

Kirchliches Amtsblatt

der Evangelischen Kirche von Westfalen

Teil I



161

Ausgabe 10

Bielefeld, 31. Oktober 2023

Inhalt

Seite

Gesetze / Verordnungen / Andere Normen

Nr. 74 – Zwölfte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW.....	162
Nr. 75 – Dreizehnte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW.....	179
Nr. 76 – Vierzehnte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW.....	188
Nr. 77 – Erste Änderung der Richtlinie über den Inhalt und die Führung von Personalakten der Pfarrerinnen und Pfarrer, Predigerinnen und Prediger sowie den Inhalt und die Führung von Personalakten der Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamten und privatrechtlich angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landeskirche (Personalaktenrichtlinie – PARI) Vom 26. September 2023.....	189

Satzungen / Verträge

Nr. 78 – Zweite Satzung zur Änderung der Satzung des Verbandes der Evangelischen Kirchenkreise Münster, Steinfurt-Coesfeld-Borken und Tecklenburg Vom 28. September 2023.....	190
--	-----

Urkunden

Nr. 79 – Vereinigung der Evangelischen Kirchengemeinde Brüninghausen und der Evangelischen Kreuz-Kirchengemeinde Lüdenscheid.....	192
Nr. 80 – Vereinigung der Evangelischen Lukas-Kirchengemeinde Buer-Hassel und der Evangelischen Trinitatis-Kirchengemeinde Buer.....	193
Nr. 81 – Vereinigung der Evangelischen Kirchengemeinde Dahlhausen, der Evangelischen Kirchengemeinde Eppendorf-Goldhamme und der Evangelischen Kirchengemeinde Weitmar.....	194
Nr. 82 – Vereinigung der Evangelischen Kirchengemeinde Medebach aus dem Evangelischen Kirchenkreis Soest-Arnsberg und der Evangelischen Kirchengemeinde Winterberg aus dem Evangelischen Kirchenkreis Siegen-Wittgenstein.....	195

Bekanntmachungen

Nr. 83 – Siegel der Evangelischen Emmaus-Kirchengemeinde Bad Oeynhausen, Evangelischer Kirchenkreis Vlotho.....	196
---	-----

Gesetze / Verordnungen / Andere Normen

Nr. 74 Zwölfte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW

Landeskirchenamt
Az.: 352.21

Bielefeld, 6. September 2023

Nachstehend geben wir die Zwölfte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW bekannt:

Zwölfte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW Vom 17. März 2023

Auf Grund des § 75 Absatz 10 des Landesbeamtengesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310, ber. S. 642), der durch Artikel 2 Nummer 6 des Gesetzes vom 1. Dezember 2021 (GV. NRW. S. 1367) geändert worden ist, verordnet das Ministerium der Finanzen:

Artikel 1

Die Beihilfenverordnung NRW vom 5. November 2009 (GV. NRW. S. 602), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 25. März 2022 (GV. NRW. S. 389) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 1 Nummer 2 werden nach der Angabe „25“ ein Komma und die Angabe „25a“ eingefügt.
2. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird die Angabe „4i“ durch die Angabe „4j“ ersetzt.
 - bb) In Satz 3 werden die Angabe „4e“ durch die Angabe „4f“ und die Angabe „4i“ durch die Angabe „4j“ ersetzt.
 - b) Nummer 2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Nach Buchstabe c wird folgender Buchstabe d eingefügt:
„d) Übergangspflege nach § 39e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (ohne gesondert berechnete Wahlleistungen nach Buchstabe b,“
 - bbb) Der bisherige Buchstabe d wird Buchstabe e.
 - bb) In Satz 6 wird die Angabe „4i“ durch die Angabe „4j“ ersetzt.
 - c) Nach Nummer 5 wird folgende Nummer 5a eingefügt:

„5a. Eine außerklinische Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Voraussetzung ist, dass nach Feststellung der Krankenversicherung ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht.

Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erbringt, sind neben den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und den Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege unter Berücksichtigung der Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch auch die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Wird die Pflege in einer Einrichtung durchgeführt, die die Voraussetzungen des § 71 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, sind höchstens die vergleichbaren Kosten nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die in einer zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung nach § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch am Ort der Unterbringung oder seiner nächsten Umgebung entstanden wären, beihilfefähig. Entfällt der Anspruch auf außerklinische Intensivpflege auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes, sind die Leistungen

nach Satz 3 und 4 für sechs Monate weiter zu gewähren, wenn eine Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des § 15 Absatz 3 Satz 4 Nummer 2 bis 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellt ist.

Das Nähere zu Inhalt und Umfang der Leistungen richtet sich für Verordnungen von Leistungen der außerklinischen Intensivpflege ab dem 1. Januar 2023 nach Maßgabe der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie vom 19. November 2021 (BAnz AT 17.03.2022 B2) in der jeweils geltenden Fassung. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt für Verordnungen die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie vom 17. September 2009 (BAnz Nr. 21a vom 9. Februar 2010) in der jeweils geltenden Fassung entsprechend.

Aufwendungen für häusliche Krankenpflege nach Nummer 5 sind neben einer außerklinischen Intensivpflege nicht beihilfefähig.“

- d) In Nummer 6 Satz 1 werden die Angabe „11“ durch die Angabe „13“ und die Angabe „88“ durch die Angabe „104“ ersetzt.
 - e) In Nummer 7 Satz 8 wird die Angabe „4i“ durch die Angabe „4j“ ersetzt.
 - f) Nummer 10 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 4 werden nach dem Wort „Mietgebühren“ die Wörter „sowie Fall- oder Versorgungspauschalen“ und nach dem Wort „Anschaffungskosten“ die Wörter „bei Kauf“ eingefügt.
 - bb) Nach Satz 4 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die regelmäßig in der Miete sowie Fall- oder Versorgungspauschalen enthaltenen Aufwendungen für Betrieb und Pflege von Hilfsmitteln ist bei volljährigen Personen pauschal ein Betrag in Höhe von 100 Euro vom beihilfefähigen Betrag in Abzug zu bringen, es sei denn, die beihilfeberechtigte Person macht glaubhaft, dass innerhalb des berechneten Nutzungszeitraums nur geringere Aufwendungen entstanden sind.“
 - g) In Nummer 11 Satz 3 werden die Wörter „§ 6 Absatz 1 Satz 2 LRKG“ durch die Wörter „§ 5 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Landesreisekostengesetzes vom 1. Dezember 2021 (GV. NRW. S. 1367) in der jeweils geltenden Fassung“ ersetzt.
 - h) In Nummer 12 Satz 2 Buchstabe a wird die Angabe „9 und“ gestrichen und nach der Angabe „11“ die Angabe „und § 4j“ eingefügt.
3. § 4a wird wie folgt gefasst:

„§ 4a

Psychotherapie, psychosomatische Grundversorgung, psychotherapeutische Akutbehandlung

- (1) Aufwendungen für Leistungen der Psychotherapie in den Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie sowie für Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung sind nach Maßgabe der Absätze 3 und 4 sowie der §§ 4b bis 4f beihilfefähig.
 - (2) Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Behandlungen je Krankheitsfall bis zur Höhe von 51 Euro beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und Personen mit geistiger Behinderung sind Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung unter Einbeziehung von Bezugspersonen bis zu 30 Behandlungen beihilfefähig. Ist eine anschließende Behandlung nach den §§ 4c bis 4e beabsichtigt, ist § 4b Absatz 3 zu beachten. Die Zahl der durchgeführten Akutbehandlungen ist auf das Kontingent der Behandlungen nach den §§ 4c bis 4e anzurechnen.
 - (3) Vor einer Behandlung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten muss eine somatische Abklärung spätestens nach den probatorischen Sitzungen oder vor Einleitung des Begutachtungsverfahrens erfolgen. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, dass die somatische Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt in einem schriftlichen oder elektronischen Konsiliarbericht bestätigt wird.
 - (4) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
 - 1. gleichzeitige Behandlungen nach den §§ 4a Absatz 2 und 4c bis 4f,
 - 2. Leistungen nach Abschnitt 1 der Anlage 1 zu dieser Verordnung.“
4. § 4b wird wie folgt geändert:
- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 4b

Gemeinsame Vorschriften für die Behandlungsformen psychoanalytisch begründete Verfahren, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie“.

- b) In Absatz 2 Satz 2 werden nach dem Wort „von“ die Wörter „einer Ärztin oder“ und nach den Wörtern „Arzt oder“ die Wörter „einer Therapeutin oder“ eingefügt.

- c) In Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird der Punkt am Ende durch ein Komma und die Wörter „es sei denn, dass es sich um eine Kurzzeit- oder Gruppentherapie handelt.“ ersetzt.
- d) In Absatz 4 werden nach dem Wort „bei“ die Wörter „einer Gutachterin oder“ und nach dem Wort „einzuholen,“ die Wörter „die oder“ eingefügt.
- e) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 eingefügt:
 „(6) Aufwendungen für Kurzzeittherapien sind ohne Genehmigung durch die Beihilfestelle im Umfang von bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppentherapie beihilfefähig. Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet. Die bereits in Anspruch genommenen Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine genehmigungspflichtige Therapie nach den §§ 4c bis 4e anzurechnen.“
- f) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7.
5. § 4c wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 wird jeweils das Wort „Lebensjahrs“ durch das Wort „Lebensjahres“ ersetzt.
- b) Dem Absatz 4 wird folgender Satz angefügt:
 „Satz 2 gilt nicht für die Behandlung von Personen mit einer geistigen Behinderung.“
6. § 4d wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 3 wird aufgehoben.
- b) Absatz 4 wird Absatz 3.
7. Nach § 4d wird folgender § 4e eingefügt:

**„§ 4e
Systemische Therapie**

Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind je Krankheitsfall für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, in folgendem Umfang, auch im Mehrpersonensetting, beihilfefähig:

	Einzelbehandlung	Gruppenbehandlung
im Regelfall	36 Sitzungen	36 Sitzungen
im Ausnahmefall	12 weitere Sitzungen	12 weitere Sitzungen

§ 4c Absatz 3 gilt entsprechend.“

8. Der bisherige § 4e wird § 4f und wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 1 Nummer 2 und in Absatz 2 Nummer 3 wird jeweils das Wort „Relaxationstherapie“ durch die Wörter „progressive Muskelrelaxation“ ersetzt.
- b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „sind“ die Wörter „bis zur Höhe der Vergütung, die von den gesetzlichen Krankenkassen oder den Rentenversicherungsträgern zu tragen ist,“ eingefügt.
9. Der bisherige § 4f wird § 4g und wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden in dem Satzteil vor Buchstabe a nach dem Wort „von“ die Wörter „Fachärztinnen oder“ eingefügt.
- bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:
 „Satz 1 gilt auch bei Behandlung durch
- a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
 b) ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
 c) psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder
 d) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
 wenn diese über eine neuropsychologische Zusatzqualifikation verfügen.“
- b) In Absatz 2 werden in dem Satzteil vor Buchstabe a nach dem Wort „Aufwendungen“ die Wörter „für eine ambulante neuropsychologische Therapie“ eingefügt.
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden die Wörter „im folgenden“ durch die Wörter „in folgendem“, die Angabe „1.“ durch die Angabe „a)“, die Angabe „2.“ durch die Angabe „b)“, die Angabe „3.“ durch die Angabe „c)“ und die Angabe „ggf.“ durch das Wort „gegebenenfalls“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 wird die Angabe „Nummer 2“ durch die Angabe „Buchstabe b“ ersetzt.

10. Der bisherige § 4g wird § 4h und wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

**„§ 4h
Komplextherapie, integrierte Versorgung
und Leistungen psychiatrischer und psychosomatischer Institutsambulanzen“.**

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Aufwendungen für Leistungen psychiatrischer oder psychosomatischer Institutsambulanzen sind entsprechend des § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bis zur Höhe der Vergütungen beihilfefähig, die die Einrichtung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V., mit einem Landesverband der Krankenkassen, mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder mit Sozialversicherungsträgern vereinbart hat.“

c) Die bisherigen Absätze 2 bis 4 werden die Absätze 3 bis 5.

11. Der bisherige § 4h wird § 4i und wie folgt gefasst:

**„§ 4i
Soziotherapie**

(1) Aufwendungen für eine Soziotherapie sind beihilfefähig, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen einer schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Dies gilt auch, wenn die Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist. Inhalt und Ausgestaltung der Soziotherapie richten sich nach § 37a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit der Soziotherapie-Richtlinie vom 22. Januar 2015 (BAnz AT 14.04.2015 B5) in der jeweils geltenden Fassung.

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

12. Der bisherige § 4i wird § 4j und wie folgt geändert:

a) In Absatz 3 Satz 1 wird die Angabe „4i“ durch die Angabe „4j“ ersetzt und nach dem Wort „können“ werden die Wörter „Physiotherapeutinnen oder“ eingefügt.

b) In Absatz 6 wird das Wort „Behinderten“ durch die Wörter „Menschen mit Behinderung“ ersetzt.

13. § 5a wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird nach der Angabe „5“ die Angabe „oder 5a“ eingefügt.

b) Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt gefasst:

„Der Anspruch auf Pflegegeld gilt bis zum Ende des Kalendermonats, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist, bei einer stundenweisen Verhinderungspflege von weniger als acht Stunden Dauer pro Tag, für die ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 4 Absatz 1 Nummer 2 oder einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nach § 6 fort; Absatz 3 Satz 2 findet keine Anwendung.“

c) In Absatz 5 Satz 3 wird nach der Angabe „3“ die Angabe „bis 3c“ eingefügt.

d) In Absatz 7 Satz 1 werden nach dem Wort „Personen“ ein Komma und die Wörter „die Leistungen nach § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehen,“ eingefügt und die Wörter „in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen“ gestrichen.

14. Dem § 5d wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die beihilfefähigen Aufwendungen einer vollstationären Pflege im Rahmen einer außerklinischen Intensivpflege nach § 37c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch richten sich nach § 4 Absatz 1 Nummer 5a.“

15. § 5e Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Aufwendungen für

1. Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel nach § 40 Absatz 1, 3, 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
3. digitale Pflegeanwendungen nach § 40a des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie Leistungen für die Inanspruchnahme von ergänzenden Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen nach § 39a des Elften Buches Sozialgesetzbuch

sind in der Höhe beihilfefähig, die die Pflegeversicherung anerkannt hat.“

16. § 5f Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Beihilfefähig sind entsprechend § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 1 des Elften Buches

Sozialgesetzbuch, in der die Teilhabe am Arbeitsleben, an Bildung oder die soziale Teilhabe, die schulische Ausbildung oder die Erziehung von Menschen mit Behinderung im Vordergrund des Einrichtungszweckes stehen, sowie in Räumlichkeiten im Sinne des § 71 Absatz 4 Nummer 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für Pflegebedürftige, die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234) in der jeweils geltenden Fassung erhalten.“

17. § 5g Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- In Nummer 3 werden nach dem Wort „Pflegehilfsmittel“ ein Komma und die Wörter „digitale Pflegeanwendungen inklusive ergänzende Unterstützungsleistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen“ eingefügt.
 - In Nummer 7 wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt.
 - In Nummer 8 wird der Punkt am Ende durch das Wort „und“ ersetzt.
 - Folgende Nummer 9 wird angefügt:
„9. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson nach § 5c.“
18. In § 6 Absatz 1 Satz 1 und 5 sowie Absatz 3 Satz 2, § 6a Absatz 2 Satz 1 und 2, § 7 Absatz 3 Satz 1 und 5 sowie Absatz 4 Satz 1 wird jeweils die Angabe „4i“ durch die Angabe „4j“ ersetzt.
19. § 10 wird wie folgt geändert:
- In Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 werden jeweils nach dem Wort „Wirtschaftsraum“ ein Komma und die Wörter „dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland“ eingefügt.
 - In Absatz 6 Satz 2 werden nach dem Wort „Wirtschaftsraum“ ein Komma und die Wörter „des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland“ eingefügt.
20. § 12 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- Absatz 1 wird wie folgt gefasst:
„(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 nach § 3 Absatz 5 Satz 2. Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für
 - beihilfeberechtigte Personen nach § 1 Absatz 1 Nummer 1 und 4 sowie für entpflichtete Hochschullehrerinnen und Hochschullehrer 50 vom Hundert,
 - beihilfeberechtigte Personen nach § 1 Absatz 1 Nummer 2 und 3 mit Ausnahme der Waisen 70 vom Hundert,
 - berücksichtigungsfähige Personen in der Ehe oder Lebenspartnerschaft nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe b 70 vom Hundert,
 - berücksichtigungsfähige Kinder nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c sowie Waisen nach § 1 Absatz 1 Nummer 3, die als solche beihilfeberechtigt sind, 80 vom Hundert.
 Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig oder nur deshalb nicht berücksichtigungsfähig, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind, beträgt der Bemessungssatz bei der beihilfeberechtigten Person nach Satz 3 Buchstabe a 70 vom Hundert, bei mehreren beihilfeberechtigten Personen, unabhängig davon, nach welchen Beihilfevorschriften – Bundes- oder Landesrecht – ein Beihilfeanspruch besteht, jedoch nur bei einer von ihnen. Den erhöhten Bemessungssatz erhält, wer die entsprechenden Kinderanteile im Familienzuschlag bezieht. Bestimmungen zum Erhalt des erhöhten Bemessungssatzes nach dem bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Recht gelten bis auf Widerruf einer der betroffenen beihilfeberechtigten Personen fort.“
 - In Absatz 2 wird in dem Satzteil vor Buchstabe a die Angabe „2 und 3“ durch die Angabe „3 und 4“ ersetzt.
21. § 13 wird wie folgt geändert:
- Absatz 3 Satz 3 wird aufgehoben.
 - Absatz 4 wird aufgehoben.
22. § 14 wird wie folgt gefasst:

„§ 14

Zahlung von Beihilfen in Todesfällen

(1) Beihilfen zu Aufwendungen, die einem verstorbenen Beihilfeberechtigten entstanden sind, können auf folgende Konten überwiesen werden:

- das Bezügekonto der verstorbenen beihilfeberechtigten Person,
- ein anderes Konto, das von der verstorbenen beihilfeberechtigten Person angegeben wurde,

3. ein Konto, das für diesen Zweck von einer oder einem durch Erbschein oder durch eine andere öffentliche oder öffentlich beglaubigte Urkunde ausgewiesenen Alleinerbin oder -erben oder der entsprechend ausgewiesenen Erbengemeinschaft angegeben worden ist, oder
 4. ein Konto, das für diesen Zweck von der zur Testamentsvollstreckung, Abwesenheitspflegschaft, Nachlasspflegschaft oder -verwaltung bestellten Person angegeben worden ist.
- (2) Beihilfen zu den in § 11 Absatz 1 genannten Aufwendungen aus Anlass des Todes der beihilfeberechtigten Person können auf ein Konto überwiesen werden, das zu diesem Zweck von der Person oder den Personen angegeben worden ist, die die Aufwendungen übernommen hat oder haben. Die Beihilfe ist nach dem Vomhundertsatz zu bemessen, der dem verstorbenen Beihilfeberechtigten zugestanden hat.“
23. In § 16 Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „8“ durch die Angabe „9“ ersetzt.
 24. § 17a wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 14 Satz 1 wird die Angabe „388“ durch die Angabe „389“ ersetzt.
 - b) Folgender Absatz 15 wird angefügt:

„(15) Die Regelungen der Zwölften Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 17. März 2023 (GV. NRW. S. 180) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. März 2023 entstehen.“
 25. Die Anlage 1 erhält die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.
 26. In Anlage 2 Nummer 12 Satz 3 und in Anlage 4 Nummer 1 Satz 6 wird jeweils die Angabe „4i“ durch die Angabe „4j“ ersetzt.
 27. Die Anlage 5 erhält die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 1. April 2023 in Kraft.

Düsseldorf, 17. März 2023

Der Minister der Finanzen des Landes Nordrhein-Westfalen

Dr. Optendrenk

(L. S.)

GV. NRW. 2023 S. 180

Anlage 1 (zu § 4 Absatz 1, § 4a Absatz 4 und § 4b Absatz 2)

Ambulant durchgeführte psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung

Abschnitt 1 Psychotherapeutische Leistungen

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

Abschnitt 2

Psychosomatische Grundversorgung

1. Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von Fachärzten für
 - a) Allgemeinmedizin,
 - b) Augenheilkunde,
 - c) Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - d) Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - e) Innere Medizin,
 - f) Kinder- und Jugendlichenmedizin,
 - g) Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - h) Neurologie,
 - i) Phoniatrie und Pädaudiologie,
 - j) Psychiatrie und Psychotherapie,
 - k) Psychotherapeutische Medizin bzw. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
 - l) Urologie.
2. Aufwendungen für übende und suggestive Interventionen (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung durchgeführt wird von
 - a) einer Ärztin oder einem Arzt,
 - b) einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten,
 - c) einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder
 - d) einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten.

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

Abschnitt 3

Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

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

Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis

862 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen. Eine Ärztin oder ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863 und 864 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte) durchführen.

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

Abschnitt 4 Verhaltenstherapie

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

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

Abschnitt 5 Systemische Therapie

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

Abschnitt 6

Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung

1. Leistungen der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung dürfen nur von folgenden Personen erbracht werden:
 - a) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Weiterbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4 sowie
 - b) Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten mit einer vertieften Ausbildung in einem Verfahren nach Abschnitt 3 oder 4.
2. Wird die Behandlung von einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten, einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.
3. Wurde die Qualifikation nach Nummer 1 oder Nummer 2 bei Psychologischen Psychotherapeutinnen oder Psychologischen Psychotherapeuten nicht im Rahmen der Ausbildung und bei Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten nicht im Rahmen der Weiterbildung erworben, muss die behandelnde Person
 - a) in mindestens 40 Stunden eingehende Kenntnisse in der Theorie der Traumabehandlung und der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben und
 - b) mindestens 40 Stunden Einzeltherapie mit mindestens fünf abgeschlossenen Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlungsabschnitten unter Supervision von mindestens 10 Stunden mit Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung durchgeführt haben.
4. Wird die Behandlung von einer ärztlichen Psychotherapeutin oder einem ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss diese Person
 - a) die Voraussetzungen nach Abschnitt 3 oder 4 erfüllen sowie
 - b) Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und in der Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung erworben haben.

Anlage 5

(zu § 4 Absatz 1 und § 4j Absatz 2 und 3)

Aufwendungen für Heilbehandlungen durch nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

I.

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

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

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

II.

Beihilferechtlich angemessen sind nur die nachfolgenden Höchstbeträge:

Abschnitt 1 Leistungsverzeichnis Heilbehandlungen

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Bereich Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	10,10 €
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80 €
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50 €
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90 €
	b) mittels Hauben	18,20 €
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans (einmal je Behandlungs- oder Fortsetzungsfall, keine gesonderte Verordnung erforderlich)	16,50 €
4	Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	55,00 €
5	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	25,70 €
6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	38,30 €
7	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder, längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	47,80 €
8	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80 €
9	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	14,30 €

10	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	72,30 €
11	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20 €
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,70 €
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60 €
12	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	29,70 €
13	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00 €
14	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	11,20 €
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	6,90 €
15	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20 €
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,60 €
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60 €
16	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Abschnitt 2 ist zu beachten)	108,10 €
17	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbau- trainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr (Abschnitt 3 ist zu beachten)	46,20 €
18	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch), als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80 €

Bereich Massagen

19	Massage einzelner oder mehrerer Körperteile	
	a) Klassische Massagetherapie (KMT), Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colonmassage, Richtwert: 20 Minuten	18,20 €
	b) Bindegewebsmassage (BGM), Richtwert: 30 Minuten	21,20 €
20	Manuelle Lymphdrainage (MLD)	
	a) Teilbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	29,30 €
	b) Großbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	43,90 €
	c) Ganzbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	58,50 €
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität, Aufwendungen für das notwendige Polster- und Bindenmaterial (zum Beispiel Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) sind daneben beihilfefähig	18,70 €
21	Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 20 Minuten	30,50 €

Bereich Palliativversorgung

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

Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder

23	Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe	13,60 €
24	Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	15,60 €
	b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	aa) Teilpackung	36,20 €
	bb) Großpackung	47,80 €
25	Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	19,70 €
26	Kaltpackung (Teilpackung)	
	a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem	10,20 €
	b) Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	20,30 €
27	Heublumensack, Peloidkomresse	12,10 €
28	Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz	6,10 €
29	Trockenpackung	4,10 €
30	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	4,10 €
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	6,10 €
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,40 €
31	a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	16,20 €
	b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	26,40 €
32	Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	12,10 €
	b) Vollbad	17,60 €
33	Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,10 €
34	Naturmoorbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	43,30 €
	b) Vollbad	52,70 €
35	Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	
	a) Teilbad	37,90 €
	b) Vollbad	43,30 €
36	Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe	43,30 €
37	Medizinisches Bad mit Zusatz	
	a) Hand- oder Fußbad	8,80 €
	b) Teilbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	17,60 €
	c) Vollbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe	24,40 €
	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz	4,10 €
38	Gashaltiges Bad	
	a) gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe	25,70 €
	b) gashaltiges Bad mit Zusatz einschließlich der erforderlichen Nachruhe	29,70 €

- | | | |
|----|---|---------|
| c) | Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 27,70 € |
| d) | Radon-Bad einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 24,40 € |
| e) | Radon-Zusatz, je 500.000 Millistat | 4,10 € |
- 39 Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 36 Buchstabe a bis c und nach Nummer 37 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 36 Buchstabe d beihilfefähig.

Bereich Kälte- und Wärmebehandlung

- | | | |
|----|---|---------|
| 40 | Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis- oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen | 12,90 € |
| 41 | Wärmetherapie mittels Heißluft bei einem oder mehreren Körperteilen, Richtwert: 20 Minuten | 7,50 € |
| 42 | Ultraschall-Wärmetherapie | 12,00 € |

Bereich Elektrotherapie

- | | | |
|----|--|---------|
| 43 | Elektrotherapie einzelner oder mehrerer Körperteile mit individuell eingestellten Stromstärken und Frequenzen | 8,20 € |
| 44 | Elektrostimulation bei Lähmungen | 15,60 € |
| 45 | Iontophorese | 8,20 € |
| 46 | Hydroelektrisches Teilbad (Zwei- oder Vierzellenbad) | 14,90 € |
| 47 | Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 29,00 € |

Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

- | | | |
|----|---|----------|
| 48 | Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall, bei Wechsel der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig. | 108,00 € |
| 49 | Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Bedarfsdiagnostik, Richtwert: 30 Minuten, je Kalenderhalbjahr sind Aufwendungen für bis zu zwei Einheiten Diagnostik (entweder eine Einheit Erstdiagnostik und eine Einheit Bedarfsdiagnostik oder zwei Einheiten Bedarfsdiagnostik) innerhalb eines Behandlungsfalls beihilfefähig. | 51,70 € |
| 50 | Bericht an die verordnende Person | 5,80 € |
| 51 | Bericht auf besondere Anforderung der verordnenden Person | 103,40 € |
| 52 | Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen | |
| a) | Richtwert: 30 Minuten | 46,00 € |
| b) | Richtwert: 45 Minuten | 63,20 € |
| c) | Richtwert: 60 Minuten | 80,50 € |
| d) | Richtwert: 90 Minuten | 103,40 € |
- Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdocumentation sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.
- | | | |
|----|---|---------|
| 53 | Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | |
| a) | Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten | 56,90 € |
| b) | Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten | 34,60 € |

- c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten 103,40 €
 d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten 56,10 €

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

Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

- 54 Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall 41,80 €
- 55 Einzelbehandlung
- a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten 41,80 €
 b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten 55,60 €
 c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten 72,30 €
 d) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall
- aa) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten 123,90 €
 bb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten 166,80 €
 cc) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten 139,20 €
- 56 Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen)
- a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer 32,80 €
 b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer 44,50 €
 c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer 55,10 €
- 57 Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen)
- a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer 16,00 €
 b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer 20,60 €
 c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer 37,90 €
- 58 Hirnleistungstraining als neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten 46,20 €
- 59 Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal je Behandlungsfall 139,20 €
- 60 Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen), Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer 36,00 €
- 61 Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer 20,60 €

Bereich Podologie

- 62 Podologische Befundung, je Behandlung 3,00 €
 63 Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten 30,70 €
 64 Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten 44,00 €
 65 Erstversorgung mit einer Federstahldraht-Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagelkorrekturspange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach ein bis zwei Wochen 194,60 €
 66 Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangenkontrolle nach ein bis zwei Tagen 37,40 €

67	Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell, einschließlich Applikation	64,80 €
68	Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen FederstahldrahtOrthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach ein bis zwei Tagen	74,80 €
69	Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach ein bis zwei Tagen	37,40 €

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

Bereich Ernährungstherapie

70	Erstgespräch mit Behandlungsplanung, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall	67,90 €
71	Berechnung und Auswertung von Ernährungsprotokollen und Entwicklung entsprechender individueller Empfehlungen, Richtwert: 60 Minuten, Aufwendungen sind bis zu zweimal je Verordnung – jedoch maximal achtmal je Kalenderjahr – beihilfefähig	55,50 €
72	Notwendige Abstimmung der Therapie mit einer dritten Partei, Aufwendungen sind einmal je Verordnung – jedoch maximal viermal je Kalenderjahr – beihilfefähig	55,50 €
73	Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	34,00 €
74	Gruppenbehandlung, Richtwert: 30 Minuten, begrenzt auf maximal 16 Behandlungen pro Jahr	23,80 €

Bereich Sonstiges

75	Ärztlich verordneter Hausbesuch	12,10 €
76	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	
77	Bei Besuchen mehrerer Patientinnen oder Patienten auf demselben Weg sind die Nummern 75 und 76 nur anteilig je Patientin oder Patient beihilfefähig.	

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

Abschnitt 2

Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

1. Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie, im Folgenden EAP, nach Abschnitt 1 Nummer 16 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Therapie in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist, durchgeführt wird. Weitere Voraussetzung ist, dass die EAP von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten, von Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie, Neurologie, Chirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ und nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen verordnet wird:
 - a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
 - bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
 - ee) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose von mehr als 50 Grad nach Cobb,

- b) Operation am Skelettsystem
 - aa) posttraumatische Osteosynthesen,
 - bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
 - c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit
 - aa) Schulterprothesen,
 - bb) Knieendoprothesen,
 - cc) Hüftendoprothesen,
 - d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
 - aa) Kniebandrupturen (mit Ausnahme des isolierten Innenbands),
 - bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
 - aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
 - bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
 - ccc) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),
 - ddd) Impingement-Syndrom,
 - eee) Schultergelenkluxation,
 - fff) tendinosis calcarea,
 - ggg) periathritis humero-scapularis,
 - cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,
 - dd) Behandlung von Knorpelschäden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips (sogenannte minced cartilage),
 - e) Amputationen.
2. Eine Verlängerung der EAP erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei der Einrichtung beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
 3. Die EAP umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
 - a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
 - b) Physikalische Therapie,
 - c) Medizinisches Aufbautraining (MAT).
 4. Werden Lymphdrainagen, Massagen, Bindegewebsmassagen, Isokinetik oder Unterwassermassagen zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 16 abgegolten.
 5. Die Behandelten müssen die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

Abschnitt 3

Medizinisches Aufbautraining und Medizinische Trainingstherapie (MAT/MTT)

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

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

Abschnitt 4 Palliativversorgung

1. Aufwendungen für Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 22 sind gesondert beihilfefähig, sofern sie nicht bereits von § 4 Absatz 1 Nummer 9 Satz 2 umfasst sind.
2. Aufwendungen für Palliativversorgung werden als beihilfefähig anerkannt bei
 - a) passiven Bewegungsstörungen mit Verlust, Einschränkung und Instabilität funktioneller Bewegung im Bereich der Wirbelsäule, der Gelenke, der discoligamentären Strukturen,
 - b) aktiven Bewegungsstörungen bei Muskeldysbalancen oder -insuffizienz,
 - c) atrophischen und dystrophischen Muskelveränderungen,
 - d) spastischen Lähmungen (cerebral oder spinal bedingt),
 - e) schlaffen Lähmungen,
 - f) abnormen Bewegungen/Koordinationsstörungen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems,
 - g) Schmerzen bei strukturellen Veränderungen im Bereich der Bewegungsorgane,
 - h) funktionellen Störungen von Organsystemen (zum Beispiel Herz-Kreislaufkrankungen, Lungen-/Bronchialerkrankungen, Erkrankungen eines Schließmuskels oder der Beckenbodenmuskulatur),
 - i) unspezifischen schmerzhaften Bewegungsstörungen, Funktionsstörungen, auch bei allgemeiner Dekonditionierung.
3. Aufwendungen für physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung nach Abschnitt 1 Nummer 22 umfassen folgende Leistungen:
 - a) Behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile entsprechend dem individuell erstellten Behandlungsplan,
 - b) Wahrnehmungsschulung,
 - c) Behandlung von Organfehlfunktionen (zum Beispiel Atemtherapie),
 - d) dosiertes Training (zum Beispiel Bewegungsübungen),
 - e) angepasstes, gerätegestütztes Training,
 - f) Anwendung entstauer Techniken,
 - g) Anwendung von Massagetechniken im Rahmen der lokalen Beeinflussung im Behandlungsgebiet als vorbereitende oder ergänzende Maßnahme der krankengymnastischen Behandlung,
 - h) ergänzende Beratung,
 - i) Begleitung in der letzten Lebensphase,
 - j) Anleitung oder Beratung der Bezugsperson,
 - k) Hilfsmittelversorgung,
 - l) interdisziplinäre Absprachen.

Nr. 75 Dreizehnte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW

Landeskirchenamt
Az.: 352.21

Bielefeld, 6. September 2023

Nachstehend geben wir die Dreizehnte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW bekannt:

Dreizehnte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW Vom 10. Juli 2023

Auf Grund des § 75 Absatz 10 des Landesbeamtengesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310, ber. S. 642), der durch Artikel 2 Nummer 6 des Gesetzes vom 1. Dezember 2021 (GV. NRW. S. 1367) geändert worden ist, verordnet das Ministerium der Finanzen:

Artikel 1

Die Beihilfenverordnung NRW vom 5. November 2009 (GV. NRW. S. 602), die zuletzt durch Verordnung vom 17. März 2023 (GV. NRW. S. 180) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 17a wird folgender Absatz 16 angefügt:
„(16) Die Regelungen der Dreizehnten Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW vom 10. Juli 2023 (GV. NRW. S. 1016) gelten für Aufwendungen, die nach dem 31. Mai 2023 entstehen.“
2. Die Anlage 5 erhält die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Juni 2023 in Kraft.

Düsseldorf, 10. Juli 2023

**Der Minister der Finanzen
des Landes Nordrhein-Westfalen**

(L. S.)
GV. NRW. 2023 S. 1016

Dr. Optendrenk

**Anlage 5
(zu § 4 Absatz 1 und § 4j Absatz 2 und 3)**

Aufwendungen für Heilbehandlungen durch nichtärztliche Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer

I.

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

1. Inhalation, Krankengymnastik, Bewegungsübungen, Massagen, Palliativversorgung, Packungen, Hydrotherapie, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie
 - a) Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten,
 - b) Masseurinnen und medizinische Bademeisterinnen oder Masseur und medizinische Bademeister,
 - c) Krankengymnastinnen oder Krankengymnasten.
2. Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
 - a) Logopädinnen oder Logopäden,
 - b) Sprachtherapeutinnen oder Sprachtherapeuten,

- c) staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrerinnen oder -lehrer der Schule Schlaffhorst-Andersen,
 - d) Sprachheilpädagoginnen oder Sprachheilpädagogen,
 - e) klinische Linguistinnen oder klinische Linguisten,
 - f) klinische Sprechwissenschaftlerinnen oder klinische Sprechwissenschaftler,
 - g) bei Kindern für sprachtherapeutische Leistungen bei Sprachentwicklungsstörungen, Stottern oder Poltern auch
 - aa) Sprachheilpädagoginnen oder Sprachheilpädagogen,
 - bb) Diplomlehrerinnen oder -lehrer für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
 - cc) Diplomvorschulerzieherinnen oder -erzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
 - dd) Diplomerzieherinnen oder -erzieher für Sprachgeschädigte oder Sprachgestörte,
 - h) Diplompatholinguistinnen oder Diplompatholinguisten.
3. Ergotherapie (Beschäftigungstherapie einschließlich Bereich Kälte- und Wärmebehandlung)
- a) Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten,
 - b) Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutinnen oder Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten.
4. Podologie
- a) Podologinnen oder Podologen,
 - b) medizinische Fußpflegerinnen oder medizinische Fußpfleger nach § 1 des Podologengesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) in der jeweils geltenden Fassung.
5. Ernährungstherapie
- a) Diätassistentinnen oder Diätassistenten,
 - b) Oecotrophologinnen oder Oecotrophologen,
 - c) Ernährungswissenschaftlerinnen oder Ernährungswissenschaftler.

II.

Beihilferechtlich angemessen sind nur die nachfolgenden Höchstbeträge:

Abschnitt 1 Leistungsverzeichnis Heilbehandlungen

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag
Bereich Inhalation		
1	Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung	
	a) als Einzelinhalation	11,20 €
	b) als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	4,80 €
	c) als Rauminhalation in einer Gruppe bei Anwendung ortsgebundener natürlicher Heilwässer, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	7,50 €
	Aufwendungen für die für Inhalationen erforderlichen Zusätze sind daneben gesondert beihilfefähig.	
2	Radon-Inhalation	
	a) im Stollen	14,90 €
	b) mittels Hauben	18,20 €
Bereich Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
3	Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans (einmal je Behandlungs- oder Fortsetzungsfall, keine gesonderte Verordnung erforderlich)	16,50 €
4	Physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der verordnenden Person	61,10 €
5	Krankengymnastik, auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie, einschließlich der zur Leistungserbringung erforderlichen Massage, als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	26,80 €

6	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation [PNF]) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten	42,50 €
7	Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder, längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, Richtwert: 45 Minuten	53,10 €
8	Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	12,00 €
9	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (2 bis 4 Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	15,00 €
10	Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen, als Einzelbehandlung, Richtwert: 60 Minuten	80,30 €
11	Krankengymnastik im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20 €
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	21,80 €
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60 €
12	Manuelle Therapie, Richtwert: 30 Minuten	32,20 €
13	Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik), Richtwert: 20 Minuten	19,00 €
14	Bewegungsübungen	
	a) als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	12,40 €
	b) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen), Richtwert: 20 Minuten	7,70 €
15	Bewegungsübungen im Bewegungsbad	
	a) als Einzelbehandlung einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	31,20 €
	b) in einer Gruppe (2 bis 3 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	21,80 €
	c) in einer Gruppe (4 bis 5 Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	15,60 €
16	Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), Richtwert: 120 Minuten, je Behandlungstag (Abschnitt 2 ist zu beachten)	108,10 €
17	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) einschließlich Medizinischen Aufbau- trainings (MAT) und Medizinischer Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Richtwert: 60 Minuten, begrenzt auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr (Abschnitt 3 ist zu beachten)	50,40 €
18	Traktionsbehandlung mit Gerät (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch), als Einzelbehandlung, Richtwert: 20 Minuten	8,80 €

Bereich Massagen

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

- 21 Unterwasserdruckstrahlmassage einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert:
20 Minuten 30,50 €

Bereich Palliativversorgung

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

Bereich Packungen, Hydrotherapie, Bäder

- 23 Heiße Rolle einschließlich der erforderlichen Nachruhe 13,60 €
- 24 Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- a) bei Anwendung wiederverwendbarer Packungsmaterialien (zum Beispiel Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) 15,60 €
- b) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid
- aa) Teilpackung 36,20 €
- bb) Großpackung 47,80 €
- 25 Schwitzpackung (zum Beispiel spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertel-Packung nach Kneipp) einschließlich der erforderlichen Nachruhe 19,70 €
- 26 Kaltpackung (Teilpackung)
- a) Anwendung von Lehm, Quark oder Ähnlichem 10,20 €
- b) Anwendung einmal verwendbarer Peloiden (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid 20,30 €
- 27 Heublumensack, Peloidkomresse 12,10 €
- 28 Wickel, Auflagen, Kompressen und andere, auch mit Zusatz 6,10 €
- 29 Trockenpackung 4,10 €
- 30 a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss 4,10 €
- b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss 6,10 €
- c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung 5,40 €
- 31 a) an- oder absteigendes Teilbad (zum Beispiel nach Hauffe) einschließlich der erforderlichen Nachruhe 16,20 €
- b) an- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) einschließlich der erforderlichen Nachruhe 26,40 €
- 32 Wechselbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- a) Teilbad 12,10 €
- b) Vollbad 17,60 €
- 33 Bürstenmassagebad einschließlich der erforderlichen Nachruhe 25,10 €
- 34 Naturmoorbädern einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- a) Teilbad 43,30 €
- b) Vollbad 52,70 €
- 35 Sandbad einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- a) Teilbad 37,90 €
- b) Vollbad 43,30 €
- 36 Balneo-Phototherapie (Sole-Phototherapie) und Licht-Öl-Bad einschließlich Nachfetten und der erforderlichen Nachruhe 43,30 €
- 37 Medizinisches Bad mit Zusatz
- a) Hand- oder Fußbad 8,80 €

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

Bereich Kälte- und Wärmebehandlung

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

Bereich Elektrotherapie

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

Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

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

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

- 53 Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer
- | | |
|---|----------|
| a) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 45 Minuten | 61,20 € |
| b) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 45 Minuten | 34,60 € |
| c) Gruppe (2 Personen), Richtwert: 90 Minuten | 111,20 € |
| d) Gruppe (3 bis 5 Personen), Richtwert: 90 Minuten | 56,10 € |

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

Bereich Ergotherapie (Beschäftigungstherapie)

- | | |
|---|----------|
| 54 Funktionsanalyse und Erstgespräch einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall | 41,80 € |
| 55 Einzelbehandlung | |
| a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten | 45,20 € |
| b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten | 60,90 € |
| c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten | 76,20 € |
| d) als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, einmal je Behandlungsfall | |
| aa) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten | 135,60 € |
| bb) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 120 Minuten | 182,60 € |
| cc) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 120 Minuten | 152,40 € |
| 56 Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen) | |
| a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 35,90 € |
| b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 48,70 € |
| c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 60,30 € |
| 57 Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen) | |
| a) bei motorisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 16,50 € |
| b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 21,40 € |
| c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 90 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 39,30 € |
| 58 Hirnleistungstraining als neuropsychologisch orientierte Einzelbehandlung, Richtwert: 30 Minuten | 50,10 € |
| 59 Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Besuchs im häuslichen oder sozialen Umfeld, Richtwert: 120 Minuten, einmal je Behandlungsfall | 152,40 € |
| 60 Hirnleistungstraining als Parallelbehandlung (bei Anwesenheit von zwei zu behandelnden Personen), Richtwert: 30 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 39,40 € |
| 61 Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung (drei bis sechs Personen), Richtwert: 45 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer | 21,40 € |

Bereich Podologie

- | | |
|--|--------|
| 62 Podologische Befundung, je Behandlung | 3,00 € |
|--|--------|

63	Podologische Behandlung (klein), Richtwert: 35 Minuten	30,70 €
64	Podologische Behandlung (groß), Richtwert: 50 Minuten	44,00 €
65	Erstbefundung	48,80 €
66	Anpassung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	86,60 €
67	Fertigung einer einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	47,40 €
68	Nachregulierung der einteiligen unilateralen und bilateralen Nagelkorrekturspange, zum Beispiel nach Ross Fraser	43,40 €
69	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer mehrteiligen bilateralen Nagelkorrekturspange	86,90 €
70	Vorbereitung des Nagels, Anpassung und Aufsetzen einer einteiligen Kunststoff- oder Metall-Nagelkorrekturspange	47,70 €
71	Indikationsspezifische Kontrolle auf Sitz- und Passgenauigkeit	15,20 €
72	Behandlungsabschluss/Entfernung der Nagelkorrekturspange	22,80 €

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

Bereich Ernährungstherapie

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

Bereich Sonstiges

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

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

Abschnitt 2

Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP)

1. Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie, im Folgenden EAP, nach Abschnitt 1 Nummer 16 sind nur dann beihilfefähig, wenn die Therapie in einer Einrichtung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zur ambulanten Rehabilitation oder zur EAP zugelassen ist, durchgeführt wird. Weitere Voraussetzung ist, dass die EAP von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten, von Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie, Neurologie, Chirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ und nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen verordnet wird:
 - a) Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei
 - aa) nachgewiesenem frischem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ),
 - bb) Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - cc) nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik,
 - dd) instabilen Wirbelsäulenverletzungen mit muskulärem Defizit und Fehlstatik, wenn die Leistungen im Rahmen einer konservativen oder postoperativen Behandlung erbracht werden,
 - ee) lockerer korrigierbarer thorakaler Scheuermann-Kyphose von mehr als 50 Grad nach Cobb,
 - b) Operation am Skelettsystem
 - aa) posttraumatische Osteosynthesen,
 - bb) Osteotomien der großen Röhrenknochen,
 - c) prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen oder muskulärem Defizit
 - aa) Schulterprothesen,
 - bb) Knieendoprothesen,
 - cc) Hüftendoprothesen,
 - d) operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen, einschließlich Instabilitäten bei
 - aa) Kniebandrupturen (mit Ausnahme des isolierten Innenbands),
 - bb) Schultergelenkläsionen, insbesondere nach
 - aaa) operativ versorgter Bankard-Läsion,
 - bbb) Rotatorenmanschettenruptur,
 - ccc) schwerer Schultersteife (frozen shoulder),
 - ddd) Impingement-Syndrom,
 - eee) Schultergelenkluxation,
 - fff) tendinosis calcarea,
 - ggg) periathritis humero-scapularis,
 - cc) Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss,
 - dd) Behandlung von Knorpelschäden am Kniegelenk nach Durchführung einer Knorpelzelltransplantation oder nach Anwendung von Knorpelchips (sogenannte minced cartilage),
 - e) Amputationen.
2. Eine Verlängerung der EAP erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder von bei der Einrichtung beschäftigten Ärztinnen oder Ärzten reicht nicht aus. Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.
3. Die EAP umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:
 - a) Krankengymnastische Einzeltherapie,
 - b) Physikalische Therapie,
 - c) Medizinisches Aufbautraining (MAT).

4. Werden Lymphdrainagen, Massagen, Bindegewebsmassagen, Isokinetik oder Unterwassermassagen zusätzlich erbracht, sind diese Leistungen mit dem Höchstbetrag nach Abschnitt 1 Nummer 16 abgegolten.
5. Die Behandelten müssen die durchgeführten Leistungen auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums bestätigen.

Abschnitt 3

Medizinisches Aufbautraining und Medizinische Trainingstherapie (MAT/MTT)

1. Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining und eine Medizinische Trainingstherapie (MAT/MTT) nach Abschnitt 1 Nummer 17 mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Funktions- und Leistungseinschränkungen im Stütz- und Bewegungsapparat sind beihilfefähig, wenn
 - a) das Training von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie, Neurologie oder Chirurgie, Ärztinnen und Ärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzten mit der Zusatzbezeichnung „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ verordnet wird,
 - b) Therapieplanung und Ergebniskontrolle von Ärztinnen oder Ärzten der Therapieeinrichtung vorgenommen werden und
 - c) jede therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird, die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungen kann teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegiert werden.
2. Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 25 Behandlungen je Kalenderhalbjahr begrenzt.
3. Die Angemessenheit und damit Beihilfefähigkeit der Aufwendungen richtet sich bei Leistungen, die von Ärztinnen oder Ärzten erbracht werden, nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie. Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-fachen der Gebührensätze der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210) in der jeweils geltenden Fassung beihilfefähig:
 - a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich 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 nach Abschluss der Behandlungsserie beihilfefähig.
 - b) Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischen Muskeltrainings mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte, zuzüglich zusätzlichen Geräte-Sequenztrainings analog Nummer 558 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte und begleitender krankengymnastischer Übungen nach Nummer 506 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte. Die Nummern 506, analog 558 sowie analog 846 der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte sind pro Sitzung jeweils nur einmal beihilfefähig.
4. Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern oder Leistungserbringern nach § 4j Absatz 2 in Verbindung mit Nummer I erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Abschnitt 1 Nummer 17.
5. Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen nach Nummer 1 entsprechen, sind nicht beihilfefähig. Dies ist auch dann der Fall, wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

Abschnitt 4

Palliativversorgung

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

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

Nr. 76

Vierzehnte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW

Landeskirchenamt
Az.: 352.21

Bielefeld, 10. Oktober 2023

Nachstehend geben wir die Vierzehnte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW bekannt:

Vierzehnte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW

Vom 15. September 2023

Auf Grund des § 75 Absatz 10 des Landesbeamtengesetzes vom 14. Juni 2016 (GV. NRW. S. 310, ber. S. 642), der durch Artikel 2 Nummer 6 des Gesetzes vom 1. Dezember 2021 (GV. NRW. S. 1367) geändert worden ist, verordnet das Ministerium der Finanzen:

Artikel 1

Die Beihilfenverordnung NRW vom 5. November 2009 (GV. NRW. S. 602), die zuletzt durch Verordnung vom 10. Juli 2023 (GV. NRW. S. 1016) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Dem § 13 wird folgender Absatz 14 angefügt:

„(14) Für die Aufgaben zur Umsetzung des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2262, 2275), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 19. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 197) geändert worden ist, insbesondere für die Zusammenarbeit mit der ZESAR – Zentrale Stelle zur Abrechnung von Arzneimittelrabatten GmbH, ist das Landesamt für Besoldung und Versorgung in den Fällen zuständig, in denen Ansprüche auf Rabatte gegen pharmazeutische Hersteller entstehen, nachdem Beihilfen für Arzneimittelaufwendungen unter dem Institutskennezeichen des Landes festgesetzt worden sind. Das Landesamt für Besoldung und Versorgung ist zuständig für die Annahme der Arzneimittelrabatte nach § 9 Absatz 5 der Hochschulwirtschaftsführungsverordnung vom 11. Juni 2007 (GV. NRW S. 246), die zuletzt durch Verordnung vom 30. Juni 2018 (GV. NRW S. 392) geändert worden ist.“

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 1. November 2023 in Kraft.

Düsseldorf, 15. September 2023

**Der Minister der Finanzen
des Landes Nordrhein-Westfalen**

(L. S.)

Dr. Optendrenk

GV. NRW. 2023 S. 1128

Nr. 77

**Erste Änderung der Richtlinie
über den Inhalt und die Führung von Personalakten
der Pfarrerinnen und Pfarrer, Predigerinnen und Prediger
sowie den Inhalt und die Führung von Personalakten
der Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamten
und privatrechtlich angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
der Landeskirche (Personalaktenrichtlinie – PARI)**

Vom 26. September 2023

Die Richtlinie über den Inhalt und die Führung von Personalakten der Pfarrerinnen und Pfarrer, Predigerinnen und Prediger sowie den Inhalt und die Führung von Personalakten der Kirchenbeamtinnen und Kirchenbeamten und privatrechtlich angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landeskirche (Personalaktenrichtlinie – PARI) vom 28. Juni 2016 (KABl. 2016 S. 210) wird wie folgt geändert:

1. Abschnitt XIV Absatz 2 erhält folgenden Wortlaut:

„(2) Absatz 1 gilt entsprechend für Mitteilungen in Strafsachen und Auskünfte aus dem Bundeszentralregister, soweit sie nicht Bestandteil einer Disziplinarakte sind. Dauerhaft aufbewahrt werden

1. erweiterte Führungszeugnisse nach § 30a des Bundeszentralregistergesetzes, wenn diese eine Verurteilung wegen einer Straftat enthalten, die nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch zum Ausschluss von Aufgaben in der Kinder- und Jugendhilfe führt,
2. Mitteilungen rechtskräftiger Verurteilungen, die sexualisierte Gewalt betreffen, sowie
3. weitere Vorgänge, die sexualisierte Gewalt enthalten, soweit sich zugrundeliegende Behauptungen nicht als falsch erwiesen haben.

Die Aufbewahrung in der Personalakte endet für Unterlagen nach

1. Satz 2 Nummer 2, sobald eine Verurteilung nach dem Bundeszentralregistergesetz nicht mehr in ein Führungszeugnis aufgenommen wird,
2. Satz 2 Nummer 3, nachdem in einem Vermerk die Feststellung begründet wurde, dass eine weitere Klärung des Vorgangs zunächst nicht möglich ist, spätestens aber nach Ablauf der Frist des Absatzes 1.

Nach der Entnahme aus der Personalakte werden die Unterlagen nach Satz 3 nach Maßgabe der Bestimmungen der Evangelischen Kirche in Deutschland, der Gliedkirchen und gliedkirchlichen Zusammenschlüsse einer vertraulich zu behandelnden Sachakte oder einem Archiv zum Zwecke der institutionellen und individuellen Aufarbeitung sexualisierter Gewalt in der evangelischen Kirche zugeführt.“

2. Abschnitt XIV Absatz 3 wird gestrichen.

Bielefeld, 26. September 2023

**Evangelische Kirche von Westfalen
Das Landeskirchenamt**

In Vertretung

Dr. Kupke

(L. S.)

Az.: 303.00

Satzungen / Verträge

Nr. 78 Zweite Satzung zur Änderung der Satzung des Verbandes der Evangelischen Kirchenkreise Münster, Steinfurt-Coesfeld-Borken und Tecklenburg

Vom 28. September 2023

Der Vorstand des Verbandes der Evangelischen Kirchenkreise Münster, Steinfurt-Coesfeld-Borken und Tecklenburg hat die folgende Satzung beschlossen:

§ 1 Änderungen

Die Satzung des Verbandes der Evangelischen Kirchenkreise Münster, Steinfurt-Coesfeld-Borken und Tecklenburg vom 2. Dezember 2016 (KABL. 2016 S. 458), geändert durch die Erste Satzung zur Änderung der Satzung des Verbandes der Evangelischen Kirchenkreise Münster, Steinfurt-Coesfeld-Borken und Tecklenburg vom 10. März 2019 (KABL. 2019 S. 74), wird wie folgt geändert:

1. Die Präambel wird wie folgt gefasst:

„Präambel

Die Ziele des gemeinsamen Kreiskirchenamtes sind eine fachlich kompetente, kostenbewusste und gemeindefnahe Verwaltungsarbeit. Mit dem gemeinsamen Kreiskirchenamt soll durch die Straffung der Organisationsstrukturen eine optimierte Aufgabenwahrnehmung erreicht werden. Der Verband fördert auf diese Weise den Gesamtauftrag unserer evangelischen Kirche in der Region, indem er durch seine Arbeit die beteiligten kirchlichen Körperschaften dabei unterstützt, das Evangelium in Wort und Tat zu verkündigen. Der Verband hält dafür ein Leistungsangebot vor, das sich an den derzeitigen und zukünftigen Anforderungen und Erfordernissen orientiert.“

2. § 1 wird wie folgt gefasst:

„§ 1 Aufgaben, Verwaltung, Aufsicht

(1) Der Verband führt den Namen „Verband der Evangelischen Kirchenkreise Münster, Steinfurt-Coesfeld-Borken und Tecklenburg“ mit Sitz in Münster. Er sorgt für die Wahrnehmung der Verwaltungsaufgaben für die Evangelischen Kirchenkreise Münster, Steinfurt-Coesfeld-Borken und Tecklenburg und ihrer dazugehörigen kirchlichen Körperschaften durch eine zentrale Verwaltungsstelle (gemeinsames Kreiskirchenamt) mit dem Namen „Evangelisches Kreiskirchenamt Münsterland/Tecklenburger Land“.

(2) Die Verwaltung des Verbandes selbst wird vom gemeinsamen Kreiskirchenamt wahrgenommen.

(3) Dem Verband können weitere Aufgaben und Arbeitsbereiche durch übereinstimmende Beschlüsse der jeweiligen Leitungsorgane der Kirchenkreise und des Vorstandes übertragen werden. Die Beschlüsse haben die wesentlichen Inhalte der übertragenen Aufgaben und deren Finanzierung zu beschreiben. Eine Liste der übertragenen Aufgaben und deren Finanzierung ist dieser Satzung als Anlage beigefügt. Sie wird in der jeweils aktuellen Fassung nach Genehmigung durch das Landeskirchenamt im Kirchlichen Amtsblatt veröffentlicht.

(4) Die Aufsicht über den Verband liegt beim Landeskirchenamt.“

3. § 3 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Sie oder er wird nach der Kirchenordnung vertreten.“

- b) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Der Vorstand vertritt den Verband gerichtlich und außergerichtlich und nimmt die Interessen des Verbandes in der Öffentlichkeit wahr. Der Vorstand wird dabei durch Vorsitz und ein weiteres Mitglied vertreten.“

4. § 4 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Vorstand hat insbesondere die folgenden Aufgaben:

- a) Einrichtung, Organisation und Betrieb des gemeinsamen Kreiskirchenamtes,
 - b) Berufung und Abberufung einer Verwaltungsleitung für das gemeinsame Kreiskirchenamt,
 - c) Erstellung einer Geschäftsordnung für das gemeinsame Kreiskirchenamt, wobei der Vorstand durch eine Geschäftsordnung oder durch widerruflichen Beschluss Organisationsbefugnisse auf die Verwaltungsleitung übertragen kann,
 - d) Beschlussfassung über den Verbandshaushalt mit dessen Stellenübersicht,
 - e) Feststellung der Jahresrechnung,
 - f) Entscheidung über die Begründung und Beendigung der Beschäftigungsverhältnisse der Mitarbeitenden des Verbandes sowie die Entscheidung in allen weiteren arbeits- und dienstrechtlichen Angelegenheiten der Mitarbeitenden, wobei der Vorstand durch widerruflichen Beschluss Entscheidungsbefugnisse für privatrechtlich angestellte Mitarbeitende auf die Verwaltungsleitung übertragen kann,
 - g) Fach- und Dienstaufsicht über das gemeinsame Kreiskirchenamt, wobei der Vorstand durch widerruflichen Beschluss Aufsichtsbefugnisse auf die Verwaltungsleitung übertragen kann,
 - h) Berichterstattung an die Kreissynoden,
 - i) Änderung der Verbandssatzung.“
5. § 5 wird wie folgt geändert:
- a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:
„(2) Der Vorstand ist beschlussfähig, wenn auf ordnungsgemäße Einladung mehr als die Hälfte des satzungsmäßigen Mitgliederbestandes anwesend und jeder Kirchenkreis mit mindestens einem Mitglied vertreten ist. Anwesend ist dabei auch, wer durch Telefon- oder Videokonferenz teilnimmt. Wird die Mindestanzahl an Mitgliedern je Kirchenkreis nicht erreicht, wird ein neuer Sitzungstermin innerhalb eines Monats mit derselben Tagesordnung festgelegt, sofern sich die Anwesenden nicht für eine Beschlussfassung im Umlaufverfahren aussprechen. Im Falle der erneuten Terminansetzung genügt es, wenn zur Sitzung mehr als die Hälfte des satzungsmäßigen Mitgliederbestandes anwesend ist.“
 - b) In Absatz 3 Satz 2 wird das Wort „anwesenden“ gestrichen.
 - c) Absatz 4 Satz 4 wird wie folgt gefasst:
„Außerhalb der Sitzung ist Abstimmung in Textform möglich, wenn mehr als zwei Drittel des satzungsmäßigen Mitgliederbestandes dem Umlaufverfahren zustimmen.“
6. In § 6 Absatz 2 Buchstabe f werden die Wörter „für die Kirchenkreise und die Kirchengemeinden“ gestrichen.
7. § 7 wird wie folgt geändert:
- a) In Absatz 2 Satz 2 wird die Angabe „Anlage V zu § 10 Absatz 1 VwO“ durch die Angabe „Anlage 3 zu § 5 AusfVO.VwOrgG (Mindestpersonalausstattung in den Kreiskirchenämtern)“ ersetzt.
 - b) Nach Absatz 3 werden folgende Absätze 4 und 5 angefügt:
„(4) Übernimmt der Verband gemäß § 1 Absatz 3 dieser Satzung weitere Aufgaben und werden diese abweichend vom Kostenverteilungsschlüssel nach Absatz 2 Satz 2 finanziert, erfolgt ihre Finanzierung im Rahmen des entstehenden Bedarfs. Diesbezügliche Regelungen sind in übereinstimmenden Beschlüssen der Kirchenkreise und des Vorstandes zu treffen und ebenfalls in der Anlage zu dieser Satzung zu dokumentieren.
(5) Die Organisation der Haushaltsplanung erfolgt durch das gemeinsame Kreiskirchenamt.“

§ 2

Inkrafttreten

Diese Satzung tritt nach Genehmigung durch das Landeskirchenamt und Veröffentlichung im Kirchlichen Amtsblatt der Evangelischen Kirche von Westfalen am 1. Januar 2024 in Kraft.

Münster, 28. September 2023

**Verband der Evangelischen Kirchenkreise
Münster, Steinfurt-Coesfeld-Borken und Tecklenburg
Der Vorstand**

(L. S.)

Erdmann

Falcke

Ost

**Anlage zu § 1 Absatz 3
(„Weitere Aufgaben und Arbeitsbereiche“)**

Der Vorstand des Verbandes der Evangelischen Kirchenkreise Münster, Steinfurt-Coesfeld-Borken und Tecklenburg stellt gemäß § 1 Absatz 3 der Satzung fest, dass der Verband ab dem 1. Januar 2024 nachfolgende Aufgaben wahrnimmt, die ihm nach übereinstimmenden Beschlüssen der jeweiligen Leitungsorgane durch seine Verbandsmitglieder, deren Kirchengemeinden oder Verbände übertragen worden sind.

1. Klimaschutz/Klimamanagement:

Die erforderlichen Mittel für die Bereitstellung von Klimaschutzmanagerinnen oder Klimaschutzmanagern (Personal- und Sachmittel) werden zu gleichen Anteilen von den Verbandsmitgliedern bereitgestellt.

2. Vertretungspfarrstellen auf Gestaltungsebene:

Der Verband kann durch Beschluss des Vorstandes in Abstimmung mit dem Landeskirchenamt für seine Mitglieder und deren Kirchengemeinden Vertretungspfarrstellen im Übergang errichten und verwalten. Dabei soll das Landeskirchenamt sein Präsentationsrecht nach dem Pfarrstellenbesetzungsgesetz wahrnehmen. Die Pfarrbesoldungspauschalen für die Vertretungspfarrstellen werden von der Landeskirche bereitgestellt. Die für Einrichtung und Ausstattung der Stellen erforderlichen Sachmittel werden zu gleichen Anteilen von den Verbandsmitgliedern übernommen. Die Erstattung der in Ausübung des Vertretungsdienstes anfallenden Fahrtkosten erfolgt durch den Kirchenkreis, zu dessen Nutzen die Fahrten ausgeführt werden. Fahrtkosten, die nicht in Ausübung des Vertretungsdienstes anfallen, werden durch den Kirchenkreis erstattet, dem die Pfarrperson dienstaufsichtlich zugeordnet ist.

Genehmigung

Die Zweite Satzung zur Änderung der Satzung des Verbandes der Evangelischen Kirchenkreise Münster, Steinfurt-Coesfeld-Borken und Tecklenburg vom 28. September 2023 wird

kirchenaufsichtlich genehmigt.

Bielefeld, 12. Oktober 2023

**Evangelische Kirche von Westfalen
Das Landeskirchenamt**

In Vertretung
Dr. Conring

(L. S.)

Az.: 040.21-8250

Urkunden

**Nr. 79
Vereinigung
der Evangelischen Kirchengemeinde Brüninghausen
und der Evangelischen Kreuz-Kirchengemeinde Lüdenscheid**

Nach Anhörung der Beteiligten wird gemäß Artikel 6 Absatz 2 Kirchenordnung der Evangelischen Kirche von Westfalen Folgendes festgesetzt:

§ 1

Die Evangelische Kirchengemeinde Brüninghausen und die Evangelische Kreuz-Kirchengemeinde Lüdenscheid – beide Evangelischer Kirchenkreis Lüdenscheid-Plettenberg – werden zu einer Kirchengemeinde vereinigt. Die neu gebildete Kirchengemeinde erhält den Namen „Evangelische Kirchengemeinde Lüdenscheid-Ost“.

§ 2

Der Bekenntnisstand der Evangelischen Kirchengemeinde Lüdenscheid-Ost ist evangelisch-uniert (Lutherischer Katechismus).

§ 3

Die gemeinsame Pfarrstelle der Evangelischen Kirchengemeinde Brüninghausen und der Evangelischen Kreuz-Kirchengemeinde Lüdenscheid wird die 1. Pfarrstelle der neu gebildeten Evangelischen Kirchengemeinde Lüdenscheid-Ost. Die 2. Pfarrstelle der Evangelischen Kreuz-Kirchengemeinde Lüdenscheid wird die 2. Pfarrstelle der neu gebildeten Evangelischen Kirchengemeinde Lüdenscheid-Ost.

§ 4

Die Evangelische Kirchengemeinde Lüdenscheid-Ost ist Rechtsnachfolgerin der Evangelischen Kirchengemeinde Brüninghausen und der Evangelischen Kreuz-Kirchengemeinde Lüdenscheid.

§ 5

Die Urkunde tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

Bielefeld, 29. August 2023

**Evangelische Kirche von Westfalen
Das Landeskirchenamt**

In Vertretung
Dr. Conring

(L. S.)

Az.: 010.11-41N2

Die Vereinigung der Evangelischen Kirchengemeinde Brüninghausen und der Evangelischen Kreuz-Kirchengemeinde Lüdenscheid – beide Evangelischer Kirchenkreis Lüdenscheid-Plettenberg – wurde durch Urkunde der Bezirksregierung Arnsberg vom 27. September 2023 – Az.: 48.03.04.2023 – staatlich genehmigt.

**Nr. 80
Vereinigung
der Evangelischen Lukas-Kirchengemeinde Buer-Hassel
und der Evangelischen Trinitatis-Kirchengemeinde Buer**

Nach Anhörung der Beteiligten wird gemäß Artikel 6 Absatz 2 Kirchenordnung der Evangelischen Kirche von Westfalen Folgendes festgesetzt:

§ 1

Die Evangelische Lukas-Kirchengemeinde Buer-Hassel und die Evangelische Trinitatis-Kirchengemeinde Buer – beide Evangelischer Kirchenkreis Gelsenkirchen und Wattenscheid – werden zu einer Kirchengemeinde vereinigt. Die neu gebildete Kirchengemeinde erhält den Namen „Evangelische Kirchengemeinde Gelsenkirchen-Nord“.

§ 2

Der Bekenntnisstand der Evangelischen Kirchengemeinde Gelsenkirchen-Nord ist evangelisch-uniert (Lutherischer Katechismus).

§ 3

Die 3. Pfarrstelle der Evangelischen Trinitatis-Kirchengemeinde Buer wird die 1. Pfarrstelle der neuen Evangelischen Kirchengemeinde Gelsenkirchen-Nord, die gemeinsame Pfarrstelle der Evangelischen Trinitatis-Kirchengemeinde Buer und der Evangelischen Lukas-Kirchengemeinde Buer-Hassel wird die 2. Pfarrstelle der neuen Evangelischen Kirchengemeinde Gelsenkirchen-Nord, die 2. Pfarrstelle der Evangelischen Trinitatis-Kirchengemeinde Buer wird die 3. Pfarrstelle der neuen Evangelischen Kirchengemeinde Gelsenkirchen-Nord, die 4. Pfarrstelle der Evangelischen Trinitatis-Kirchengemeinde Buer wird die 4. Pfarrstelle der neuen Evangelischen Kirchengemeinde Gelsenkirchen-Nord und die 1. Pfarrstelle der Evangelischen Trinitatis-Kirchengemeinde Buer wird die 5. Pfarrstelle der neuen Evangelischen Kirchengemeinde Gelsenkirchen-Nord.

§ 4

Die Evangelische Kirchengemeinde Gelsenkirchen-Nord ist Rechtsnachfolgerin der Evangelischen Lukas-Kirchengemeinde Buer-Hassel und der Evangelischen Trinitatis-Kirchengemeinde Buer.

§ 5

Die Urkunde tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

Bielefeld, 5. September 2023

**Evangelische Kirche von Westfalen
Das Landeskirchenamt**

In Vertretung
Dr. Conring

(L. S.)

Az.: 010.11-3029

Die Vereinigung der Evangelischen Lukas-Kirchengemeinde Buer-Hassel und der Evangelischen Trinitatis-Kirchengemeinde Buer – beide Evangelischer Kirchenkreis Gelsenkirchen und Wattenscheid – wurde durch Urkunde der Bezirksregierung Münster vom 28. September 2023 – Az.: 48.03.01.02 – staatlich genehmigt.

**Nr. 81
Vereinigung
der Evangelischen Kirchengemeinde Dahlhausen,
der Evangelischen Kirchengemeinde Eppendorf-Goldhamme
und der Evangelischen Kirchengemeinde Weitmar**

§ 1

Die Evangelische Kirchengemeinde Dahlhausen, die Evangelische Kirchengemeinde Eppendorf-Goldhamme und die Evangelische Kirchengemeinde Weitmar – alle Evangelischer Kirchenkreis Bochum – werden gemäß Artikel 6 Absatz 2 Kirchenordnung der Evangelischen Kirche von Westfalen zu einer Kirchengemeinde vereinigt. Die neu gebildete Kirchengemeinde erhält den Namen „Evangelische Kirchengemeinde Bochum Süd-West“.

§ 2

Der Bekenntnisstand der Evangelischen Kirchengemeinde Bochum Süd-West ist evangelisch-uniert (Lutherischer Katechismus).

§ 3

Die 1. Pfarrstelle der Evangelischen Kirchengemeinde Dahlhausen wird die 1. Pfarrstelle der neu gebildeten Evangelischen Kirchengemeinde Bochum Süd-West, die gemeinsame Pfarrstelle der Evangelischen Kirchengemeinde Dahlhausen und der Evangelischen Kirchengemeinde Weitmar wird die 2. Pfarrstelle der neu gebildeten Evangelischen Kirchengemeinde Bochum Süd-West, die 1. Pfarrstelle der Evangelischen Kirchengemeinde Eppendorf-Goldhamme wird die 3. Pfarrstelle der neu gebildeten Evangelischen Kirchengemeinde Bochum Süd-West, die 1. Pfarrstelle der Evangelischen Kirchengemeinde Weitmar wird die 4. Pfarrstelle der neu gebildeten Evangelischen Kirchengemeinde Bochum Süd-West, die 2. Pfarrstelle der Evangelischen Kirchengemeinde Weitmar wird die 5. Pfarrstelle der neu gebildeten Evangelischen Kirchengemeinde Bochum Süd-West.

§ 4

Die Evangelische Kirchengemeinde Bochum Süd-West ist Rechtsnachfolgerin der Evangelischen Kirchengemeinde Dahlhausen, der Evangelischen Kirchengemeinde Eppendorf-Goldhamme und der Evangelischen Kirchengemeinde Weitmar.

§ 5

Die Urkunde tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

Bielefeld, 5. September 2023

**Evangelische Kirche von Westfalen
Das Landeskirchenamt**

In Vertretung
Dr. Conring

(L. S.)

Az.: 010.11-23N1

Die Vereinigung der Evangelischen Kirchengemeinde Dahlhausen, der Evangelischen Kirchengemeinde Eppendorf-Goldhamme und der Evangelischen Kirchengemeinde Weitmar – alle Evangelischer Kirchenkreis Bochum – wurde durch Urkunde der Bezirksregierung Arnsberg vom 10. Oktober 2023 – Az.: 48.03.03.2023 – staatlich genehmigt.

Nr. 82
Vereinigung
der Evangelischen Kirchengemeinde Medebach
aus dem Evangelischen Kirchenkreis Soest-Arnsberg
und der Evangelischen Kirchengemeinde Winterberg
aus dem Evangelischen Kirchenkreis Siegen-Wittgenstein

Nach Anhörung der Beteiligten wird gemäß Artikel 6 Absatz 2 in Verbindung mit Artikel 84 Absatz 2 Satz 3 Kirchenordnung der Evangelischen Kirche von Westfalen (KO) Folgendes festgesetzt:

§ 1

Die Evangelische Kirchengemeinde Medebach aus dem Evangelischen Kirchenkreis Soest-Arnsberg und die Evangelische Kirchengemeinde Winterberg aus dem Evangelischen Kirchenkreis Siegen-Wittgenstein werden zu einer Kirchengemeinde im Evangelischen Kirchenkreis Siegen-Wittgenstein vereinigt. Die Grenze zwischen dem Evangelischen Kirchenkreis Soest-Arnsberg und dem Evangelischen Kirchenkreis Siegen-Wittgenstein verändert sich auf Grund von Artikel 84 Absatz 2 Satz 3 KO entsprechend.

§ 2

Die neu gebildete Kirchengemeinde erhält den Namen „Evangelische Friedenskirchengemeinde Hochsauerland“. Ihr Bekenntnisstand ist evangelisch-uniert (Lutherischer Katechismus).

§ 3

Die 1. Pfarrstelle der Evangelischen Kirchengemeinde Medebach wird die 1. Pfarrstelle der Evangelischen Friedenskirchengemeinde Hochsauerland. Die gemeinsame Pfarrstelle der Evangelischen Kirchengemeinde Winterberg und des Evangelischen Kirchenkreises Siegen-Wittgenstein „19. Touristenseelsorge“ wird die 2. Pfarrstelle der Evangelischen Friedenskirchengemeinde Hochsauerland.

§ 4

Die Evangelische Friedenskirchengemeinde Hochsauerland ist Rechtsnachfolgerin der Evangelischen Kirchengemeinde Medebach und der Evangelischen Kirchengemeinde Winterberg.

§ 5

Die Urkunde tritt am 1. Januar 2024 in Kraft.

Bielefeld, 5. September 2023

Evangelische Kirche von Westfalen
Das Landeskirchenamt

In Vertretung
Dr. Conring

(L. S.)

Az.: 010.11-54N3

Die Vereinigung der Evangelischen Kirchengemeinde Medebach aus dem Evangelischen Kirchenkreis Soest-Arnsberg und der Evangelischen Kirchengemeinde Winterberg aus dem Evangelischen Kirchenkreis Siegen-Wittgenstein sowie ihre Zuordnung zum Evangelischen Kirchenkreis Siegen-Wittgenstein wurde durch Urkunde der Bezirksregierung Arnsberg vom 10. Oktober 2023 – Az.: 48.03.01.2023 – staatlich genehmigt.

Bekanntmachungen**Nr. 83****Siegel der Evangelischen Emmaus-Kirchengemeinde Bad Oeynhausen,
Evangelischer Kirchenkreis Vlotho****Landeskirchenamt**

Az.: 010.12-5111

Bielefeld, 26. September 2023

Die Evangelische Kirchengemeinde Lotte, Evangelischer Kirchenkreis Tecklenburg, führt nunmehr folgendes neues Siegel:



Die Bekanntmachung des Siegels erfolgt auf Grund von § 26 der Richtlinien für das Siegelwesen in der Evangelischen Kirche in Deutschland (Siegelordnung) vom 31. August 1965 (KABl. 1966 S. 137).

Die bisher geführten Siegel der Evangelischen Kirchengemeinde Lotte sind außer Kraft gesetzt und eingezogen.

Impressum

Herausgeber: Evangelische Kirche von Westfalen, Das Landeskirchenamt, Altstädter Kirchplatz 5, 33602 Bielefeld
Postadresse: Postfach 10 10 51, 33510 Bielefeld
Telefon: 0521 594-0, Fax: 0521 594-129; E-Mail: Amtsblatt@ekvw.de
Bankverbindung: KD-Bank eG Münster, IBAN: DE05 3506 0190 2000 0430 12, BIC: GENODED1DKD

Redaktion: Kerstin Barthel, Telefon: 0521 594-319, E-Mail: Kerstin.Barthel@ekvw.de

Abonnenenverwaltung: Kerstin Barthel, Telefon: 0521 594-319, E-Mail: Amtsblatt@ekvw.de

Herstellung: wbv Media GmbH & Co. KG, Auf dem Esch 4, 33619 Bielefeld

Der Jahresabonnementspreis beträgt 40 € (inklusive Versandkosten); der Einzelpreis beträgt 4 € (inklusive Versandkosten).

Alle Ausgaben des Kirchlichen Amtsblattes ab 1953 sind online über das Fachinformationssystem Kirchenrecht www.kirchenrecht-westfalen.de aufrufbar.

Das Jahresabonnement kann schriftlich beim Landeskirchenamt bis zum 15. November eines Jahres mit Wirkung zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.

Erscheinungsweise: i. d. R. monatlich