dauertropfeninfusion	12,50 €
	<i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit der mit der Infusion eingebrachten Medikamente richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.</i>	
<b>26</b>	<b>Blutentnahmen</b>	
26.1	Blutentnahme	3,00 €
26.2	Aderlass	12,00 €
<b>27</b>	<b>Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren</b>	
27.1	Setzen von Blutegeln, gegebenenfalls einschließlich Verband	5,00 €
27.2	Skarifikation der Haut	4,00 €
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,00 €
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	5,00 €
27.5	Schröpfkopfmassage einschl. Gleitmittel	5,00 €
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	5,00 €
27.7	Setzen von Fontanellen	5,00 €
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,00 €
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nummer 27.8)	5,00 €
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,00 €
27.12	Biersche Stauung	5,00 €
<b>28</b>	<b>Infiltrationen</b>	
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	9,00 €
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	15,00 €
<b>29</b>	<b>Roedersches Verfahren</b>	
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	5,00 €
<b>30</b>	<b>Sonstiges</b>	
30.1	Spülung des Ohres	5,00 €

<b>31</b>	<b>Wundversorgung, Verbände und Verwandtes</b>	
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	9,00 €
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	8,00 €
<b>32</b>	<b>Versorgung einer frischen Wunde</b>	
32.1	bei einer kleinen Wunde	8,00 €
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	13,00 €
<b>33</b>	<b>Verbände (außer zur Wundbehandlung)</b>	
33.1	Verbände, jedes Mal	5,00 €
33.2	Elastische Stütz- und Pflasterverbände	7,00 €
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband	10,00 €
	<i>Anmerkung: Die Beihilfefähigkeit des für den Verband verbrauchten Materials richtet sich nach dem Beihilferecht des jeweiligen Beihilfeträgers.</i>	
<b>34</b>	<b>Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung</b>	
34.1	Chiropraktische Behandlung	4,00 €
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule	17,00 €
	<i>Anmerkung: Die Leistung nach Nummer 34.2 ist nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	
<b>35</b>	<b>Osteopathische Behandlung</b>	
35.1	des Unterkiefers	11,00 €
35.2	des Schultergelenkes und der Wirbelsäule	21,00 €
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	21,00 €
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	12,00 €
35.5	des Daumens	10,00 €
35.6	einzelner Finger und Zehen	10,00 €
<b>36</b>	<b>Hydro- und Elektrotherapie, Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen</b>	
	<i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	7,00 €
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	4,00 €
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	13,00 €
36.4	Kneippsche Güsse	4,00 €
<b>37</b>	<b>Elektrische Bäder und Heißluftbäder</b>	
	<i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder sind nicht beihilfefähig.</i>	
37.1	Teilheißluftbad, (zum Beispiel: Kopf oder Arm)	3,00 €
37.2	Ganzheißluftbad, (zum Beispiel: Rumpf oder Beine)	5,00 €
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,00 €
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	4,00 €
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	8,00 €
<b>38</b>	<b>Spezialpackungen</b>	
	<i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Packungen sind nicht beihilfefähig.</i>	
38.1	Fangopackungen	3,00 €
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	3,00 €
38.3	Paraffinganzpackungen	3,00 €
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und	3,00 €

	Schlenzpackungen	
<b>39</b>	<b>Elektro-physikalische Heilmethoden</b>	
39.1	Einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	3,00 €
39.2	Ganzbestrahlungen	8,00 €
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	4,00 €
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	4,00 €
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	4,00 €
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	8,00 €
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	3,00 €
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	3,00 €
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	4,00 €
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	4,00 €
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z.B. Jono-Modulator	4,00 €
39.13	Ultraschall-Behandlung	4,00 €

## Beihilferechtliche Angemessenheit der von Gesundheits- und Medizinalfachberufen in Rechnung gestellten Beträge

Die Angemessenheit der von Gesundheits- und Medizinalfachberufen in Rechnung gestellten Beträge richtet sich nach dem folgenden Leistungsverzeichnis:

### Abschnitt 1

#### Leistungsverzeichnis für ärztlich verordnete Heilbehandlungen

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
<b>I. Inhalation<sup>1)</sup></b>		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	6,70 €
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	3,60 €
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	5,70 €
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	11,30 €
	b) mittels Hauben	13,80 €
<b>II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen</b>		
3	Krankengymnastik (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung	19,50 €
4	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen, die nach Abschluss der Hirnreife erworben werden, als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10 €
5	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen, die angeboren sind oder bis zum Alter von 14 Jahren erworben werden, als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30 €
6	Krankengymnastik (auch orthopädisches Turnen) in einer Gruppe (2 – 8	6,20 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
7	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 – 4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80 €
8	Krankengymnastik (Atemtherapie)	
	a) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30 €
	b) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen in einer Gruppe (2 – 5 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80 €
9	Bewegungsübungen	7,70 €
10	Krankengymnastik oder Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60 €
	b) in einer Gruppe (bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	11,80 €
11	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50 €
12	Chirogymnastik – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,40 €
13	Erweiterte ambulante Physiotherapie <sup>2)</sup> Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag, soweit die Voraussetzungen des Abschnitts 2 vorliegen	81,90 €
14	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbautrainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), Behandlungsrichtwert 60 Minuten, begrenzt auf maximal 18 Behandlungen je Krankheitsfall, soweit die Voraussetzungen des Abschnitts 3 vorliegen	35,00 €
15	Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glissonschiene)	5,20 €
16	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70 €
<b>III. Massagen</b>		
17	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)	13,80 €
18	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder	
	a) Teilbehandlung, 30 Minuten	19,50 €
	b) Großbehandlung, 45 Minuten	29,20 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	c) Ganzbehandlung, 60 Minuten	39,00 €
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität <sup>3)</sup>	8,70 €
19	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalte von mindestens 600 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmesseinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,10 €
<b>IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder</b>		
20	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	10,30 €
21	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80 €
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aa) Teilpackung	20,50 €
	bb) Großpackung	28,20 €
22	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	14,90 €
23	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	7,70 €
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40 €
24	Heublumensack, Peloidkompressen	9,20 €
25	Wickel, Auflagen, Kompressen und anderen, auch mit Zusatz	4,60 €
26	Trockenpackung	3,10 €
27	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10 €
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60 €
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10 €
28	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	12,30 €
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	20,00 €



Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
29	Wechselbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	9,20 €
	b) Vollbad	13,30 €
30	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,00 €
31	Naturmoorbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Halbbad	32,80 €
	b) Vollbad	39,90 €
32	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	28,70 €
	b) Vollbad	32,80 €
33	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Phototherapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit der Bestrahlung durch langwelliges ultraviolettes Licht [UV-A] oder kurzwelliges ultraviolettes Licht [UV-B], einschließlich Nachfetten) und Licht-Öl-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	32,80 €
34	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand- oder Fußbad) mit Zusatz, zum Beispiel vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70 €
	b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,30 €
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50 €
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	3,10 €
35	Gashaltige Bäder	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,50 €
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,50 €
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	21,00 €
	d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	18,50 €
	e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	3,10 €
	Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die unter Nummer 34 Buchstabe a bis c und Nummer 35 Buchstabe b jeweils	

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 3,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 34 Buchstabe d beihilfefähig.	
	<b>V. Kälte- und Wärmebehandlung</b>	
36	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80 €
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke	6,70 €
37	Eisteilbad	9,80 €
38	Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile	5,70 €
	<b>VI. Elektrotherapie</b>	
39	Ultraschallbehandlung, auch Phonophorese	6,20 €
40	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20 €
41	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diodynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	6,20 €
42	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik; bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80 €
43	Iontophorese	6,20 €
44	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30 €
45	Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	22,00 €
	<b>VII. Lichttherapie</b>	
46	Behandlung mit Ultraviolettlicht	
	a) als Einzelbehandlung	3,10 €
	b) in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	2,60 €
47	a) Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10 €
	b) Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
48	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20 €
49	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70 €
<b>VIII. Logopädie</b>		
50	Behandlungsplanung und Bericht	
	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechung, einmal je Behandlungsfall	31,70 €
	b) standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall	49,60 €
	c) ausführlicher Bericht	11,80 €
51	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
	b) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50 €
	c) Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	52,20 €
52	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung der Patientin oder des Patienten oder gegebenenfalls der Eltern, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90 €
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40 €
<b>IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)</b>		
53	Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70 €
54	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
	b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	41,50 €
	c) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	54,80 €
55	Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	31,70 €
56	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,40 €
	b) bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten,	28,70 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	je Teilnehmerin oder Teilnehmer	
	<b>X. Podologische Therapie<sup>4)</sup></b>	
57	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50 €
58	Hornhautabtragung an einem Fuß	8,70 €
59	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05 €
60	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25 €
61	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	26,10 €
62	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)	14,50 €
	<b>XI. Sonstiges</b>	
63	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20 €
64	Fahrtkosten für Fahrten der behandelnden Person (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels  Bei Besuchen mehrerer Patientinnen oder Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 63 und 64 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	

## Abschnitt 2 Erweiterte ambulante Physiotherapie

1.  
Aufwendungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP) – Nummer 13 des Leistungsverzeichnisses – sind bei beihilfefähig, wenn die EAP von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Neurologie, Chirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen verordnet wird:

a)  
Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

- aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
- bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
- cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
- dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
- ee) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose > 50° nach Cobb,

b)  
Operation am Skelettsystem

- aa) posttraumatische Osteosynthesen,
- bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
- c) Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit
  - aa) Schulterprothesen,
  - bb) Knieendoprothesen,
  - cc) Hüftendoprothesen,
- d) Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten
  - aa) Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband),
  - bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
    - aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
    - bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
    - ccc) schwere Schultersteife (frozen shoulder),
    - ddd) Impingement-Syndrom,
    - eee) Schultergelenkluxation,
    - fff) tendinosis calcarea,

ggg)  
periathritis humero-scapularis,  
cc)  
Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,

e)  
Amputationen.

Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

Erforderlich für die Anerkennung als beihilfefähige Aufwendungen ist zudem eine Verordnung von

a)  
einem Krankenhausarzt,  
b)  
einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie,  
c)  
einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder  
d)  
einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“.

2. Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei dieser beschäftigten Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Festsetzungsstelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

3.  
Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

a)  
Krankengymnastische Einzeltherapie,  
b)  
Physikalische Therapie nach Bedarf,  
c)  
Medizinisches Aufbautraining.

Bei Bedarf können folgende zusätzliche Leistungen erbracht werden:

d)  
Lymphdrainage oder Massage oder Bindegewebsmassage,  
e)  
Isokinetik,  
f)  
Unterwassermassage.

Diese zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 13 abgegolten.

4.

Der Behandelte muss die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

### **Abschnitt 3 Medizinisches Aufbautraining**

1.

Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes medizinisches Aufbautraining (MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn

a)

das Training von einem Krankenhausarzt, einem Facharzt für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie, einem Arzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ verordnet wird.

b)

Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einem Arzt der Therapieeinrichtung vorgenommen werden und

c)

jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird; die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.

2.

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Behandlungen je Krankheitsfall begrenzt.

3.

Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von einem Arzt erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:

a)

Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.

b)

Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer

846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte, zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings analog Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte (je Sitzung) und begleitenden krankengymnastischen Übungen nach Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Nummern analog 846, analog 558 sowie Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte können pro Sitzung jeweils nur einmal abgerechnet werden.

4.

Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern nach § 4 i Absatz 2 BVO erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nummer 14 des Abschnitts 1.

5.

Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

#### **Abschnitt 4**

##### **Aufwendungen für medizinische Fußpflege**

Aufwendungen für medizinische Fußpflege durch Podologinnen, Podologen, medizinische Fußpflegerinnen und medizinische Fußpfleger sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

Aufwendungen für ärztlich verordnete Orthonoxyspangen sind auch außerhalb der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

1. Nagelkorrekturspange mit Endschlaufen (Feder- bzw. Schienungsprinzip)

a) Erste Behandlungseinheiten bis zur Fixierung (Verklebung) der angefertigten Spange (einschließlich Nageluntersuchung, -bearbeitung, Abdruck, Passiv-Spange, Aufsetzen, Abnehmen, Fixierung, Materialkosten): 100 Euro.

b) Folgebehandlung (Nachregulierungen) je Behandlungseinheit (einschließlich Nagelbearbeitung, Anpassen, Aufsetzen, Fixierung, Materialkosten): 24,50 Euro.

c) Kontrolluntersuchung: 7,00 Euro.

2. Nagelkorrektur ohne Endschlaufen (Klebespange)

a) Behandlung (einschließlich Nageluntersuchung, -bearbeitung, Fixierung, Materialkosten): 44,50 Euro.

b) Kontrolluntersuchung: 7,00 Euro.

---

1)



Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.

<sup>2)</sup>

Darf nur bei Durchführung von solchen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation/erweiterten ambulanten Physiotherapie zugelassen sind.

<sup>3)</sup>

Das notwendige Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben beihilfefähig.

<sup>4)</sup>

Aufwendungen für medizinische Fußpflege durch eine Podologin, einen Podologen, eine medizinische Fußpflegerin oder einen medizinischen Fußpfleger sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“ beihilfefähig.

## Von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossene oder teilweise ausgeschlossene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

### Abschnitt I

#### Die Aufwendungen für nachfolgende Methoden sind nicht beihilfefähig:

##### A.

1. ACP-Therapie (vgl. auch Ziffer 93),
2. Aktiv-spezifische Immuntherapie - ASI - mit autologer Tumorzellvakzine (auch Impfung mit dendritischen Zellen),
3. Akupunktmassage,
4. Akupressur,
5. Allergostop-Therapie (vgl. auch Ziffer 93),
6. Anwendung tonmodulierter Verfahren, Audio-Psycho-Phonologische Therapie (z.B. nach Tomatis, Hörtraining nach Dr. Volf, Audiovokale Integration und Therapie, Psychophonie-Verfahren zur Behandlung einer Migräne),
7. Atemtherapie nach Middendorf,
8. Atlastherapie nach Arlen und modifizierte Verfahren,
9. Autohomologe Immuntherapien – AHIT -, (z.B. ACTI-Cell-Therapie, nach Dr. Kief),
10. Autologe-Target-Cytokine – ATC - nach Dr. Klehr [auch tumorspezifische Immuntherapie (TSIT), (ATC-TSIT)],
11. Ayurvedische Behandlungen, z.B. nach Maharishi,

##### B

12. Behandlung mit ionisiertem Sauerstoff,
13. Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr,
14. Behandlung mit niederenergetischem Laser (Soft- und Mid-Power-Laser),
15. Behandlung mit Peptidvakzine (außer im Rahmen von klinischen Studien und der Stiko-Empfehlung),
16. Behandlung mit Symbionten- und Lactobazillenkulturen,
17. Biochemische Phototherapie,
18. Bioelektrische Stimulationstherapie,
19. Bioelektronische Funktionsdiagnostik – BFD –,
20. Biologische Krebstherapie nach Dr. Maar,
21. Biomagnetische Induktionstherapie,
22. Biomechanische Stimulation – BMS -,
23. Biomentale Therapie nach Dr. Greuel,
24. Biomolekulare vitOrgan-Therapie,
25. Biophotonen-Therapie,
26. Bioresonanzdiagnostik, Bioresonanztherapie u. -test, Mora-Therapie und vergleichbare Verfahren,
27. Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen,
28. Bruchheilung ohne Operation (biologische Injektionsbehandlung von Leisten-, Nabel- und anderen Brüchen),

##### C

29. Cervicale Selektive Rezeptoren-Blockade,
30. (unbesetzt),
31. CO2-Insufflation (Quellgasbehandlung),
32. Colon-Hydro-Therapie und ihre Modifikationen,
33. Computergestützte mechanische Distraktionsverfahren [ zur nichtoperativen segmentalen Distraktion an der Wirbelsäule (zum Beispiel SpineMED-Verfahren, DRX 9000, Accu-SPINA)],
34. Computergestütztes Gesichtsfeldtraining zur Behandlung nach einer neurologisch bedingten Erkrankung oder Schädigung (z. B. Curavis Therapieprogramm),
35. Craniosacrale Osteopathie,
36. Cytotoxologische Lebensmitteltests,

## **D**

37. Decoderdermographie,
38. DermoDyne-Therapie (DermoDyne-Lichtimpfung),
39. Doman-Delcato bzw. BIBIC-Therapie,
40. Dormedverfahren,

## **E**

41. Eigenblutozonbehandlung (vgl. auch Ziffer 99)
42. Elektro-Akupunktur nach Voll,
43. Elektro-Cancer-Therapie – ECT - oder Galvanotherapie,
44. Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon,
45. Elektro-Neural-Diagnostik,
46. Elektronische Systemdiagnostik,
47. Epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik nach Prof. Racz (vgl. auch Ziffern 85 und 139),
48. Eutonie - Therapie,

## **F**

49. Fratzer-Therapie,
50. Frischzellentherapie,
51. Fußreflexzonenmassage,

## **G**

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

## **H**

55. Hämatogene Oxidationstherapie – HOT -, Blutwäsche nach Wehrli,
56. Haifa-Therapie,
57. Heidelberger Kapsel (Säurewertmessung im Magen durch Anwendung der Endoradiosonde),
58. Heileurhythmie,
59. Heinz-Spagyrik-Therapie,

60. Hochdosierte, selektive UVA1-Bestrahlung,
61. Höhenflüge zur Asthma- oder Keuchhustenbehandlung,
62. Höhlentherapie,

## I

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

## K

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

## L

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

## M

83. Manual-Therapie nach Dr. Kozijavkin,
84. Medikamententestung nach Dr. Voll,
85. Minimalinvasive Wirbelsäulen-Kathetertechnik nach Racz,
86. Modifizierte Eigenblutbehandlung (z.B. nach Garthe, Blut-Kristall-Analyse unter Einsatz der Präparate Autohaemin, Antihaemin und Anhaemin), Orthokin-Therapie und sonstige Verfahren, bei denen aus körpereigenen Substanzen dem Patienten individuelle Präparate gefertigt werden (z.B. Clustermedizin, Gegensensibilisierung nach Theurer),
87. Mora-Therapie,
88. (unbesetzt),
89. Musik- und Tanztherapie,

## N

90. Neurotopische Diagnostik und Therapie nach Desnizza und ähnliche Therapien mit Kochsalzlösunginjektionen,
91. Nicht-invasive Kariesbehandlung mit dem sog. HealOzone-Gerät,
92. Niedrig dosierter, gepulster Ultraschall,

## **O**

93. Original Matrix-Regenerations-Therapie nach Dr. Köhler,
94. Orthokin-Therapie,
95. Osmotische Entwässerungstherapie,
96. OTCB Therapieprogramm,
97. Oxidativer Stress-Test,
98. Oxyvenierungstherapie nach Regelsberger (z.B. intravenöse Sauerstoff-insufflation, Sauerstoff-Infusions-Therapie – SIT -, Komplexe intravenöse Sauerstofftherapie – KIS -),
99. Ozontherapie, Sauerstoff-Ozon-Eigenbluttherapie, Oxytherapie, Hyperbare Ozontherapie,

## **P**

100. Panchakarma-Therapie,
101. Parenterale Autovaccine-Behandlung (bei den Diagnosen „Reizkolon“, „Colon Irritable“, rezidivierende katarrhalische Infekte“. rheumatoide Arthritis“),
102. PCA3 (Prostata CAncer Gene 3)-Test,
103. Peptidbehandlung nach Prof. Gauri,
104. Physikalisch-katalytische Sauerstoffinhalation,
105. Psycotron-Therapie,
106. Pyramidenenergiebestrahlung,

## **Q**

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

## **R**

108. (unbesetzt),
109. Regeneresen-Therapie,
110. Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen,
111. RiV-Impftherapie bei AIDS,
112. Rolfing-Behandlung,

## **S**

113. Sauerstoff-Darmsanierung (Colonies),
114. Sauerstoff-Ionisationstherapie,
115. Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne,
116. Schwingfeld-Therapie,
117. Selektive UVA1-Bestrahlung,
118. Serelogische Test zur Immunglobin-G-4(IgG 4-) Bestimmung gegen Nahrungs mittel,
119. Soma-Behandlungstherapie,
120. Systematische Krebs-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne – sKMT -),

## **T**

121. Tai Chi (s. auch Traditionelle chinesische Therapie),

- 122. T-Zell - Vakzinierung nach Dr. Kübler,
- 123. Tanztherapie,
- 124. Therapie nach Dr. Kozijavkin,
- 125. Thermoregulationsdiagnostik,
- 126. Thermotherapie der Prostata (z.B. transurethrale Mikrowellentherapie der Prostata, TUMT) bei bösartigen Erkrankungen,
- 127. Thymustherapie und Behandlung mit Thymuspräparaten,
- 128. Tomatis-Methode,
- 129. Traditionelle chinesische Therapie ( z.B. Qi-Gong, Shiatsu-Therapie, Tai-Na, Tui-Na und Akupressur),
- 130. Transorbitale Wechselstromstimulation bei Optikusatrophie (zum Beispiel SAVIR-Verfahren),
- 131. Transzendente Meditation,
- 132. Trockenzellentherapie,
- 133. Tui-Na (s. auch traditionelle chinesische Therapie),

## U

- 134. Ultraviolettbestrahlung des Blutes – UVB -,
- 135. Uterus-Ballon-Therapie,

## V

- 136. Vaduril-Injektionen gegen Parodontose,
- 137. Vibrationsmassage des Kreuzbeins,
- 138. Visuelle Restitutionstherapie,

## W

- 139. Wiedemann-Serum-Therapie,
- 140. Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz,

## Y

- 141. Yoga-Übungen,

## Z

- 142. Zellmilieu-Therapie.

## Abschnitt II

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

### 1. Akupunkturbehandlung

Zu den Aufwendungen können Beihilfen gewährt werden, wenn wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethoden ohne Erfolg angewandt worden sind. Ob diese Voraussetzungen gegeben sind, entscheidet die Beihilfestelle (in Zweifelsfällen unter Beteiligung eines Amtsarztes und bei Landesbediensteten mit Zustimmung des Ministeriums der Finanzen).

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

### 2. Autologe Chondrozytenimplantation bzw. –transplantation

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlungen am Kniegelenk.

### **3. Chelat-Therapie**

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

1. schwerwiegender Schwermetallvergiftung,
2. Morbus Wilson (Kupferspeicherkrankheit) oder
3. Siderosen (Eisenspeicherkrankheit).

### **4. Chirurgische Hornhautkorrektur einer Fehlsichtigkeit durch Laserbehandlung**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn eine Korrektur durch Brillen und/oder Kontaktlinsen nach augenärztlicher Feststellung nicht möglich ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Beihilfestelle vor Aufnahme der Behandlung zugestimmt hat (bei Landesbediensteten bedarf es zusätzlich der Zustimmung des Ministeriums der Finanzen; hierzu hat die Beihilfestelle zuvor ein Gutachten (z.B. Universitätsaugenklinik) einzuholen.

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

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig für die Behandlung

1. verkalkender Sehnenerkrankungen (Tendinosis calcarea),
2. nicht heilender Knochenbrüche (Pseudarthrose),
3. des Fersensporn (Fasziitis plantaris),
4. der therapieresistenten Achillessehnenentzündung (therapiefraktäre Achillodynie).sowie
5. therapiefraktäre Epicondylitis humeri radialis.

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

### **6. Genexpressionstest**

Beihilfefähig bei Landesbediensteten nur mit Zustimmung des Ministeriums der Finanzen.

### **7. Hyperbare Sauerstoffbehandlung (Überdruckbehandlung)**

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von

1. Kohlenmonoxydvergiftungen,
  2. Gasgangrän,
  3. chronischen Knocheninfektionen,
  4. Septikämien,
  5. schweren Verbrennungen,
  6. Gasembolien,
  7. peripherer Ischämie oder
  8. mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.
- Beihilfefähig sind nur die Aufwendungen für maximal 15 ambulante Behandlungen.

### **8. Hyperthermiebehandlung**

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

## **9. Klimakammerbehandlungen**

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

## **10. Magnetfeldtherapie**

Die Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung

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

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

## **11. Peeling** (mechanisch, chemisch, Enzym, Laser, Mikrodermabrasion)

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

## **12. Protonentherapie**

Die Aufwendungen sind grundsätzlich nur bei eingeschränkten Indikationen (Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus des GBA) und nur in der Höhe beihilfefähig, wie sie der Behandler mit der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankenversicherung des Erkrankten vereinbart hat.

## **13. Radiale Extrakorporale Stoßwellentherapie (r-ESWT)**

Die Aufwendungen sind im orthopädischen, chirurgischen und schmerztherapeutischen Bereich nur beihilfefähig bei Behandlung der therapierefraktären Epicondylitis humeri radialis. Auf der Grundlage des Beschlusses der Bundesärztekammer zur Analog-behandlung der r-ESWT sind Gebühren nach der Nummer 302 GOÄ beihilfefähig. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig.

## **14. Therapeutisches Reiten (Hippotherapie)**

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei ausgeprägten cerebralen Bewegungsstörungen (Spastik) oder schwerer geistiger Behinderung, sofern die ärztlich verordnete und induzierte Behandlung von Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalfachberufe (z.B. Krankengymnasten mit entsprechender Zusatzausbildung) durchgeführt wird. Die Aufwendungen sind nach den Nummern 3 bis 5 der Anlage 5 beihilfefähig.



## Beihilferechtliche Hinweise zum zahnärztlichen Gebührenrecht

Nach § 75 Absatz 3 des Landesbeamtengesetzes in Verbindung mit § 3 Absatz 1 der Beihilfenverordnung sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang beihilfefähig. Die Angemessenheit der Aufwendungen für zahnärztliche (einschließlich kieferorthopädischer) Leistungen beurteilt sich grundsätzlich nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist. Damit setzt die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen voraus, dass Zahnärztinnen und Zahnärzte die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt haben.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 30.05.1996 – 2 C 10.95 -) sind die Beihilfestellen im Hinblick auf die beihilferechtlichen Vorschriften zur Prüfung der Angemessenheit der in Rechnung gestellten Beträge verpflichtet. Eventuelle Zweifel sind anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu beurteilen. Dabei kann generell davon ausgegangen werden, dass die Gebührevorschriften eindeutig sind und sowohl von den Beihilfestellen als auch den Gerichten ohne weiteres zweifelsfrei ausgelegt werden können. Lediglich dann, wenn objektive Unklarheiten beziehungsweise objektiv zweifelhafte Gebührevorschriften Anlass zu ernsthaft widerstreitenden Meinungen über die Berechtigung von Gebührenansätzen geben, muss der Dienstherr vor Entstehung der Aufwendungen seine Rechtsauffassung (generell oder im Einzelfall) deutlich klarstellen, um so die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen wirksam auszuschließen. Unter Berücksichtigung dieser Rechtsprechung sind folgende beihilferechtliche Hinweise zu beachten:

### A) Allgemeiner Teil

1. Zahnärztinnen und Zahnärzte (Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden) dürfen Vergütungen nur für solche Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch (kieferorthopädisch) notwendige Versorgung erforderlich sind (§ 1 Absatz 2 Satz 1 GOZ). Soweit sie darüber hinaus Leistungen berechnen, die sie auf Verlangen der Patientinnen und Patienten erbracht haben (§ 1 Absatz 2 Satz 2, § 2 Absatz 1 und 2 GOZ), sind diese in der Rechnung kenntlich zu machen (§ 10 Absatz 3 Satz 7 GOZ).

2. Die Vereinbarung einer von der Gebührenordnung abweichenden Höhe der Vergütung (Abdingung) ist nur unter den Voraussetzungen des § 2 Absatz 1 und 2 GOZ zulässig. Die Vereinbarung eines abweichenden Punktwertes oder einer abweichenden Punktzahl ist ausgeschlossen (§ 2 Absatz 1 Satz 2 GOZ). Auch wenn eine gebührenrechtlich zulässige Abdingung vorliegt, können Gebühren grundsätzlich nur bis zum 2,3fachen Gebührensatz (so genannter Schwellenwert) beihilferechtlich als angemessen angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes - gegebenenfalls bis zum Höchstsatz (3,5facher Satz) - ist nach der gegebenen Begründung gerechtfertigt. Dies gilt entsprechend für eine nach § 2 Absatz 4 GOZ getroffene Vereinbarung.

3. Nach § 4 Absatz 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten, sofern im

Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist. Nicht beihilfefähig sind somit unter anderem die Kosten für Einmalartikel, Bohrer, Füllungsmaterial (am Patienten verwendetes plastisches Material), Kunststoffe für nicht im Labor hergestellte provisorische Kronen, Mulltupfer, Nahtmaterial (außer atraumatisches Nahtmaterial), Wurzelkanalinstrumente (außer einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente) und so weiter; dies gilt entsprechend für die Kosten der Anwendung von Instrumenten und Apparaten, also der Behandlungseinheit, der Zangen, Spiegel und so weiter [weder als Anschaffungskosten noch als Kosten der (Ab-) Nutzung]. Bezugnehmend auf das BGH-Urteil vom 27. Mai 2004 (Az.: III ZR 264/03) sind aber folgende Materialien zusätzlich beihilfefähig:

- a) Oraquix im Zusammenhang mit der Nummer 0080 GOZ,
- b) ProRoot MTA im Zusammenhang mit der Berechnung der Nummer 2440 GOZ,
- c) Harvard MTA Opticaps im Zusammenhang mit der Berechnung der Nummer 2440 GOZ.

Die Berechnung der Auslagen für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ) bleibt unberührt.

#### 4. Zielleistung (§ 4 GOZ)

4.1 Nach § 4 Absatz 2 Satz 1 GOZ können Zahnärztinnen und Zahnärzte nur Gebühren für selbständige zahnärztliche Leistungen berechnen, das heißt nur für Leistungen, die weder Bestandteil, noch besondere Ausführung einer anderen, ebenfalls berechneten Leistung sind. § 4 Absatz 2 Satz 2 GOZ grenzt die selbständige „zahnärztliche Leistung“ ab, in dem er klarstellt, dass für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, keine gesonderte Gebühr berechnet werden kann, wenn für die andere Leistung bereits eine Gebühr berechnet wird. Die Doppelberechnung von Teilleistungen wird damit ausgeschlossen.

4.2 Die in Nummer 4.1 aufgeführten Grundsätze gelten auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendiger operativer Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.

Methodisch notwendige operative Einzelschritte sind diejenigen zahnärztlichen Leistungen, die immer anfallen, damit die Zahnärztin beziehungsweise der Zahnarzt den Leistungsinhalt einer Gebührenziffer erfüllen kann [vergleiche zum Beispiel allgemeine Bestimmung Ziffer 1 zum Abschnitt E: die primäre Wundversorgung (zum Beispiel Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt E und nicht gesondert berechnungsfähig]. Zusätzlich muss die Leistung auch in der Bewertung der Hauptleistung berücksichtigt sein. Das ist allerdings nicht der Fall, wenn die Vergütung des möglichen Leistungsbestandteils außer Verhältnis zur Vergütung der vermeintlichen Zielleistung steht.

#### 5. Überschreiten des Schwellenwertes (§ 5 GOZ)

5.1 Nach § 5 Absatz 1 Satz 1 GOZ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des im Gebührenverzeichnisses angegeben

Gebührensatzes. § 5 Absatz 2 GOZ bestimmt, wie die individuell „angemessene“ Gebühr in dem von § 5 Absatz 1 Satz 1 GOZ eröffneten Gebührenrahmen zu finden ist.

Bemessungskriterien sind:

- a) Schwierigkeit der einzelnen Leistung,
- b) Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie
- c) Umstände bei der Ausführung.

Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung im Gebührenverzeichnis berücksichtigt wurden, bleiben bei der Gebührenbemessung außer Acht. Das können Leistungen sein, die nach Schwierigkeiten gestuft sind (zum Beispiel Umfang bei den Nummern 6030 ff. GOZ), Leistungen bei denen die Schwierigkeit in der Leistungsbeschreibung aufgenommen ist (zum Beispiel die Gefährdung anatomischer Nachbarstrukturen in der Nummer 3045 GOZ) oder Leistungen bei denen bestimmte Mindestzeiten vorgesehen sind. Die derart im Gebührenverzeichnis aufgenommenen Umstände, Schwierigkeiten oder Zeiten gelten als bei der Gebühr bereits berücksichtigt und können nicht „nochmals“ zur Gebührenbemessung herangezogen werden. Besondere Verfahrenstechniken können als Begründung zur Rechtfertigung einer Überschreitung des 2,3fachen Gebührensatzes beihilferechtlich nicht berücksichtigt werden.

5.2 Nach § 5 Absatz 2 Satz 4 GOZ bildet der 2,3fache Gebührensatz in Anlehnung an das Urteil des BGH vom 8. November 2007 – III ZR 54/07 - die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten ist nur zulässig, wenn die unter Nummer 5.1 aufgeführten Bemessungskriterien dies im konkreten Behandlungsfall rechtfertigen.

Aus der Begründung der Zahnärztin beziehungsweise des Zahnarztes muss für die Patienten ersichtlich und verständlich sein, dass die gegenüber ihnen erbrachte Leistung aufgrund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen vergleichbarer Behandlungen abweicht. Die tatsächlichen Umstände sind zu erklären.

Die Schwierigkeit einer Leistung ist individuell und leistungsbezogen auf die einzelne Gebühr zu begründen und kann nicht auf die gesamte Honorarforderung ausgedehnt werden.

5.3 Der 2,3fache Gebührensatz darf nicht schematisch berechnet werden; vielmehr ist bei einer einfacheren, unter dem Durchschnitt liegenden Leistung, auch ein niedriger Gebührensatz zu berechnen (vergleiche auch BGH - a.a.O, -).

5.4 Insbesondere bei Einlagefüllungen und (Anker-) Kronen ist der komplexe Leistungsinhalt der entsprechenden Gebührenpositionen zu beachten, wie er sich aus den Abrechnungsbestimmungen zu den Nummern 2220 und 5040 GOZ ergibt. Bei Komplexgebühren dieser Art hat die Zahnärztin beziehungsweise der Zahnarzt die Höhe der Gebühr unter Berücksichtigung der in den Komplexgebühren enthaltenen einzelnen Leistungsschritte nach Maßgabe der bei deren Erbringung vorliegenden Schwierigkeit, des Zeitaufwandes sowie der Umstände bei der Ausführung gemäß in ihrer Gesamtheit zu berücksichtigen. Bemessungskriterien von durchschnittlichem Gewicht sind regelmäßig mit dem 2,3fachen Gebührensatz ausreichend berücksichtigt.

5.5 Folgende Begründungen rechtfertigen grundsätzlich keine Überschreitung des Schwellenwertes und müssen bei Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes

bezüglich ihrer Auswirkungen auf die individuelle Behandlungssituation näher spezifiziert werden:

- a) pulpanahe Präparation,
- b) starker Speichelfluss,
- c) erschwerter Mundzugang,
- d) divergierende Pfeilerzähne,
- e) subgingivale Präparation,
- f) Verblendung und Farbauswahl,
- g) erhöhter Zungen- und Wangendruck,
- h) kurze oder lange klinische Krone,
- i) tiefe Zahnfleischtaschen,
- j) festhaftende Beläge / Konkremete,
- k) gekrümmte oder verengte Wurzelkanäle [das erschwerte Aufsuchen verengter Wurzelkanäleingänge und das Überwinden natürlicher Hindernisse bei der Aufbereitung des Wurzelkanals (Dentikel, Obliterationen, Verengungen, Krümmungen et cetera) sowie natürlicher oder iatrogener Stufen stellen keine selbständigen, analog zu berechnenden Leistungen dar, sondern sind mit der Grundleistung unter Berücksichtigung des § 5 Absatz 2 GOZ zu berechnen].

## 6. Analogbewertung (§ 6 GOZ)

6.1 § 6 Absatz 1 Satz 1 GOZ ermöglicht die Berechnung von Leistungen, die nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen worden sind, mit einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung (sogenannte Analogbewertung). Voraussetzung ist, dass es sich um eine selbständige zahnärztliche Leistung und keine besondere Ausführung oder Teilleistung einer bereits im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistung handelt. Nach § 6 Absatz 1 Satz 2 GOZ ist bei einer Analogbewertung zunächst eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der GOZ heranzuziehen. Erst nachrangig kann für den Analogabgriff eine Leistung aus den nach § 6 Absatz 2 GOZ eröffneten Leistungsverzeichnis der GOÄ berücksichtigt werden.

6.2 Die Wiedereingliederung (inklusive Säuberung, gegebenenfalls Wiederanpassung) andernorts angefertigter direkter oder laborgefertigter Provisorien ist analog nach der Nummer 2260 GOZ beihilfefähig.

6.3 Die Entfernung nekrotischen Pulpagewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals stellt eine selbständige Leistung dar und ist als Analoggebühr nach der Nummer 2360 GOZ beihilfefähig.

6.4 Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung sind Fotos, die ausschließlich zu dokumentarischen Zwecken angefertigt worden sind, mit den Gebührennummern der zahnärztlichen Leistung abgegolten. Fotos, die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken, nicht jedoch einer kieferorthopädischen Auswertung dienen, sind analog zusätzlich beihilfefähig. Als Analoggebühr wird die Nummer 6000 GOZ als angemessen angesehen.

6.5 Die Eingliederung einer Protrusionsschiene, zum Beispiel zur Behandlung einer Schlafapnoe, stellt eine selbständige Leistung dar und ist analog nach Nummer 7010 GOZ (Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche) beihilfefähig.

6.6 § 6 Absatz 2 GOZ regelt den gebührenrechtlichen Zugriff auf Leistungen, die im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. In bestimmten Fällen ist es möglich, dass die Zahnärztin oder der Zahnarzt auch Leistungen erbringen kann, die nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ enthalten sind, aber im Gebührenverzeichnis der GOÄ beschrieben werden. In § 6 Absatz 2 Satz 1 GOZ werden die Abschnitte, Unterabschnitte oder einzelnen Gebührenpositionen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt, die Anwendung finden können.

6.7 Zwingende Voraussetzung für die Berechnung einer Leistung nach der GOÄ durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt ist, dass die Zahnärztin oder der Zahnarzt diese Leistung berufsrechtlich erbringen darf. Der gebührenrechtlich zulässige Zugriff auf eine Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ ersetzt diese Voraussetzung nicht. Das zahnärztliche Berufsrecht ist insoweit dem privat Zahnärztlichen Gebührenrecht vorgelagert. Aus der Nennung eines Abschnittes oder Unterabschnittes der GOÄ in § 6 Absatz 2 GOZ kann somit nicht gefolgert werden, dass ein Zahnarzt alle in diesem Abschnitt oder Unterabschnitt aufgeführten Leistungen berufsrechtlich erbringen und gebührenrechtlich berechnen darf. In Zweifelsfällen ist die zuständige Zahnärztekammer um Stellungnahme zu bitten.

6.8 Erbringen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurginnen oder –chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach der GOZ zu berechnen. Ein Wahlrecht zwischen GOÄ und GOZ besteht insoweit nicht.

## 7. Minderungspflicht bei stationärer Behandlung (§ 6 a GOZ)

7.1 Die Minderungspflicht bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen bezieht sich auch auf die im Gebührenverzeichnis als Zuschläge bezeichneten Gebührenpositionen, nicht aber auf den Zuschlag für die belegzahnärztliche Visite (Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

7.2 Die gesonderte Berechnung anderer als nach Nummer 7.1 geminderter Gebühren ist nach § 6 a Absatz 2 GOZ ausgeschlossen. Entschädigungen und Auslagen können daneben nach den §§ 8, 9 und 10 GOZ berücksichtigt werden.

## 8. Entschädigungen (§ 7 GOZ)

Zur besseren Abgrenzung der Reiseentschädigung vom Wegegeld (§ 8 Absatz 2 GOZ) stellt die Regelung auf den Radius um die Praxisstelle der Zahnärztin oder des Zahnarztes ab; außerhalb eines Radius von 25 Kilometern tritt an die Stelle des Wegegeldes die Reiseentschädigung.

## 9. Berechnung „je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“

Im Falle der Berechnungsweise „je Kieferhälfte oder je Frontzahnbereich“ einer Gebühr ist zu berücksichtigen, dass der Frontzahnbereich nur Anwendung findet, wenn die Leistung im Bereich von Eckzahn bis Eckzahn (Zähne 13 bis 23 beziehungsweise 33 bis 43) durchgeführt wird. Geht der Bereich über den Eckzahn hinaus, muss beihilferechtlich nach Kieferhälften (Quadranten) berechnet werden. Eine Berechnungsweise je Frontzahnbereich oder je Kieferhälfte kann nicht berücksichtigt werden.

## B) Gebührenverzeichnis (Anlage 1 zur GOZ)

### 1. Zu Nummer 0070 GOZ

Die Nummer 0070 GOZ ist in einer Sitzung nur einmal beihilfefähig. Auch bei Anwendung unterschiedlicher Methoden ist die Testung nur einmal berechenbar und beihilfefähig. Die Vitalitätsprobe kann im Verlauf einer Behandlung an unterschiedlichen Behandlungstagen erneut erforderlich werden.

### 2. Zu Nummer 0080 bis 0110 GOZ

2.1 Die Leistung nach Nummer 0090 GOZ ist im Regelfall nur einmal je Zahn und Sitzung beihilfefähig. Eine routinemäßige Berechnung je Einstich ist nicht zulässig. Ein mehrfacher Ansatz je Zahn in einer Sitzung ist nur im Ausnahmefall mit entsprechender Begründung in der Rechnung beihilfefähig.

2.2 Die Leitungsanästhesie nach Nummer 0100 GOZ ist im Regelfall nur einmal je Sitzung und Kieferhälfte erforderlich.

2.3 Die bei der Erbringung der Leistungen nach den Nummern 0080 bis 0100 GOZ verwendeten Einmalartikel (zum Beispiel Kanüle) sind mit den Gebühren abgegolten. Dies gilt bei der Leistung nach Nummer 0080 GOZ auch für die verwendeten Arzneimittel. Bei den Leistungen nach den Nummern 0090 und 0100 GOZ ist das verwendete Anästhetikum gesondert beihilfefähig. Hierbei können Kosten von bis zu 0,70 Euro je Karpule als angemessen anerkannt werden.

2.4 Die computergesteuerte Anästhesie (zum Beispiel WAND/STA) erfüllt trotz modifizierter Handhabung die Leistungsinhalte der Nummern 0090 oder 0100 GOZ und ist je nach Lokalisation und Indikation originär nach den Nummern 0090 GOZ für die Infiltrationsanästhesie (dazu zählen auch die intraligamentäre, intrakanaläre, intrapulpäre und intraossäre Anästhesie) oder Nummer 0100 GOZ für die Leitungsanästhesie beihilfefähig.

2.5 Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops ist nur für die in der Nummer 0110 GOZ abschließend aufgezählten Gebührenpositionen beihilfefähig. Eine analoge Anwendung dieser Zuschlagspositionen oder anderer GOZ-Positionen für die Verwendung des Operationsmikroskops bei anderen als den in Nummer 0110 GOZ bezeichneten Leistungen kommt nicht in Betracht. Wird eine nicht zuschlagsfähige Leistung erbracht, die aufgrund von darzulegender Schwierigkeit oder Zeitaufwand den Einsatz des Operationsmikroskops erfordert, kann dies mittels § 5 Absatz 2 GOZ abgebildet werden.

2.6 Führt der Zahnarzt die Behandlung unter Verwendung einer Lupenbrille durch, kann hierfür keine Gebühr berücksichtigt werden (weder nach Nummer 0110 GOZ noch im Rahmen einer Analogbewertung).

### 3. Zu Nummer 0120 GOZ

Die Höhe des Zuschlags entspricht dem einfachen Gebührensatz der Leistung, neben der er berechnet wird und ist nicht steigerungsfähig. Bei der Durchführung mehrerer zuschlagsfähiger Leistungen wird diejenige Leistung zur Bemessung herangezogen, die mit der höchsten Punktzahl bewertet ist. Der Zuschlag darf nicht mehr als 68 Euro betragen. Die Zuschlagsposition ist nur bei den in der

abschließenden Aufzählung der in der Leistungsbeschreibung enthaltenen Gebührensätze beihilfefähig.

#### 4. Zu Nummern 0500 bis 0530 GOZ

Durch den Ansatz der Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 GOZ neben den jeweiligen ambulant erbrachten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen soll der im Vergleich zu einer herkömmlichen Praxistätigkeit erforderliche Mehraufwand abgegolten werden. Ein gesonderter Ansatz von Aufwendungen für Operationssets ist daneben nicht möglich (Abgeltung durch den Zuschlag).

#### 5. Zu Nummer 1020 GOZ

Die Maßnahme ist unabhängig von der Anzahl der Zähne nur einmal je Sitzung beihilfefähig. Sie ist nicht beihilfefähig für die Behandlung überempfindlicher Zähne. Eine Mundspülung mit fluoridhaltigen Lösungen erfüllt nicht die Voraussetzungen dieser Leistung.

#### 6. Zu Nummer 1040 GOZ

6.1 Die Leistung umfasst die Professionelle Zahnreinigung (PZR). Die Entfernung unterhalb des Zahnfleisches liegender Konkremente, die nur von der Zahnärztin oder dem Zahnarzt durchgeführt und nicht auf eine qualifizierte Fachangestellte delegiert werden kann, ist grundsätzlich nach Nummer 4070 GOZ beziehungsweise Nummer 4075 GOZ beihilfefähig, allerdings nicht in derselben Sitzung mit einer PZR. Auch wenn die PZR aufwendiger gewesen ist (zum Beispiel subgingivale Reinigung), rechtfertigt dies beihilferechtlich nicht die zusätzliche analoge Berechnung der Nummern 1040, 4070 oder 4075 GOZ.

6.2 Die Verbrauchsmaterialien sind mit den Gebühren abgegolten.

6.3 Nach erfolgter PZR ist in einer separaten Sitzung als Kontrolle die Nummer 4060 GOZ beihilfefähig. Sie beinhaltet auch die Nachreinigung einschließlich des Polierens je Zahn, Implantat oder Brückenglied.

6.4 Unter dem Gesichtspunkt der medizinischen Notwendigkeit ist eine PZR (auch bei einer kieferorthopädischen Behandlung) grundsätzlich zweimal im Jahr beihilfefähig. Eine höhere Behandlungsfrequenz ist nur ausnahmsweise im Einzelfall und unter Vorlage entsprechender zahnärztlicher Begründung beihilfefähig.

#### 7. Zu Nummer 2000 GOZ

7.1 Das verwendete Versiegelungsmaterial ist mit der Gebühr abgegolten. Auch bei mehreren Fissuren oder in Kombination Fissur/Grübchen sind die Aufwendungen nur einmal je Zahn beihilfefähig. Die Versiegelung bei Entfernen eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments ist Bestandteil der Nummer 6110 beziehungsweise 6130 GOZ und in derselben Sitzung nicht gesondert beihilfefähig.

Bei der zeitgleich beim Kleben der Brackets durchgeführten Bracketumfeld- oder Glattflächenversiegelung handelt es sich nicht um einen selbständigen, technisch vom Kleben der Brackets getrennten Behandlungsschritt, der eine eigene Berechnung rechtfertigt. Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine

Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet (§ 4 Absatz 2 GOZ).

7.2 Im Zusammenhang mit der Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen und Glattflächenversiegelung nach der Nummer 2000 GOZ ist die Nummer 2197 GOZ für die adhäsive Befestigung der Versiegelung nicht zusätzlich beihilfefähig, da die adhäsive Befestigung der Versiegelung nach der wissenschaftlichen „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ Bestandteil der Fissurenversiegelung ist.

#### 8. Zu Nummer 2020 GOZ

Bei dem temporären Verschluss von kariösen Läsionen (zum Beispiel als Notfallmaßnahme etwa bei Verlust einer Füllung) ist eine gegebenenfalls notwendige Erweiterung oder Anpassung der Kavität Leistungsbestandteil der Nummer 2020 GOZ.

#### 9. Zu Nummer 2030 GOZ

9.1 Die Leistung nach Nummer 2030 GOZ ist je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich je Sitzung höchstens zweimal beihilfefähig, wenn mindestens eine besondere Maßnahme beim Präparieren und mindestens eine besondere Maßnahme beim Füllen von Kavitäten erbracht werden. Werden mehrere besondere Maßnahmen in derselben Kieferhälfte oder im Frontzahnbereich nur beim Präparieren erbracht, ist die Leistung nach Nummer 2030 GOZ nur einmal je Sitzung beihilfefähig. Gleiches gilt, wenn mehrere besondere Maßnahmen nur beim Füllen von Kavitäten erbracht werden.

9.2 Laut Leistungsbeschreibung kann die Leistung nach Nummer 2030 GOZ nur in Zusammenhang mit einer Füllungstherapie oder einer Zahnpräparation berechnet werden. Die Maßnahme nach Nummer 2030 GOZ kann nicht gesondert zur Darstellung von Präparationsrändern bei einer prothetischen Therapie oder der Versorgung mit Einlagefüllungen angesetzt werden, da sie Bestandteil der Abformung und daher der Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170, 2200 ff. und 5000 ff. GOZ ist; sie kann auch nicht im Rahmen einer KFO-Behandlung zum Tragen kommen.

9.3 Für die approximale Schmelzreduktion wird der analoge Ansatz der Nummer 2030 GOZ als angemessen angesehen.

#### 10. Zu Nummer 2040 GOZ

10.1 Mit der Nummer 2040 GOZ wird das Anlegen eines Spanngummis (Kofferdamms) je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich abgegolten. Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung ist diese Leistung aus beihilferechtlicher Sicht grundsätzlich nicht erforderlich und daher nicht beihilfefähig.

10.2 Die Materialkosten sind nicht gesondert beihilfefähig.

#### 11. Zu Nummern 2160 und 2170 GOZ

Nach der Leistungsbeschreibung handelt es sich nicht um Aufbaufüllungen (Nummern 2180 ff. GOZ) sondern ausschließlich um Füllungsversorgungen. Es besteht daher kein Anspruch auf Erstattung der Nummern 2160 und 2170 GOZ (analog) vor einer Überkronung von Zähnen, da es sich bei den vorbereitenden Tätigkeiten für



eine prothetische Versorgung um Leistungen nach den Nummern 2180 ff. GOZ handelt (so auch Urteil des Amtsgerichts Köln vom 30.06.2003 - 116 C 110/02 - ).

#### 12. Zu Nummer 2197 GOZ

Die Leistung nach Nummer 2197 GOZ ist nicht im Zusammenhang mit der Nummer 2000 oder Füllungen nach den Nummern 2060, 2080, 2100 und 2120 GOZ beihilfefähig.

#### 13. Zu Nummern 2260 und 2270 GOZ

Kosten für die labortechnische Herstellung provisorischer Kronen und Brücken sind nur dann beihilfefähig, wenn es sich um Langzeitprovisorien nach den Nummern 7080 und 7090 GOZ handelt, nicht jedoch in Verbindung mit den Nummern 2260, 2270 sowie 5120 und 5140 GOZ.

#### 14. Zu Nummer 2390 GOZ

Die Leistung nach Nummer 2390 GOZ ist nur als selbständige Leistung beihilfefähig (zum Beispiel im Rahmen einer Notfallbehandlung) und nicht zum Beispiel als Zugangsleistung zur Erbringung der Leistungen nach den Nummern 2360, 2410 und 2440 GOZ.

#### 15. Zu Nummer 2410 GOZ

Spülungen sind unabhängig von dem angewandten Verfahren oder Aufwand Bestandteil der Wurzelkanalbehandlung nach der Nummer 2410 GOZ und daher nicht gesondert beihilfefähig.

Die Aufbereitung des Wurzelkanals nach der Nummer 2410 GOZ ist als Gesamtleistung auch bei Durchführung in mehreren Sitzungen grundsätzlich nur einmal beihilfefähig. Hiervon kann in zwei Fällen abgewichen werden:

a) Erfolgt nach der Aufbereitung eine definitive Versorgung des Kanals und ist danach eine weitere Aufbereitung notwendig, ist die Leistung erneut berechenbar und beihilfefähig.

b) Bei anatomischen Besonderheiten kann eine Aufbereitung des Wurzelkanals gegebenenfalls nicht in einer Sitzung erfolgen. Nach Angaben der Bundeszahnärztekammer liegen solche Besonderheiten in rund 10 Prozent der Wurzelkanalaufbereitungen vor. Auch in diesen Fällen ist die erneute Berechnung der Nummer 2410 GOZ beihilfefähig. Die Berechnung der Nummer 2410 GOZ ist aber bei dieser Fallkonstellation auf höchstens zweimal je Aufbereitung des Kanals – bezogen auf den gesamten Aufbereitungsvorgang bis zur definitiven Füllung – begrenzt. Im Einzelfall darüber hinausgehende erheblich höhere Aufwände können einzelbezogen bei der Bemessung des Gebührenrahmens berücksichtigt werden. Zum Leistungsinhalt der Wurzelkanalaufbereitung gehört auch die Entfernung von zuvor eingebrachtem definitivem Wurzelfüllmaterial. Die Maßnahme ist gemäß § 4 Absatz 2 GOZ mit der GOZ-Nummer 2410 abgegolten. Sofern sich die Aufbereitung aufwendiger gestalten sollte, zum Beispiel bedingt durch die Entfernung adhäsiv befestigten Wurzelfüllmaterials, kann der Steigerungsfaktor erhöht werden. Auch in diesen Fällen stellt die Entfernung definitiven Wurzelfüllmaterials keine selbständige Leistung im Sinne des § 6 Absatz 1 GOZ dar und kann somit nicht analog (zum Beispiel mit der Nummer 3110 GOZ) zusätzlich berechnet werden.

#### 16. Zu Nummer 2430 GOZ

Die medikamentöse Einlage ist nicht je Wurzelkanal beihilfefähig.

#### 17. Zu Nummer 3050 GOZ

Die Nummer 3050 GOZ ist im Rahmen der dentoalveolären Chirurgie gegebenenfalls als selbständige Leistung zusätzlich beihilfefähig, wenn die Blutung das typische Maß bei dem Eingriff deutlich übersteigt und eine Unterbrechung der eigentlichen operativen Maßnahme erfordert. In allen anderen Fällen sind Blutstillungsmaßnahmen (auch größeren Umfangs), die ortsgleich mit chirurgischen Maßnahmen erfolgen, Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung und nicht gesondert nach Nummer 3050 GOZ beihilfefähig. Dies gilt auch für die chirurgischen Leistungen aus der GOÄ, die für Zahnärztinnen und Zahnärzte gemäß § 6 Absatz 2 GOZ geöffnet sind.

#### 18. Zu Nummer 3070 GOZ

Durch den Zusatz in der Leistungsbeschreibung „als selbständige Leistung“ soll ausgeschlossen werden, dass diese Leistung als notwendiger Leistungsbestandteil einer anderen, umfassenderen Leistung zusätzlich berechnet wird. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn es sich um Zugangsleistungen handelt oder um eine, der eigentlichen Hauptleistung vorangehende oder nachgeschaltete Begleitverrichtung, die immer oder mit einer erkennbaren Regelmäßigkeit mit der Hauptleistung verknüpft ist.

#### 19. Zu Nummer 3100 GOZ

Die Leistung bildet die im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer erforderlichen Periostschlitzung auftretenden Eingriffe ab. Die Periostschlitzung ist dabei ein obligatorischer Leistungsteil. Ortsgleiche Eingriffe ohne Verlagerung von Weichgewebe sind jedoch mit den Gebühren für die operativen Leistungen abgegolten und nicht gesondert beihilfefähig. Die Leistung nach Nummer 3100 GOZ ist jedoch grundsätzlich neben anderen operativen Leistungen beihilfefähig.

#### 20. Zu Nummer 3230 GOZ

Neben Extraktionen ist die Nummer 3230 GOZ dann beihilfefähig, wenn die Resektion aufgrund eigenständiger Indikation (nicht zur oder durch die Zahnentfernung notwendig) mit einem separaten auf der Rechnung dokumentierten Operationszugang erbracht wird und es sich insofern um eine selbständige Leistung handelt. Die eigenständige Indikation muss auf der Rechnung dokumentiert und erläutert werden.

#### 21. Zu Nummer 3290 GOZ

Die in der Leistungsbeschreibung enthaltene Formulierung „als selbständige Leistung“ bedeutet nicht, dass die Kontrolle nur als einzige Leistung beihilfefähig ist. Ausgeschlossen ist die Beihilfefähigkeit der Nummer 3290 GOZ dagegen, wenn die Kontrolle als unselbständige Teilleistung einer in gleicher Sitzung anfallenden anderen, umfassenderen Leistung anzusehen ist.

#### 22. Zu Nummer 4000 GOZ

Der Ansatz eines erhöhten Steigerungsfaktors mit der Begründung „mehrerer Messstellen“ (zum Beispiel 6) stellt in der Parodontaldiagnostik keine außergewöhnliche Leistung dar und ist daher nicht beihilfefähig. Die Bayerische Landeszahnärztekammer gibt in einer Mitteilung im Bayerischen Zahnärzteblatt aus

dem Jahr 1997 (BZB 1997, Heft 11/97, S. 28, 31) beispielsweise an, dass sechs bis sogar zehn Messpunkte für eine Diagnostik in Frage kommen können.

#### 23. Zu Nummer 4005 GOZ

Die Leistungsbeschreibung umfasst die Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex. Die Durchführung eines weiteren diagnostischen Index ist durch die Leistung als solche bereits abgedeckt und kann auch nicht gesondert über einen erhöhten Steigerungssatz berücksichtigt werden.

#### 24. Zu Nummer 4025 GOZ

Die Leistung kann je Zahn und Sitzung nur einmal berücksichtigt werden.

#### 25. Zu Nummer 4110 GOZ

Die Leistung der Nummer 4110 GOZ ist mit der Nummer 4138 GOZ kombinierbar, die die zusätzliche Verwendung einer Membran – bezogen auf die Behandlung eines Zahnes oder Implantates – zur Behandlung eines Knochendefektes abbildet. Die Leistungen nach den Nummern 4110 und 4138 GOZ können auch im Rahmen von chirurgischen Behandlungen indiziert sein.

#### 26. Zu Nummer 5170 GOZ

Die Berechnung einer Gebühr nach Nummer 5170 GOZ kann regelmäßig nur im Zusammenhang mit größeren prothetischen Leistungen (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses) in Betracht kommen, wenn die in der Leistungsbeschreibung genannten qualifizierten Voraussetzungen (zum Beispiel bei sogenannten Kombinationsarbeiten von feststehendem und herausnehmbarem Zahnersatz) vorliegen. Die Abformungen im Zusammenhang mit der Versorgung der Zähne mit Einlagefüllungen und Einzelkronen sowie feststehendem Zahnersatz für eine Kieferhälfte oder den Frontzahnbereich sind mit den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170, 2200 bis 2220 und 5000 bis 5040 GOZ abgegolten.

#### 27. Zu Abschnitt G Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für Materialien, die auf Grund einer gesonderten Vereinbarung mit der beihilfeberechtigten Person oder ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen nach den allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt G berechnet werden, sind nicht beihilfefähig. Die üblichen Materialien sind nach den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt G mit den Gebühren abgegolten.

Zusätzliche Kosten für besondere Bracketsysteme und Bögen wie zum Beispiel selbst ligierende Brackets, thermo- oder superelastische Bögen und so weiter gehen über das Maß des medizinisch Notwendigen hinaus und sind daher nicht beihilfefähig.

#### 28. Zu Nummern 6030 bis 6080 GOZ

Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraumes von kieferorthopädischen Behandlungen nach den Nummern 6030 bis 6080 GOZ können quartalsweise Abschlagszahlungen als beihilfefähig anerkannt werden. Die Beihilfeleistungen stehen dann unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung. Für einen Verlängerungszeitraum der ursprünglichen Kieferumformung kann regelmäßig pro Jahr der Weiterbehandlung

ein Viertel der jeweils vollen Gebühr unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Absatz 2 GOZ als angemessen angesehen werden (Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 24.03.1997 - 3 B 95.1895 -).

#### 29. Zu Nummer 6110 GOZ

Das Entfernen einer Versiegelung wird bei gleichzeitigem Entfernen von Klebebrackets in einem Arbeitsschritt mit dem Entfernen der Klebereste durchgeführt. Die Entfernung einer Versiegelung bei gleichzeitigem Entfernen des Klebebrackets ist deshalb mit der Gebühr nach Nummer 6110 GOZ für das Entfernen des Brackets abgegolten. Eine zusätzlich analoge Berechnung nach Nummer 2000 GOZ für das Entfernen einer alten Versiegelung ist nicht beihilfefähig. Eine erneute Versiegelung des Zahnes ist mit der Gebühr nach Nummer 6110 GOZ ebenfalls abgegolten.

#### 30. Zu Nummer 6130 GOZ

Die Entfernung eines Bogens oder Teilbogens ist analog nach der Nummer 6130 GOZ berechenbar; der Ansatz der Nummern 2702 GOÄ analog und 2290 GOZ analog ist dagegen nicht angemessen.

#### 31. Zu Nummer 6190 GOZ

Das beratende und belehrende Gespräch nach Nummer 6190 GOZ kann sich auf kieferorthopädische Fragestellungen, aber auch auf andere zahnmedizinische Gebiete beziehen.

In derselben Sitzung sind die Nummern 0010 GOZ sowie 1 und 3 GOÄ nicht beihilfefähig.

#### 32. Zu Nummern 7000 bis 7070 GOZ

Leistungen aus Abschnitt H GOZ betreffen die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Sie werden als Behandlungsgeräte zur Beseitigung von Funktionsstörungen oder bei Parodontalerkrankungen eingesetzt. Im Zusammenhang mit der kieferorthopädischen Therapie ist der Ansatz dieser Positionen nicht nachvollziehbar und daher nicht beihilfefähig.

#### 33. Zu Nummern 8000 ff. GOZ

33.1 Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen mindestens einer der folgenden Indikationen:

a) Kiefergelenks-, Zahn- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien, craniomandibuläre Dysfunktionen, myofasiales Schmerzsyndrom),

b) im Zusammenhang mit der Behandlung von Zahnfleischerkrankungen (Parodontopathien),

c) umfangreiche Gebissanierungen,

d) im Zusammenhang mit der Behandlung von Aufbisschienen mit adjustierten Oberflächen nach Nummer 7010 und 7020 GOZ.

33.2 Eine umfangreiche Gebissanierung liegt nur vor, wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die regelrechte Schlussbisslage durch Einbruch der vertikalen Stütz zonen und/oder die Führung der seitlichen Unterkieferbewegungen nicht mehr sicher feststellbar ist. Außerdem ist der erhobene Befund in geeigneter Form nachzuweisen. Im Interesse einer fachgerechten Befunderhebung des stomatognathen Systems ist in diesen Fällen regelmäßig die Leistung nach Nummer

8000 GOZ erforderlich. Liegen die zuvor genannten Voraussetzungen nicht vor, so kann eine niedrigere Bewertung in Form der Nummer 0030 GOZ erfolgen.

33.3 Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nummern 2150 bis 2170 GOZ), mit Kronen (Nummern 2200 bis 2220 GOZ), mit Brücken (Nummern 5000 bis 5040 GOZ) und mit Prothesen (Nummern 5200 bis 5230 GOZ) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen hinter den Nummern 2220, 5040 und 5230 GOZ auch die Bestimmung der Kieferrelation. Hierfür können daher grundsätzlich keine Gebühren aus Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses berechnet werden, es sei denn, dass die unter 33.1 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

33.4 Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach den Nummern 8000 ff. GOZ gehören zum Leistungsumfang der kieferorthopädischen Behandlung; sie sind nicht gesondert berechenbar (Urteil Verwaltungsgericht Gelsenkirchen - 3 K 2335/05 - vom 10.11.2006).

#### 34. Zu Nummer 9020 GOZ

Die Leistung nach Nummer 9020 GOZ bildet die Einbringung von Implantaten zum temporären Verbleib ab. Zu diesen – in der Regel transgingival eingebrachten – Implantaten gehören auch die orthodontischen, im Rahmen kieferorthopädischer Maßnahmen genutzten Implantate. Im Rahmen der Versorgung mit einer Implantatprothese dürfte eine medizinische Notwendigkeit allerdings kaum zu begründen sein.

#### 35. Zu Nummern 9090 bis 9120 GOZ

Neben der Nummer 9100 GOZ ist die Nummer 9090 GOZ nicht beihilfefähig. Neben den Nummern 9110 und 9120 GOZ ist die Nummer 9090 GOZ dann beihilfefähig, wenn die Knochentransplantation im Operationsgebiet nicht der Auffüllung des durch die Anhebung der Kieferhöhlenschleimhaut entstandenen Hohlraumes dient. Dies ist bei der Auffüllung von Knochendefiziten mit Eigenknochen im Bereich der Implantatschulter bei zeitgleicher Implantation oder beim Ausgleich von Knochendefiziten des Alveolarkamms mit Eigenknochen getrennt vom Bereich des Sinuslifts der Fall. Wird neben den Nummern 9110 oder 9120 GOZ die Nummer 9100 GOZ in Ansatz gebracht, ist eine Berechnung der Nummer 9090 GOZ in derselben Kieferhälfte beihilferechtlich nicht möglich.

#### 36. Zu Nummer 9140 GOZ

Die extraorale Entnahme von Knochen, zum Beispiel aus dem Beckenkamm oder der Schädelkalotte, unterliegt - wie bisher - entsprechenden Gebührenpositionen der GOÄ. Die intraorale Einbringung von Knochenmaterial wird durch die Leistung nach den Nummern 9100, 9110, 9120, 9130 oder 4110 GOZ und gegebenenfalls Nummer 9150 GOZ abgebildet.

### C) Sonstige Hinweise

1. Der Ansatz der Nummern 15, 30, 31 und 34 GOÄ ist in Zusammenhang mit zahnärztlichen Maßnahmen grundsätzlich nicht gerechtfertigt.

2. Die Durchführung einer Digitalen Volumentomografie (DVT) ist nur als erweiterte Diagnostik zur Abklärung einer gegebenenfalls zweifelhaften Basisdiagnostik im Einzelfall notwendig. Es bedarf einer gesonderten Begründung des behandelnden Zahnarztes. Bei entsprechender Indikation (s2k-Leitlinie der AWMF zur „Dentalen

digitalen Volumentomographie“) kann für die DVT die Nummer 5370 GOÄ als beihilfefähig anerkannt werden. Die anschließende computergesteuerte Analyse mit einer 3-D-Rekonstruktion kann in diesen Fällen mit der Zuschlagsnummer 5377 GOÄ als angemessen angesehen werden.

3. Im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (Urteil vom 13.10.2011 – III ZR 231/10 -) ist spätestens vor einem Klageverfahren eine amtszahnärztliche Meinung einzuholen und zu den Akten zu nehmen.

4. Die Nummern 490, 491, 493, 494 GOÄ dürfen von Zahnärzten ohne ärztliche Approbation nicht zum Zwecke der intraoralen Lokal- beziehungsweise Leitungsanästhesie berechnet werden. Die Berechnung der Nummer 494 GOÄ ist auch für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen zum alleinigen Zwecke der Schmerzausschaltung bei zahnärztlich-chirurgischen Leistungen fachlich nicht indiziert und daher nicht berechnungs- und beihilfefähig.

5. Im Zusammenhang mit den in der zahnärztlichen Therapie gängigen Röntgenaufnahmen (Nummern 5000, 5002, 5004 GOÄ) ist eine Berechnung der Nummer 5298 GOÄ nicht beihilfefähig.

Fernröntgenseitenaufnahmen können mit Nummer 5095 GOÄ als beihilfefähig anerkannt werden.

6. Watterollen, Sauger und Instrumente zum Abhalten der Wange, Lippe und Zunge sind konventionelle Mittel, um eine relative Trockenlegung zu erreichen. Die relative Trockenlegung ist bei vielen Leistungen integraler Bestandteil und daher nicht gesondert beihilfefähig.

7. Stellt die Anamneseerhebung über eine Bezugsperson nach Nummer 4 GOÄ für bestimmte Personengruppen (insbesondere Kinder) den Regelfall dar, so ist diese bereits mit der Abrechnung nach den Nummern 1 oder 3 GOÄ abgegolten und berechtigt nicht zu einem zusätzlichen Ansatz der Nummer 4 GOÄ.

8. Eine Periimplantitis-Behandlung im offenen Verfahren stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Absatz 1 GOZ analog berechnet. Als Analoggebühr können je nach Lokalisation die Nummern 4090 beziehungsweise 4100 GOZ als angemessen berücksichtigt werden.