



Gesetz- und Verordnungsblatt

FÜR DAS LAND NORDRHEIN-WESTFALEN

77. Jahrgang

Ausgegeben zu Düsseldorf am 31. März 2023

Nummer 10

Glied.- Nr.	Datum	Inhalt	Seite
20320	17.03.2023	Zwölfte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW	180
223	20.03.2023	Neunte Verordnung zur Änderung der Ersatzschulfinanzierungsverordnung	203
701	08.03.2023	Verordnung zur Änderung der Repräsentative Tarifverträge Verordnung	205

Hinweis:

Die Gesetz- und Verordnungsblätter des Landes NRW (GV. NRW.) und die Sammlung aller Gesetze und Verordnungen des Landes NRW (SGV. NRW.) sowie die Ministerialblätter für das Land NRW (MBl. NRW.) und die Sammlung der in Teil I des MBl. NRW. veröffentlichten Erlasse (SMBl. NRW.) stehen im Intranet des Landes NRW (<https://lv.recht.nrw.de>) und im Internet (<https://recht.nrw.de>) zur Verfügung.

20320

Zwölfte Verordnung zur Änderung der Beihilfenverordnung NRW

Vom 17. März 2023

Auf Grund des § 75 Absatz 10 des Landesbeamten-gesetzes 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 Num-

mer 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. März 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 probatori-

schen 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 „Lebensjahr“ 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 wird 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 wird 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. April 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:
- 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.
 - In Absatz 6 wird das Wort „Behinderten“ durch die Wörter „Menschen mit Behinderung“ ersetzt.
13. § 5a wird wie folgt geändert:
- In Absatz 1 Satz 2 wird nach der Angabe „5“ die Angabe „oder 5a“ eingefügt.
 - 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.“
 - In Absatz 5 Satz 3 wird nach der Angabe „3“ die Angabe „bis 3c“ eingefügt.
 - 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
- Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel nach § 40 Absatz 1, 3, 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,
 - Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes der pflegebedürftigen Person nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und
 - 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 Einrichtungszwecks 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 Hundertsatz 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:

1. das Bezügekonto der verstorbenen beihilfeberechtigten Person,
2. 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 Vornhundertersatz 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, den 17. März 2023

Der Minister der Finanzen
des Landes Nordrhein-Westfalen
Dr. Marcus O p t e n d r e n k

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 (z.B. 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 einer Fachärztin oder einem Facharzt 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 beziehungsweise 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 14.3.2017 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	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
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 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
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 (zwei bis fünf Personen), Richtwert: 25 Minuten, je Teilnehmerin oder Teilnehmer	10,80 €
9	Krankengymnastik bei zerebralen Dysfunktionen in einer Gruppe (zwei bis vier 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 (zwei bis drei Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,70 €
	c) in einer Gruppe (vier bis fünf 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 (zwei bis fünf 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 (zwei bis drei Personen), je Teilnehmerin oder Teilnehmer einschließlich der erforderlichen Nachruhe, Richtwert: 30 Minuten	19,60 €
	c) in einer Gruppe (vier bis fünf 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 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
17	Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät), Medizinisches Aufbautraining (MAT) oder Medizinische Trainingstherapie (MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu drei 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, Perí'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 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	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 Peloid (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 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
38	d) bei mehreren Zusätzen je weiterer Zusatz Gashaltiges Bad	4,10 €
	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 Hand- oder Fußbad, Teil- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die Höchstbeträge nach Nummer 37 Buchstabe a bis c und nach Nummer 38 Buchstabe b um 4,10 Euro. Weitere Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nummer 37 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-, Sprach- und Schlucktherapie	
48	Stimm-, sprech-, sprach- und schlucktherapeutische Erstdiagnostik zur Erstellung eines Behandlungsplans, Richtwert: 60 Minuten, einmal je Behandlungsfall, bei Wechsel der Leistungserbringerin	108,00 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	oder des Leistungserbringers innerhalb des Behandlungsfalls sind die Aufwendungen für eine erneute Erstdiagnostik beihilfefähig.	
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 b) Richtwert: 45 Minuten c) Richtwert: 60 Minuten d) Richtwert: 90 Minuten Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	46,00 € 63,20 € 80,50 € 103,40 €
53	Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen, je Teilnehmerin oder Teilnehmer a) Gruppe (zwei Personen), Richtwert: 45 Minuten b) Gruppe (drei bis fünf Personen), Richtwert: 45 Minuten c) Gruppe (zwei Personen), Richtwert: 90 Minuten d) Gruppe (drei bis fünf Personen), Richtwert: 90 Minuten Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht beihilfefähig.	56,90 € 34,60 € 103,40 € 56,10 €
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 b) bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, Richtwert: 45 Minuten c) bei psychisch-funktionellen Störungen, Richtwert: 60 Minuten	41,80 € 55,60 € 72,30 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
	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 €

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
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 Federstahldraht-Orthonyxiespange, 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 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.	37,40 €
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.	

Nr.	Leistung	beihilfe- fähiger Höchst- betrag
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) 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 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.

223

**Neunte Verordnung zur Änderung
der Ersatzschulfinanzierungsverordnung****Vom 20. März 2023**

Auf Grund des § 115 Absatz 1 des Schulgesetzes NRW vom 15. Februar 2005 (GV. NRW. S. 102), der zuletzt durch Artikel 1 Nummer 17 des Gesetzes vom 21. Juli 2018 (GV. NRW. S. 404) geändert worden ist, verordnet das Ministerium für Schule und Bildung im Einvernehmen mit dem Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Digitalisierung und dem Ministerium der Finanzen sowie mit Zustimmung der für Schulen und für Haushalt und Finanzen zuständigen Landtagsausschüsse:

Artikel 1

Die Ersatzschulfinanzierungsverordnung vom 18. März 2005 (GV. NRW. S. 230, ber. S. 424 u. S. 635), die zuletzt durch Artikel 12 der Verordnung vom 23. März 2022 (GV. NRW. S. 405) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 14 Satz 1 wird die Angabe „40“ durch die Angabe „46“ ersetzt.
2. Anlage 5 erhält die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

Artikel 2

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

Düsseldorf, den 20. März 2023

Ministerin für Schule und Bildung
des Landes Nordrhein-Westfalen

Dorothee F e l l e r

Anlage 5

Sachkosten-Grundpauschale
gemäß § 108 Absatz 1 des Schulgesetzes NRW
in Verbindung mit § 5 Absatz 1 bis 4 und 8 FESchVO

Schulform	Grundpauschale	Mindestanzahl der Klassen	Zuschlags-/ Abzugsbetrag je Klasse	Mindestpauschale
Grundschulen Allgemein bildende Waldorfschulen P	13.090 €	4	490 €	12.500 €
Hauptschulen	28.010 €	6	1.300 €	23.670 €
Realschulen	24.870 €	6	1.130 €	21.280 €
Sekundarschulen	26.880 €	6	1.290 €	22.650 €
Gymnasien: 8-jähriger Bildungsgang ¹	31.920 €	8	1.220 €	27.070 €
9-jähriger Bildungsgang ^{1, 2}	35.920 €	9	1.220 €	29.860 €
Allgemein bildende Waldorfschulen SI/SII Weiterbildungskolleg ³	35.920 €	9	1.220 €	29.860 €
Gesamtschulen	41.650 €	9	1.440 €	34.470 €
Berufskollegs: Berufsschulen	27.480 €	24	730 €	23.510 €
Berufskollegs: Berufsfachschulen Fachschulen Fachoberschulen	38.120 €	6	2.790 €	31.990 €
Förderschulen im berufsbildenden Bereich	58.850 €	24	1.860 €	48.670 €
Förderschulen alle Förderschwerpunkte außer GE, LE und ESE; Klinikscheule	36.030 €	10	1.100 €	29.860 €
Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung	35.420 €	5	2.040 €	29.600 €
Förderschwerpunkt Lernen	35.660 €	7	1.500 €	29.740 €
Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung	35.920 €	9	1.190 €	29.860 €

1) einschl. Aufbauform

2) Schulversuch „Abitur an Gymnasien nach 12 oder 13 Jahren“ (Laufzeit: 2011/12 - 2023/24)

3) umfasst Abendrealschule, Abendgymnasium und Kolleg

Die Sachkosten-Grundpauschale ist um die auf die einzelne Ersatzschule entfallenden pauschalierten Mittel für die Lehrerfortbildung (Fortbildungsbudget gemäß § 108 Absatz 1 des Schulgesetzes NRW in Verbindung mit § 5 Absatz 8 FESchVO) - ohne Abzug einer Eigenleistung - aufzustocken. Die Mittelbereitstellung erfolgt durch jährlichen Haushaltserlass. Die für Berufspraktika an Fachschulen des Sozial- und Gesundheitswesens und bei sonstigen entsprechenden Bildungsgängen an Berufskollegs (Erz/AHR sowie Erz/FHR) je Klasse erforderlichen Reisekosten der Lehrkräfte in Höhe von bis zu 1.530 € werden zusätzlich zur Sachkosten-Grundpauschale verteilt auf die Gesamtdauer des jeweiligen Bildungsgangs einer Klasse unter genereller Anerkennung eines besonderen pädagogischen Interesses gemäß § 106 Absatz 10 des Schulgesetzes NRW gewährt.

701

**Verordnung zur Änderung der Repräsentative
Tarifverträge Verordnung**

Vom 8. März 2023

Auf Grund des § 3 Absatz 1 des Tariftreue- und Vergabegesetzes Nordrhein-Westfalen vom 22. März 2018 (GV. NRW. S. 172) verordnet das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales:

Artikel 1

Die Anlage zur Repräsentative Tarifverträge Verordnung vom 27. April 2021 (GV. NRW. S. 454) erhält die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Düsseldorf, den 8. März 2023

Der Minister
für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Karl-Josef L a u m a n n

Anlage gemäß § 1 Repräsentative Tarifverträge Verordnung vom 27. April 2021

Lfd.

Nr.	Tarifvertragsparteien	Name des Tarifvertrages und Vertragsabschlussdatum
1.	Tarifvertragliche Regelungen im Bereich des öffentlichen Personenverkehrs auf der Straße	
1.1	Kommunaler Arbeitgeberverband Nordrhein-Westfalen (KAV NW) und Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV) und Deutsche Angestellten Gewerkschaft (DAG) [heute: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di]	Spartentarifvertrag Nahverkehrsbetriebe (TV-N NW) vom 25. Mai 2001, in der Fassung des 15. Änderungsstarifvertrages vom 1. März 2022
1.2	Kommunaler Arbeitgeberverband Nordrhein-Westfalen (KAV NW) und DBB-Tarifunion	Spartentarifvertrag Nahverkehrsbetriebe (TV-N NW) vom 25. Mai 2001, in der Fassung des 15. Änderungsstarifvertrages vom 1. März 2022
1.3	Verband Nordrhein-Westfälischer Omnibusunternehmen e.V. (NWO) und Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di	Manteltarifvertrag für die Arbeitnehmer des privaten Omnibusgewerbes des Landes Nordrhein-Westfalen vom 15. Dezember 2015 in der Fassung vom 9. November 2020
1.4	Verband Nordrhein-Westfälischer Omnibusunternehmen e.V. (NWO) und Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di	Lohntarifvertrag für die gewerblichen Arbeitnehmer des privaten Omnibusgewerbes des Landes Nordrhein-Westfalen vom 9. November 2020
1.5	Verband Nordrhein-Westfälischer Omnibusunternehmen e.V. (NWO) und Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di	Gehaltstarifvertrag für die kaufmännischen und technischen Angestellten sowie die Auszubildenden des privaten Omnibusgewerbes des Landes Nordrhein-Westfalen vom 9. November 2020

- 1.6 Verband Nordrhein-Westfälischer Omnibusunternehmen e.V. (NWO) und Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di Ergänzungstarifvertrag zu § 24 (7) Manteltarifvertrag für die Arbeitnehmer des privaten Omnibusgewerbes des Landes Nordrhein-Westfalen vom 15. Dezember 2015, § 6 (3) Lohnstarifvertrag für die gewerblichen Arbeitnehmer des privaten Omnibusgewerbes des Landes Nordrhein-Westfalen vom 15. Dezember 2015 und § 6 (3) Gehaltstarifvertrag für die kaufmännischen und technischen Angestellten des privaten Omnibusgewerbes des Landes Nordrhein-Westfalen vom 15. Dezember 2015 vom 4. Februar 2016
- 1.7 Verband Nordrhein-Westfälischer Omnibusunternehmen e.V. (NWO) und Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft - ver.di Zusatzvereinbarung vom 9. November 2020 zum Manteltarifvertrag für die Arbeitnehmer des privaten Omnibusgewerbes des Landes Nordrhein-Westfalen vom 15. Dezember 2015

2. Tarifvertragliche Regelungen im Bereich des öffentlichen Personenverkehrs auf der Schiene

- 2.1 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) Branchentarifvertrag für den Schienenpersonennahverkehr in Deutschland (Branchen TV SPNV) vom 14. Februar 2011, zuletzt geändert am 4. August 2015
- 2.2 Abellio GmbH, NETINERA Deutschland GmbH, BeNEX GmbH, Hessische Landesbahn GmbH, Keolis Deutschland GmbH & Co. KG, Transdev GmbH (G6) und Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) Branchentarifvertrag für den Schienenpersonennahverkehr in Deutschland (Branchen TV SPNV) vom 14. Februar 2011, zuletzt geändert am 4. August 2015
- 2.3 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) Basistarifvertrag zu den Funktionsgruppenspezifischen Tarifverträgen und Funktionsspezifischen Tarifverträgen verschiedener Unternehmen des DB Konzerns (BasisTV) vom 17. September 2020 in der Fassung des Änderungstarifvertrages 1/2021 AGV MOVE EVG
- 2.4 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) Tarifvertrag für Nachwuchskräfte verschiedener Unternehmen im DB Konzern (NachwuchskräfteTV) vom 17. September 2020 in der Fassung des Änderungstarifvertrages 1/2021 AGV MOVE EVG vom 7. Oktober 2021

- 2.5 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) Funktionsgruppenspezifischer Tarifvertrag für Tätigkeiten der Funktionsgruppe 1 - Anlagen- und Fahrzeuginstandhaltung - verschiedener Unternehmen des DB Konzerns (FGr 1-TV) vom 17. September 2020 in der Fassung des Änderungstarifvertrages 1/2021 AGV MOVE EVG vom 7. Oktober 2021
- 2.6 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) Funktionsgruppenspezifischer Tarifvertrag für Tätigkeiten der Funktionsgruppe 2 - Zugbildung/-bereitstellung, Verkehrliche Aufgaben SGV - verschiedener Unternehmen des DB Konzerns (FGr 2-TV) vom 17. September 2020 in der Fassung des Änderungstarifvertrages 1/2021 AGV MOVE EVG vom 7. Oktober 2021
- 2.7 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) Funktionsgruppenspezifischer Tarifvertrag für Tätigkeiten der Funktionsgruppe 3 - Bahnbetrieb und Netze - verschiedener Unternehmen des DB Konzerns (FGr 3-TV) vom 17. September 2020 in der Fassung des Änderungstarifvertrages 1/2021 AGV MOVE EVG vom 7. Oktober 2021
- 2.8 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) Funktionsgruppenspezifischer Tarifvertrag für Tätigkeiten der Funktionsgruppe 4 - Lokfahrdienst - verschiedener Unternehmen des DB Konzerns (FGr 4-TV) vom 17. September 2020 in der Fassung des Änderungstarifvertrages 1/2021 AGV MOVE EVG vom 7. Oktober 2021
- 2.9 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) Funktionsgruppenspezifischer Tarifvertrag für Tätigkeiten der Funktionsgruppe 5 - Bahnservice und Vertrieb - verschiedener Unternehmen des DB Konzerns (FGr 5-TV) vom 17. September 2020 geändert durch ZusatzTV für die Tätigkeiten Zugbegleitdienst und Bordservices im FGr 5-TV (ZusatzTV FGr 5-TV) vom 17. September 2020, zuletzt geändert durch Tarifvertrag 1/2021 AGV MOVE EVG zur Änderung von Tarifverträgen für Arbeitnehmer verschiedener Unternehmen des DB Konzerns vom 7. Oktober 2021
- 2.10 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) Funktionsgruppenspezifischer Tarifvertrag für Tätigkeiten der Funktionsgruppe 6 - Allgemeine Aufgaben - verschiedener Unternehmen des DB Konzerns (FGr 6-TV) vom 17. September 2020 in der Fassung des Änderungstarifvertrages 1/2021 AGV MOVE EVG vom 7. Oktober 2021

- 2.11 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Tarifgemeinschaft TRANSNET/GDBA (TG) [heute: Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG)] Tarifvertrag über die betriebliche Zusatzversorgung für die Arbeitnehmer der DB AG (ZVersTV) vom 21. Dezember 1994, zuletzt geändert am 11. April 2006, in der Fassung des Änderungstarifvertrages ZVersTV 2021 AGV MOVE EVG vom 7. Oktober 2021
- 2.12 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) Grundsatzregelung zur gemeinsamen Gestaltung der Personal-, Sozial- und Tarifpolitik in den Unternehmen des DB Konzerns (DemografieTV) vom 17. September 2020 in der Fassung des Änderungstarifvertrages 1/2021 AGV MOVE EVG vom 7. Oktober 2021
- 2.13 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Eisenbahn- und Verkehrsgewerkschaft (EVG) Tarifvertrag zu Grundsätzen der betrieblichen Altersvorsorge für die Arbeitnehmer verschiedener Unternehmen des DB Konzerns (bAV-TV EVG) vom 17. September 2020 in der Fassung des Änderungstarifvertrages 1/2021 AGV MOVE EVG vom 7. Oktober 2021
- 2.14 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer (GDL) Bundesrahmentarifvertrag für das Zugpersonal (BuRa-ZugTV AGV MOVE) vom 24. Februar 2022
- 2.15 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer (GDL) Tarifvertrag für Lokomotivführer von Schienenverkehrsunternehmen des AGV MOVE (LfTV) vom 24. Februar 2022
- 2.16 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer (GDL) Tarifvertrag für Zugbegleiter und Bordgastronomen von Schienenverkehrsunternehmen (ZubTV) vom 24. Februar 2022
- 2.17 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer (GDL) Tarifvertrag für Lokrangierführer von Schienenverkehrsunternehmen des AGV MOVE (Lrf-TV) vom 24. Februar 2022
- 2.18 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer (GDL) Tarifvertrag für Disponenten von Schienenverkehrsunternehmen des AGV MOVE (DispoTV) vom 24. Februar 2022

- 2.19 Arbeitgeber- und Wirtschaftsverband der Mobilitäts- und Verkehrsdienstleister e.V. (AGV MOVE) und Gewerkschaft Deutscher Lokomotivführer (GDL) Tarifvertrag für Nachwuchskräfte verschiedener Unternehmen im DB Konzern (NachwuchskräfteTV GDL) vom 24. Februar 2022

Die Lesefassungen der Tarifverträge finden sich unter:

<https://www.tarifregister.nrw.de/tarifinformationen/Repraesentative-Tarifvertraege-im-OePNV>

Einzelpreis dieser Nummer 7,75 Euro

zuzügl. Porto- und Versandkosten

Bestellungen, Anfragen usw. sind an den A. Bagel Verlag zu richten. Anschrift und Telefonnummer wie folgt für

Abonnementsbestellungen: Grafenberger Allee 82, Fax (02 11) 96 82/2 29, Tel. (02 11) 96 82/2 38 (8.00–12.30 Uhr), 40237 Düsseldorf

Bezugspreis halbjährlich 38,50 Euro (Kalenderhalbjahr). Jahresbezug 77,- Euro (Kalenderjahr), zahlbar im Voraus. Abbestellungen für Kalenderhalbjahresbezug müssen bis zum 30. 4. bzw. 31. 10., für Kalenderjahresbezug bis zum 31. 10. eines jeden Jahres beim A. Bagel Verlag vorliegen.

Reklamationen über nicht erfolgte Lieferungen aus dem Abonnement werden nur innerhalb einer Frist von vier Wochen nach Erscheinen anerkannt.

In den Bezugs- und Einzelpreisen ist keine Umsatzsteuer i. S. d. § 14 UStG enthalten.**Einzelbestellungen:** Grafenberger Allee 82, Fax (02 11) 96 82/2 29, Tel. (02 11) 96 82/2 41, 40237 Düsseldorf

Von Vorabesendungen des Rechnungsbetrages – in welcher Form auch immer – bitten wir abzusehen. Die Lieferungen erfolgen nur auf Grund schriftlicher Bestellung gegen Rechnung. Es wird dringend empfohlen, Nachbestellungen des Gesetz- und Verordnungsblattes für das Land Nordrhein-Westfalen möglichst innerhalb eines Vierteljahres nach Erscheinen der jeweiligen Nummer beim A. Bagel Verlag vorzunehmen, um späteren Lieferschwierigkeiten vorzubeugen. Wenn nicht innerhalb von vier Wochen eine Lieferung erfolgt, gilt die Nummer als vergriffen. Eine besondere Benachrichtigung ergeht nicht.

Herausgeber: Im Namen der Landesregierung, das Ministerium des Innern NRW, Friedrichstr. 62–80, 40217 Düsseldorf.

Herstellung und Vertrieb im Namen und für Rechnung des Herausgebers: A. Bagel Verlag, Grafenberger Allee 82, 40237 Düsseldorf

Druck: TSB Tiefdruck Schwann-Bagel, Düsseldorf und Mönchengladbach

ISSN 0177-5359