

Gesetzes- u. Verordnungsblatt

der
Evangelischen Landeskirche in Baden

Ausgegeben

Karlsruhe, den 26. Februar

1971

Inhalt:

	Seite
Verordnung:	
Vierte Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen	17
Beihilfenverordnung — BV —	18

Vierte Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen

Vom 28. Oktober 1970

Aufgrund von § 3 Abs. 1 des kirchlichen Gesetzes über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen vom 27. November 1959 (VBl. 1960 S. 9) wird folgendes verordnet:

§ 1

Die durch die Verordnung des Finanzministeriums Baden-Württemberg über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfenverordnung — BV —) vom 24. August 1970 (Gesetzblatt Baden-Württemberg S. 436) bewirkten Änderungen der Beihilfenvorschriften des Landes Baden-Württemberg werden rückwirkend zum 1. September 1970 sinngemäß in das Beihilferecht der Landeskirche eingeführt*).

§ 2

Diese Verordnung tritt mit der Verkündung in Kraft.

Karlsruhe, den 28. Oktober 1970

Der Landeskirchenrat
Heidland

*) Die landeskirchliche Neufassung der staatlichen Beihilfenverordnung mit den für Angestellte und Arbeiter geltenden Sonderbestimmungen und den Hinweisen zur Durchführung wird nachstehend bekanntgegeben.

Die den *Tarifverträgen* vom 26. 5. 1964 (GABl. S. 528 und 474) — TV — über die Gewährung von Beihilfen an Angestellte, Arbeiter, Lehrlinge und Anlernlinge und dem Manteltarifvertrag für die staatlichen Forstbetriebe vom 16. 7. 1970 — MTV — entnommenen Bestimmungen sind durch *Kursivschrift*, die Hinweise des Finanzministeriums Baden-Württemberg vom 24. 8. 1970 (GABl. S. 545) zur Durchführung der BV durch Kleindruck und die landeskirchlichen Sonderbestimmungen und Hinweise durch ein Sternchen (*) kenntlich gemacht.

Beihilfenverordnung - BV -

Landeskirchliche Fassung vom 28. 10. 1970

§ 1

Beihilfeberechtigte Personen

(1) In Krankheits-, Geburts- und Todesfällen werden Beihilfen gewährt:

1. Beamten ...
 2. Ruhestandsbeamten ... sowie früheren Beamten ..., die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden sind,
 3. Witwen, Witvern und Kindern der unter Nummer 1 und 2 bezeichneten Personen,
 4. Dienstanfängern (§ 20 LBG), solange sie Dienstbezüge, Unterhaltszuschuß, Unterhaltsbeihilfe, Ruhegehalt ..., Witwengeld, Witwergeld, Vollwaisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten.
- *(1a) Zu den beihilfeberechtigten Personen gehören ferner
5. Pfarrer im Sinne von § 1 PfbG (VBl. 1963 S. 29), Pfarrer im Ruhestand, Pfarrer im Wartestand,
 6. Pfarrdiakone, Pfarrdiakone im Ruhestand, Pfarrdiakone im Wartestand,
 7. Witwen und Kinder der unter Nummer 5 und 6 bezeichneten Personen,
 8. *Angestellte, Arbeiter, Lehrlinge und Anlernlinge* im Rahmen der tarifvertraglichen Bestimmungen, solange sie laufende Bezüge aus landeskirchlichen Mitteln erhalten.
 9. die zum Dienst in diakonischen Anstalten, Werken und Einrichtungen im Bereich der Landeskirche abgeordneten Pfarrer (§ 104 Abs. 2 Pfarrerdienstgesetz, VBl. 1962 S. 21).

1. Wird ein Beihilfeberechtigter zum Grundwehrdienst oder zu Wehrrübungen einberufen, entfällt von diesem Zeitpunkt an die Beihilfeberechtigung, solange er ohne Dienstbezüge oder Unterhaltszuschuß beurlaubt ist.

2. Die schuldlos geschiedene Ehefrau eines Beamten oder Ruhestandsbeamten gehört nicht zum beihilfeberechtigten Personenkreis und kann keine Beihilfen erhalten, auch wenn sie einen Unterhaltsbeitrag bezieht.

2. Die schuldlos geschiedene Ehefrau eines Beamten (z. B. Empfänger von Unterhaltsbeiträgen, die im Gnadenweg oder durch Disziplinarurteil bewilligt worden sind), kann eine Unterstützung nach den Unterstützungsgrundsätzen in Betracht kommen.

4. *Von den Waldarbeitern sind nur die Stamarbeiter und die Auszubildenden beihilfeberechtigt (§ 25 Abs. 1 MTV).*

Stamarbeiter sind Waldarbeiter, die in den drei vorangegangenen Forstwirtschaftsjahren im Arbeitsverhältnis zum Forstbetrieb gestanden und insgesamt mindestens 720 Tariftage erreicht haben.

Der Auszubildende, der nach erfolgreich abgelegter Abschlußprüfung aus dem Ausbildungsverhältnis in das Arbeitsverhältnis bei demselben Arbeitgeber übernommen wird, erwirbt mit der Übernahme in das Arbeitsverhältnis die Stamarbeitereigenschaft.

Die Eigenschaft als Stamarbeiter geht verloren, wenn der Waldarbeiter in den drei vorangegangenen Forstwirtschaftsjahren weniger als insgesamt 720 Tariftage erreicht hat.

Dauert eine winterliche Arbeitsunterbrechung (§ 29 Abs. 3 MTV) länger als 30 Kalendertage, gelten die vom 31. Tag der Arbeitsunterbrechung an ausfallenden Arbeitstage als Tariftage im Sinne der Sätze 2 und 4. Mehrere Arbeitsunterbrechungen in einem Winter werden zusammengerechnet (§ 2 Abs. 2 MTV in der ab 1. 10. 1970 geltenden Fassung).

An die Stelle der Zahl 720 tritt für das Forstwirtschaftsjahr 1971 die Zahl 600, für das Forstwirtschaftsjahr 1972 die Zahl 640 und für das Forstwirtschaftsjahr 1973 die Zahl 680 (§ 36 Abs. 1 MTV).

5. *Beihilfen werden auch gewährt an*

a) *Angestellte, Arbeiter, Lehrlinge und Anlernlinge, die über die Bezugszeit der tariflichen Krankenbezüge hinaus arbeitsunfähig sind,*

b) *an weibliche Angestellte, Arbeiterinnen, weibliche Lehrlinge und Anlernlinge für die Bezugszeit von Wochengeld nach § 13 des Mutterschutzgesetzes,*

solange das Arbeitsverhältnis fortbesteht (§ 2 Abs. 1 TV, § 25 Abs. 2 MTV).

*6. Soweit im folgenden von Beamten die Rede ist, gilt dies sinngemäß auch für Pfarrer und Pfarrdiakone.

(2) Beim Tode eines Beihilfeberechtigten erhalten der hinterbliebene Ehegatte oder die Kinder des verstorbenen Beihilfeberechtigten Beihilfen zu den beihilfefähigen Aufwendungen, die bis zum Tod und aus Anlaß seines Todes entstanden sind. Sind Hinterbliebene nach Satz 1 nicht vorhanden, so können Beihilfen zu den in Satz 1 bezeichneten Aufwendungen auch an andere Personen gewährt werden, soweit sie durch diese Aufwendungen belastet sind. Empfangsberechtigt ist derjenige, der die Originalbelege vorlegt.

1. Kinder im Sinne dieser Vorschrift sind:

1. eheliche Kinder,
2. für ehelich erklärte Kinder,
3. an Kindes Statt angenommene Kinder,
4. nichteheliche Kinder,
5. Stiefkinder, die eheliche Kinder des vorverstorbenen Beamten oder Ruhestandsbeamten waren.

2. Eine Belastung liegt nur vor, soweit das Sterbegeld und der Nachlaß des Verstorbenen nicht ausreichen, die durch die letzte Krankheit und das Ableben entstandenen gesamten Aufwendungen zu bestreiten. Die Beihilfe ist aus den gesamten beihilfefähigen Aufwendungen zu berechnen, darf aber den Unterschiedsbetrag zwischen den gesamten Aufwendungen und dem Nachlaß zuzüglich Sterbegeld nicht überschreiten.

(3) Versorgungsempfänger mit mehreren *kirchlichen Ansprüchen auf Versorgungsbezüge erhalten Beihilfen nur von der Stelle, die für die Regelung der Versorgungsbezüge aus dem letzten Dienstverhältnis zuständig ist.

*3a) Soweit ein Beihilfeanspruch gegenüber einem nichtkirchlichen Dienstherrn oder Arbeitgeber

besteht, der die Beihilfavorschriften des öffentlichen Dienstes anwendet, entfällt eine Beihilfe der Landeskirche.

(4) Beihilfen werden nicht gewährt:

1. Beamten . . .
 - a) wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, daß sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt oder Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sind,
 - b) wenn ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt;
 2. Versorgungsempfängern (Absatz 1 Nr. 2 und 3)
 - a) für die Dauer einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst, die zum Bezug von Beihilfen berechtigt,
 - b) wenn vor Beendigung der aktiven Dienstzeit wegen Nummer 1 keine Beihilfeberechtigung bestand;
 3. Halbwaisen, wenn der lebende Elternteil beihilfeberechtigt ist und Kinderzuschlag für die Waise erhält.
 1. Bei Nummer 1 Buchstabe b ist die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit im Zeitpunkt der Entstehung der Aufwendungen maßgebend (§ 3 Abs. 5 Satz 2). Bei Lehrkräften an Schulen tritt an die Stelle der regelmäßigen Arbeitszeit die Pflichtstundenzahl.
 - *2. Als öffentlicher Dienst gilt auch kirchlicher Dienst im Sinne von § 53 PfBG (VBl. 1963 S. 29).
- (5) Den zu einem Dienstherrn im Geltungsbereich dieser Verordnung abgeordneten Beamten . . . werden Beihilfen nach diesen Vorschriften gewährt; Vereinbarungen der beteiligten Dienstherrn über einen Ausgleich der gewährten Leistungen bleiben unberührt.

§ 2

Beihilfefälle

- (1) Beihilfefähig sind Aufwendungen, die erwachsen
1. in Krankheitsfällen und für Schutzimpfungen
 - a) für den Beihilfeberechtigten selbst,
 - b) für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten des Beihilfeberechtigten,
 - c) für die in Absatz 2 bezeichneten Kinder;
 2. in Geburtsfällen
 - a) einer Beihilfeberechtigten,
 - b) der nicht selbst beihilfeberechtigten Ehefrau des Beihilfeberechtigten,
 - c) anlässlich der Geburt eines nichtehelichen Kindes eines männlichen Beihilfeberechtigten, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 2 erfüllt sind;
 3. im Todesfalle
 - a) eines Beihilfeberechtigten,
 - b) seines nicht selbst beihilfeberechtigt gewesenen Ehegatten,
 - c) eines in Absatz 2 bezeichneten Kindes; bei Totgeburten, wenn dem Beihilfeberechtigten

der Kinderzuschlag im Falle der Lebendgeburt hätte gewährt werden können.

(2) Aufwendungen nach Absatz 1 Nr. 1 Buchst. c) und Nr. 3 Buchst. c) werden nur für nicht selbst beihilfeberechtigte Kinder berücksichtigt, für die der Beihilfeberechtigte einen Kinderzuschlag bezieht. Bezieht der Beihilfeberechtigte den Kinderzuschlag zur Hälfte, so werden Beihilfen zu den Aufwendungen für das Kind nur dem Kinderzuschlagsberechtigten gewährt, der zuerst die Originalbelege über die Aufwendungen vorlegt.

1. Zu Absatz 1 und 2

Der Ehegatte (Ehemann oder Ehefrau) und die Kinder sind nicht selbst beihilfeberechtigt im Sinne von Absatz 1 und 2, wenn sie nicht zum Personenkreis des § 1 Abs. 1 oder ähnlicher Bestimmungen anderer öffentlicher sowie privater Dienstherrn gehören oder wenn ihnen nicht als Angestellte, Arbeiter, Lehrlinge oder Anlernlinge aus einem öffentlichen oder privaten Dienst- oder Arbeitsverhältnis Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen gewährt werden. Der selbst beihilfeberechtigte Ehegatte und die selbst beihilfeberechtigten Kinder eines Beihilfeberechtigten müssen ihre Aufwendungen in einem eigenen Beihilfeantrag bei ihrer zuständigen Festsetzungsstelle geltend machen.

2. Zu Absatz 2

Bezieht der Beihilfeberechtigte den Kinderzuschlag nur zur Hälfte, so hat er in dem Beihilfeantrag zu erklären, daß der andere Kinderzuschlagsberechtigte zu den Kosten des Beihilfefalles keine Beihilfe beantragt. Wird für Kinder eine Unterhaltsrente gezahlt, kann im Einzelfall eine Prüfung notwendig sein, ob die Aufwendungen tatsächlich dem Beihilfeberechtigten erwachsen sind.

3. Aufwendungen für nicht selbst beihilfeberechtigte Kinder sind auch dann beihilfefähig, wenn der Beihilfeberechtigte für ein kinderzuschlagsberechtigendes Kind nur deshalb keinen Kinderzuschlag erhält, weil Kindergeld nach dem Bundeskindergeldgesetz zusteht (§ 2 Abs. 2 TV).

4. Waldarbeitern werden Beihilfen auch gewährt in Krankheits- und Todesfällen von Kindern, die auf der Lohnsteuerkarte eingetragen sind. Diese Kinder werden auch bei der Bemessung der Beihilfen berücksichtigt (§ 25 Abs. 3 MTV).

§ 3

Beihilfefähige Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang. Über die Notwendigkeit und Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle. Im Zweifel kann die Festsetzungsstelle ein Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.

1. Mehraufwendungen für die Inanspruchnahme einer ersten ärztlichen Fachkraft ohne zwingenden Anlaß sind nicht beihilfefähig.

*2. Als Vertrauensarzt gilt nur ein vom Ev. Oberkirchenrat hierzu beauftragter Arzt.

(2) Sachleistungen (ärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung, Heilmittel usw.) einer gesetzlichen Krankenkasse, Ersatzkasse oder Rentenversicherung und Ordnungsblattgebühren sind nicht beihilfefähig. Als Sachleistung gilt auch eine Geldleistung, die anstelle einer Sachleistung gewährt wird, wenn sie die entstandenen Aufwendungen —

gegebenenfalls unter Abzug des Mengenrabatts der Krankenkasse, der Verordnungsblattgebühren und dergleichen — deckt (Sachleistungssurrogat).

1. Unter dem Oberbegriff Krankenkasse sind nachfolgend die Begriffe gesetzliche Krankenkasse und Ersatzkasse zusammengefaßt.
2. Eine Sachleistung i. S. dieser Verordnung liegt vor, wenn die Krankenkasse oder die Rentenversicherung unter Ausschaltung des Mitglieds unmittelbar mit den Verrechnungsstellen, Krankenhäusern, Ärzten, Apotheken usw. abrechnen; dem Versicherten entstehen, abgesehen von Verordnungsblattgebühren (§ 182a RVO), keine Kosten. Ein Sachleistungssurrogat ist nicht gegeben, wenn lediglich ein Zuschuß geleistet wurde und dem Versicherten Aufwendungen erwachsen sind.
3. Bei Prüfung der Frage, ob ein Sachleistungssurrogat vorliegt, sind die einzelnen Krankheitsaufwendungen jeweils getrennt zu betrachten. Beispiel: Läßt sich ein in einer Krankenkasse freiwillig Versicherter als Selbstzahler in die 3. Pflegeklasse einer Krankenanstalt aufnehmen, so sind die Kosten für Unterkunft, Pflege und Verpflegung nicht beihilfefähig, während in der Regel für gesondert in Rechnung gestellte Arzthonorare Beihilfe zu gewähren ist.
4. Da Versicherten von der Krankenkasse bei Heilbehandlung durch Heilpraktiker, durch nicht von der Kasse zugelassene Ärzte und für die stationäre Behandlung in einer höheren als der 3. Pflegeklasse keine Sachleistung gewährt wird, ist zu diesen Aufwendungen auch bei pflichtversicherten Familienangehörigen, die außerhalb des öffentlichen Dienstes tätig sind, und bei pflichtversicherten Versorgungsempfängern im Rahmen der BV eine Beihilfe zu gewähren. Ein Zuschuß ist nach Absatz 3 Satz 1 abzusetzen.
5. *Pflichtversicherte* Beihilfeberechtigte und deren Angehörige, für die der Dienstherr bereits durch seine Versicherungsbeiträge Leistungen erbracht hat, sind ausschließlich auf die ihnen zustehenden Sachleistungen der Krankenkasse oder Rentenversicherung angewiesen. Aufwendungen, die dadurch entstanden sind, daß der Pflichtversicherte oder seine Angehörigen diese Sachleistungen seiner Krankenkasse nicht in Anspruch nimmt, etwa auch dadurch, daß er eine nicht kassenübliche Behandlung wählt, oder sich an Stelle einer möglichen Sachleistung eine Barleistung gewähren läßt, sind nicht beihilfefähig. Lediglich in den Fällen, in denen die Krankenversicherungsträger nur einen Zuschuß leisten, sind die geltend gemachten Aufwendungen im Rahmen der BV beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen werden um den Zuschuß gekürzt (§ 3 Abs. 1 TV Angest., § 4 Abs. 1 TV Arb., § 25 Abs. 4 MTV).

Für Aufwendungen von Angehörigen, die nicht mitversichert sind, kann der pflichtversicherte Beihilfeberechtigte nur insoweit Beihilfen erhalten, als er für diese Aufwendungen im Falle der Mitversicherung Beihilfen hätte erhalten können.

6. Insbesondere für stationäre Krankenhausbehandlung sowie für die Beschaffung von Brillen und Bruchbändern steht den Pflichtversicherten nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO als Leistung der Krankenkasse eine Sachleistung im Sinne von § 3 Abs. 2 BV und § 3 Abs. 1 bzw. § 4 Abs. 1 der Tarifverträge zu. Die Gewährung von Beihilfen ist somit in diesen Fällen nicht zulässig.

(3) In Fällen, in denen einer Person auf Grund gesetzlicher oder anderer Vorschriften Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung zusteht, sind Aufwendungen im Rahmen dieser Verordnung nur

insoweit beihilfefähig, als sie über die zustehenden Leistungen hinausgehen. Das gilt nicht für Leistungen einer gesetzlichen Krankenkasse, einer Ersatzkasse oder einer Rentenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

1. Satz 1 gilt nicht nur hinsichtlich des Beihilfeberechtigten selbst, sondern auch hinsichtlich seiner berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen. Beispiel: Aufwendungen für den nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten und für berücksichtigungsfähige Kinder, die in einer Krankenkasse pflichtversichert sind, sind nur insoweit beihilfefähig, als sie über den Betrag hinausgehen, den die Krankenkasse geleistet hat oder zu leisten gehabt hätte, wenn der gegenüber der Krankenkasse zustehende Anspruch geltend gemacht worden wäre. Hätte die Krankenkasse, falls sie in Anspruch genommen worden wäre, eine Sachleistung gewährt, so ist kein beihilfefähiger Betrag gegeben.
2. Satz 1 findet auch Anwendung, wenn eine dritte Person auf Grund von Bestimmungen des bürgerlichen Rechts verpflichtet ist, die beihilfefähigen Aufwendungen zu erstatten, z. B. auf Grund eines Schadenersatzanspruches.
3. Aufwendungen, die vor dem Wechsel von einer Pflichtversicherung zur freiwilligen Versicherung entstanden sind, müssen nach Satz 1 behandelt werden.
4. Für das Verhältnis der Beihilfe zu der Sozialhilfe gilt folgendes: Eine etwa gewährte Sozialhilfe ist nicht nach Satz 1 abzusetzen ... Ein vom Landeswohlfahrtsverband auf sich übergeleiteter Anspruch, z. B. aus einer privaten Krankenversicherung, ist als beihilfefähige Eigenleistung anzusehen und nicht nach Absatz 3 Satz 1 abzusetzen. Auf Abschnitt V des Rundschreibens des Finanzministeriums vom 29. Dezember 1967 (GABl. 1968 S. 47) wird hingewiesen.
5. Leisten Rentenversicherungsträger auf Grund bestehender Versicherungspflicht Zuschüsse zu den geltend gemachten Aufwendungen (z. B. zu orthopädischen Hilfsmitteln, Kieferregulierungen und Zahnersatz), so sind diese Zuschüsse grundsätzlich nach Satz 1 anzurechnen. Bei freiwilliger Versicherung in einer Krankenkasse kann in den Fällen, in denen sich die satzungsgemäßen Leistungen der Krankenkasse infolge des Zuschusses mindern, von einer Anrechnung ganz oder teilweise, möglichst in Höhe der Minderung der Krankenkassenleistung, abgesehen werden.

(4) Werden Leistungen, die auf Grund von § 10 Abs. 2 und 4 des Bundesversorgungsgesetzes oder auf Grund von § 165 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung zustehen, nicht in Anspruch genommen, sind die Aufwendungen im Rahmen dieser Vorschriften in vollem Umfang beihilfefähig. Entsprechendes gilt für berücksichtigungsfähige Kinder eines krankenversicherungsfreien Beihilfeberechtigten, dessen Ehegatte in einer gesetzlichen Krankenkasse oder in einer Ersatzkasse krankenpflichtversichert ist.

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

1. in dem der Beihilfeberechtigte noch nicht oder nicht mehr bei seinem Dienstherrn oder Träger der Versorgungslast beihilfeberechtigt war oder ohne Genehmigung schuldhaft dem Dienst ferngeblieben war,
2. in dem die betreffende Person nicht nach § 2 berücksichtigungsfähig war.

Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie verursachenden Umstän-

de eingetreten sind, z. B. der Zeitpunkt der Behandlung durch den Arzt, des Einkaufs von Arzneien, der Lieferung eines Hilfsmittels.

Eine Beihilfe ist auch noch nach dem Ausscheiden aus dem Kreis der Beihilfeberechtigten zu gewähren, wenn es sich um Aufwendungen handelt, die vor dem Ausscheiden entstanden sind.

(6) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen eines Versorgungsempfängers (§ 1 Abs. 1 Nr. 2 und 3), der außerhalb des öffentlichen Dienstes beruflich tätig ist, und des berufstätigen Ehegatten eines Beihilfeberechtigten (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b), wenn der Krankheitsfall überwiegend in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Berufstätigkeit steht.

(7) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen, soweit nicht nach dieser Verordnung Ausnahmen ausdrücklich zugelassen sind. Nahe Angehörige sind der Ehegatte, Kinder, Eltern, Großeltern und Geschwister des Behandelten. Unkosten des Angehörigen sind im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig.

Kinder im Sinne dieser Vorschrift sind die in Nummer 1 bis 4 des Hinweises 1 zu § 1 Abs. 2 Genannten.

§ 4

Beihilfefähige Aufwendungen in Krankheitsfällen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für

1. ärztliche Untersuchung, Beratung und Verrichtung sowie Begutachtung bei Durchführung dieser Verordnung durch einen Arzt, Zahnarzt oder eine andere Person, die nach dem Heilpraktikergesetz vom 17. Februar 1939 (RGBl. I S. 251) zur Ausübung der Heilkunde oder nach dem Gesetz vom 31. März 1952 (BGBl. I S. 221) zur Ausübung der Zahnheilkunde berechtigt ist;

Maßnahmen nach Nummer 1 sind grundsätzlich nur im Zusammenhang mit Krankheitsfällen beihilfefähig (vgl. Überschrift). Deshalb können z. B. Kosten ärztlicher Atteste für eine Aufnahme in den Kindergarten, für Wechsel einer Krankenversicherung, zur Bescheinigung der Fahrtauglichkeit bei Führerscheinbewerbern, zur gesundheitlichen Eignung zur Übernahme in das Beamtenverhältnis nicht als beihilfefähig berücksichtigt werden. Soweit die Feststellung der Blutgruppe bei einer Erkrankung oder bei einer Entbindung erforderlich wird, sind die Kosten der Feststellung beihilfefähig. In anderen Fällen, z. B. bei Anlegung einer Unfallschutzkarte, sind die Kosten der Blutgruppenbestimmung nicht beihilfefähig.

2. Unterkunft, Pflege und Verpflegung in der dritten oder zweiten Pflegeklasse in inländischen öffentlichen oder freien gemeinnützigen sowie nach § 30 der Gewerbeordnung konzessionierten privaten Krankenanstalten, es sei denn, daß § 5 anzuwenden ist. Bei Unterbringung in einer konzessionierten privaten Krankenanstalt sind die Kosten für Unterkunft, Pflege und Verpflegung bis zu dem Betrag beihilfefähig, der am Ort der Unterbringung oder in nächster Umgebung in einer öffentlichen oder freien gemeinnützigen Krankenanstalt beihilfefähig wäre. Bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten sind die in Satz 1

und 2 genannten Kosten um 8 DM täglich zu kürzen;

1. Als Anstalten in der nächsten Umgebung sind diejenigen anzusehen, die für die Versorgung der Kranken des betreffenden Orts im allgemeinen in Betracht kommen.

2. Mehraufwendungen, die dadurch entstehen, daß eine höhere als die zweite Pflegeklasse in Anspruch genommen wird, sind nicht als notwendig anzuerkennen.

3. Nicht alleinstehend ist der Beihilfeberechtigte, der in seiner Wohnung einer anderen Person nicht nur vorübergehend Unterkunft und Unterhalt gewährt, weil er gesetzlich oder sittlich dazu verpflichtet ist.

3. erste Hilfe;

4. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige Berufspflegekraft. Die Kosten einer vom Arzt als geeignet erklärten Ersatzpflegekraft können unter derselben Voraussetzung als beihilfefähig anerkannt werden, jedoch höchstens bis zur Höhe der Kosten für eine Berufspflegekraft. Die Kosten für eine Pflege durch im Haushalt des Beihilfeberechtigten tätige Personen sind nicht beihilfefähig. Bei nahen Angehörigen, die wegen Ausübung der Pflege eine Erwerbstätigkeit aufgeben und dadurch einen Ausfall an Arbeitseinkommen erleiden, kann eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen als beihilfefähig berücksichtigt werden, höchstens jedoch die Kosten für eine Berufspflegekraft;

Ist eine Berufspflegekraft auf nicht absehbare Zeit notwendig, wäre aber die Unterbringung in einer Pflegeanstalt möglich und könnte Beihilfe nach § 5 gewährt werden, können durch die Berufspflegekraft entstehende Mehrkosten in der Regel nicht als notwendig und angemessen anerkannt werden. Der beihilfefähige Aufwand muß in diesem Fall auf die Anstaltskosten abzüglich der im Pflegesatz enthaltenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung begrenzt werden.

5. eine Familien- und Hauspflegekraft bis zum Betrag von 16 DM täglich, wenn die Weiterführung des Haushalts eines Beihilfeberechtigten während stationärer Unterbringung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 und § 5) des den Haushalt allein führenden Familienangehörigen oder des den Haushalt allein führenden Beihilfeberechtigten nicht möglich ist und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Gleiches gilt für die erste Woche nach Ende der stationären Unterbringung. Voraussetzung ist, daß im Haushalt mindestens ein dem schulpflichtigen Alter noch nicht entwachsenes Kind oder ein pflegebedürftiger Angehöriger lebt. Nummer 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspflegekraft solche Kinder oder pflegebedürftige Angehörige vorübergehend in einem Heim untergebracht, so sind die Kosten der Unterbringung bis zum Betrag von insgesamt 16 DM täglich beihilfefähig;

1. Bis wann ein Kind schulpflichtig ist, ergibt sich aus dem Gesetz zur Vereinheitlichung und Ordnung des Schulwesens (SchVOG) vom 5. Mai 1964 (GesBl. S. 235). Hiernach gliedert sich die allgemeine Schulpflicht in die Pflicht zum Besuch der

- Grundschule und einer weiterführenden Schule sowie die Pflicht zum Besuch einer Berufsschule. Da die Berufsschule nur teilzeitlichen Unterricht erteilt und der Berufsschulpflichtige bereits eine Tätigkeit ausübt, kann als „ein dem schulpflichtigen Alter noch nicht entwachsenen Kind“ nur ein Kind gelten, das die Pflicht zum Besuch der Grundschule und einer weiterführenden Schule noch nicht erfüllt hat.
2. Auch nach Beendigung der stationären Unterbringung sind die Kosten für eine Familien- und Hauspflegekraft nur dann beihilfefähig, wenn die Beschäftigung einer solchen Kraft notwendig ist (§ 3 Abs. 1).
 6. die bei ärztlichen Verrichtungen verbrauchten und die auf schriftliche ärztliche Verordnung beschafften Heilmittel, Verbandmittel und dergleichen;
 1. Aufwendungen für Stärkungsmittel, die nicht als Arzneimittel anzusehen sind, sind nicht beihilfefähig.
 2. Aufwendungen für Diätkost oder Säuglingsfrühnahrung sind nicht beihilfefähig, da es sich nicht um Heilmittel oder dergleichen handelt.
 3. Gegenstände des häuslichen Bedarfs und für die Krankenbehandlung notwendige Gebrauchsgegenstände (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen, Gummiunterlagen, Bestrahlungslampen usw.) gehören nicht zu den Heilmitteln oder dergleichen. Aufwendungen hierfür sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn diese Gegenstände vom Arzt schriftlich verordnet worden sind.
 7. eine vom Arzt schriftlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe;
 8. eine vom Arzt schriftlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder, Massagen, Krankengymnastik, Bestrahlungen und heilpädagogische Behandlungen. Bei einer heilpädagogischen Behandlung sind auch notwendige Aufwendungen für Verpflegung bis zu 5 DM, für Unterkunft und Verpflegung insgesamt bis zu 10 DM täglich beihilfefähig. Überwiegend pädagogische Maßnahmen sind nicht beihilfefähig;

Wegen der Aufwendungen für Gebrauchsgegenstände zur Durchführung einer Heilbehandlung wird auf den Hinweis 3 zu Absatz 1 Nr. 6, wegen der Aufwendungen für Hilfsmittel auf Absatz 1 Nr. 9 und die Hinweise dazu verwiesen.

9. Beschaffung, Unterhaltung (ohne die Aufwendungen für den Betrieb) und Ersatz der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, wenn sie in dem als Anlage beigefügten Verzeichnis der beihilfefähigen Hilfsmittel genannt sind, sowie vom Arzt schriftlich verordnete Körperersatzstücke. Mietgebühren für die Hilfsmittel sind höchstens bis zum Betrag der Anschaffungskosten beihilfefähig, sofern sich durch die Miete eine Anschaffung erübrigt. Werden Sehhilfen ohne ärztliche Verordnung vom Optiker angepaßt, so sind für das Brillengestell höchstens 50 DM und für jedes Brillenglas höchstens 30 DM beihilfefähig.

In besonderen Fällen kann das Finanzministerium auch ein Hilfsmittel für beihilfefähig erklären, das noch nicht im Hilfsmittelverzeichnis enthalten ist, wenn durch ärztliche Gutachten nachgewiesen ist, daß das Hilfsmittel für die Behandlung unbedingt notwendig ist;

1. Beihilfefähig sind nur die Kosten für die durchschnittliche Ausführung eines Hilfsmittels. Darüber hinausgehende Kosten bleiben außer Betracht.
2. Die Aufwendungen für die Unterhaltung eines vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittels können in angemessenem Umfang auch ohne besondere ärztliche Verordnung als beihilfefähig berücksichtigt werden. Das gleiche gilt auch für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels in der bisherigen Ausführung.
3. Aufwendungen für ein Brillengestell können nur dann als notwendig anerkannt werden, wenn die letzte Beihilfe zu einer solchen Aufwendung mindestens 3 Jahre zurückliegt oder das vorhandene Brillengestell nicht mehr brauchbar ist.

Anlage

(zu § 4 Abs. 1 Nr. 9 BV)

Verzeichnis der beihilfefähigen Hilfsmittel

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für folgende Hilfsmittel (ohne die Aufwendungen für den Betrieb):

1. Hörapparate bis zum Höchstbetrag von 700 DM, bei binauraler Versorgung bis zum Höchstbetrag von 1200 DM,
2. Sehhilfen, Brillengestelle jedoch nur bis zum Höchstbetrag von 50 DM,
3. orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 40 DM übersteigen,
4. Fußeinlagen,
5. Stützapparate,
6. Bruchbänder,
7. Leibbinden, Krampfaderbinden u. ä.,
8. Gummistrümpfe,
9. Perücken bis zum Höchstbetrag von 500 DM,
10. Blindenführhunde einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb,
11. Blindenstöcke, Krücken, Stockstützen und Krückenstöcke,
12. Krankenfahrstühle bis zum Höchstbetrag von 1000 DM,
13. Krankenheber,
14. Injektionsspritzen und -nadeln zur Selbstinjektion bei Zuckerkrankheit,
15. Spastikerstühle bis zum Höchstbetrag von 1000 DM,
16. Gipsbetten und Liegebretter (bei Erkrankung der Wirbelsäule),
17. Stumpfstrümpfe und Narbenschützer,
18. Elektronen-Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf) bis zum Höchstbetrag von 1000 DM,
19. Suspensorien, Urinfänger,
20. Dauerkatheter,
21. Wasser- und Luftkissen gegen Wundliegen,
22. Liegeschalen (Extensionsliegeschalen),
23. Hilgenreinerschienen,
24. Handhülsen,
25. elektrische Schrittmacher,

- 26. Trachealkanülen,
- 27. Ultraschallvernebler bei Mucoviszidose.

10. die Beförderung des Erkrankten und, falls erforderlich, einer Begleitperson sowie die Gepäckbeförderung. Besteht die Möglichkeit, öffentliche, regelmäßig verkehrende Beförderungsmittel zu benutzen, sind nur die Kosten dafür und nur die der niedrigsten Beförderungsklasse unter Berücksichtigung möglicher Fahrpreisermäßigungen beihilfefähig. Höhere Beförderungskosten dürfen nur insoweit berücksichtigt werden, als sie unvermeidbar waren, insbesondere, wenn der behandelnde Arzt bescheinigt, daß die anderweitige Beförderung wegen des Gesundheitszustandes des Erkrankten erforderlich war. Bei Behandlung am Ort des Erkrankten oder in der nächsten Umgebung sind die Kosten für die Benutzung öffentlicher, regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel nicht beihilfefähig.

Zu dem Begriff „nächste Umgebung“ gilt Satz 1 des Hinweises zu Absatz 1 Nr. 2 entsprechend.

(2) Das Finanzministerium kann Aufwendungen für eine Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode von der Beihilfefähigkeit ausschließen.

Von der Beihilfefähigkeit wird die Frischzellenbehandlung ausgeschlossen. Erscheint bei anderen Heilbehandlungen die Notwendigkeit und Angemessenheit der Aufwendungen zweifelhaft, so ist hierzu ein amtsärztliches Gutachten einzuholen.

§ 5

Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Anstaltsunterbringung

(1) Die Kosten einer dauernden Unterbringung körperlich oder geistig Kranker in Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten sind neben anderen beihilfefähigen Aufwendungen bis zum niedrigsten Satz einer in Betracht kommenden öffentlichen oder freien gemeinnützigen Anstalt am Ort der Unterbringung oder in seiner Umgebung insoweit beihilfefähig, als sie monatlich folgende Beträge übersteigen:

- 1. bei Beihilfeberechtigten mit einem Angehörigen 120 DM,
bei Beihilfeberechtigten mit zwei oder drei Angehörigen 100 DM,
bei Beihilfeberechtigten mit mehr als drei Angehörigen 80 DM,
- 2. in anderen als den in Nummer 1 genannten Fällen bei geistiger Krankheit 80 vom Hundert, bei körperlicher Krankheit 60 vom Hundert der Dienst- oder Versorgungsbezüge.

Angehörige im Sinne des Satzes 1 sind der Ehegatte und die kinderzuschlagsberechtigenden Kinder. Sind der Beihilfeberechtigte und alle Angehörigen dauernd untergebracht, so ist die Summe aller berücksichtigungsfähigen Unterbringungskosten insoweit beihilfefähig, als die in Satz 1 Nr. 1 genannten Beträge überschritten werden.

- 1. Diese Bestimmung geht auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 7. Oktober 1965 — VIII C

63.63 (ZBR 1966 S. 123) zurück. Beihilfe wird gewährt, wenn die Unterbringung wegen einer Krankheit erfolgt. Als Krankheit gelten auch angeborene oder erworbene Körperschäden. Die Anstalten müssen die zur Pflege Kranker erforderlichen Einrichtungen und Pflegepersonen besitzen, private Anstalten sollen in der Regel nach § 30 der Gewerbeordnung konzessioniert sein (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 2).

- 2. Grundsätzlich ist bei Unterbringung in Altersheimen, Kinderheimen und Ausbildungsanstalten eine Beihilfe nicht möglich. Jedoch kann z. B. bei Unterbringung in größeren Pflegestationen von Altersheimen die Gewährung von Beihilfen in Frage kommen, wenn die notwendigen Einrichtungen, Gerätschaften und das entsprechende Fachpersonal vorhanden sind. Ähnliches gilt für Ausbildungsanstalten. Bei Heil- und Erziehungsinstituten für Kinder ist festzustellen, ob die Unterbringung überwiegend zum Zweck der ärztlichen Betreuung bzw. Krankenpflege und Verwahrung erfolgt. Stehen jedoch pädagogische — auch heilpädagogische — Maßnahmen im Vordergrund, so sind die Voraussetzungen des § 5 nicht gegeben.
- 3. Bei der Anwendung der Nummer 2 ist von den Bruttobezügen auszugehen. Anrechnungen von Renten auf die Versorgungsbezüge bleiben unberücksichtigt. Maßgebend ist der Betrag, der ohne die Anrechnung zahlbar wäre. In Fällen, in denen die beamtenrechtlichen Ruhensregelungen eintreten, ist die Summe der gezahlten Bezüge zugrunde zu legen.
- 4. Reicht die Beihilfe zusammen mit den Dienst- oder Versorgungsbezügen bei Berechnung nach Nummer 2 nicht aus, um die Kosten der Unterbringung zu decken, ist eine Erhöhung des Bemessungssatzes nach § 12 Abs. 6 Nr. 2 zu erwägen.

(2) Eine dauernde Unterbringung ist anzunehmen, wenn sie nach ärztlichem Zeugnis für eine nicht absehbare Zeit notwendig ist. Die Vorlage eines amts- oder vertrauensärztlichen Zeugnisses kann verlangt werden. Die Beihilfe nach Absatz 1 wird gewährt, sobald der Arzt das Zeugnis erteilt, bei geistiger Krankheit jedoch frühestens nach dreimonatiger, bei körperlicher Krankheit frühestens nach sechsmonatiger, nicht wesentlich unterbrochener Unterbringung. Sie wird für die Zeit seit Beginn der nicht wesentlich unterbrochenen Unterbringung gewährt, wenn für diese Zeit keine Beihilfe nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 gewährt werden kann.

- 1. Beihilfe wird nur dann von Anfang an auf der Grundlage von § 5 gewährt, wenn keine Beihilfe nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 zusteht. Das ist dann der Fall, wenn es sich um keine Krankenanstalt im Sinne des § 4 Abs. 1 Nr. 2 handelt. Wenn Beihilfe nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 gewährt werden kann, wird diese zunächst mindestens bis zur Dauer von 3 bzw. 6 Monaten geleistet. Nach Ablauf dieses Zeitraums ist die Beihilfe nur noch nach § 5 zu gewähren; sofern jedoch das Ende der Unterbringung in nächster Zeit zu erwarten ist, kann auch über diesen Zeitraum hinaus noch Beihilfe nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 gewährt werden.
- 2. Wenn eine dauernde Unterbringung zu vermuten ist (vgl. § 5 Abs. 2 Satz 3), ist das erforderliche ärztliche Zeugnis unverzüglich einzuholen.

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsaufenthalt

(1) Die in Absatz 2 Nr. 1 bis 4 genannten Kosten anlässlich eines Sanatoriumsaufenthalts sind nur dann beihilfefähig, wenn

- 1. ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten darüber vorgelegt wird, daß die Sanatoriumsbe-

handlung unbedingt notwendig ist und nicht durch stationäre Behandlung in einer anderen Krankenanstalt oder durch eine Heilkur mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar ist, und

2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.

In Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist, ist der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachzuholen.

(2) Beihilfefähig sind neben Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 6 bis 8 die Kosten für

1. die Kurtaxe und den ärztlichen Schlußbericht;
2. die Beförderung im Rahmen des § 4 Abs. 1 Nr. 10;
3. die Unterkunft, Pflege und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums; § 4 Abs. 1 Nr. 2 letzter Satz ist anzuwenden;
4. eine Pflegekraft nach § 4 Abs. 1 Nr. 5.

(3) Ein Sanatorium im Sinne dieser Vorschriften ist eine Krankenanstalt,

1. die eine besondere Heilbehandlung durchführt und die hierzu erforderlichen Einrichtungen und Pflegepersonen besitzt,
2. in der die Behandlung durch einen dafür vorgebildeten Arzt geregelt und überwacht wird und
3. die gemäß § 47 der Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 30. März 1935 (Reichsministerialblatt S. 327) der Aufsicht des zuständigen Gesundheitsamtes untersteht.

1. Für die Unterscheidung eines Sanatoriums von einer Krankenanstalt im Sinne des § 4 Abs. 1 Nr. 2 ist wesentliches Merkmal, daß es sich bei einem Sanatorium um eine Krankenanstalt handelt, die auf eine besondere Heilbehandlung spezialisiert ist. Im Zweifelsfall kann die Auskunft des Gesundheitsamts eingeholt werden.

2. Als Sanatorien können nur Krankenanstalten gelten, die neben den Voraussetzungen des Absatzes 3 Nr. 1 und 2 auch die der Nummer 3 erfüllen. Dies ist dann der Fall, wenn die Einrichtung in dem Verzeichnis der Krankenanstalten enthalten ist, das vom Statistischen Bundesamt herausgegeben wird und zu dem von den Statistischen Landesämtern für ihren Bereich jeweils auf den neuesten Stand ergänzte Verzeichnisse aufgestellt werden. Einrichtungen, die in diesem Verzeichnis und den Ergänzungen nicht enthalten sind (z. B. Erholungsheime, Kinderheime), sind keine Sanatorien im Sinne des § 6, auch wenn sie sich als Sanatorien bezeichnen.

3. Bei Sanatoriumsbehandlung aus Anlaß einer Tuberkuloseerkrankung, die von dem Träger der Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz gewährt wird, gilt die Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Festsetzungsstelle als erfolgt.

4. *Aufwendungen für Sanatoriumsaufenthalte und Heilkuren der in der gesetzlichen Krankenversicherung oder Rentenversicherung Versicherten, an deren Beiträgen der Arbeitgeber beteiligt ist, werden nur dann als beihilfefähig anerkannt, wenn die Versicherungsträger (d. h. sowohl die Krankenkasse als auch der Rentenversicherungsträger) die Bewilligung eines Heil- oder Kurverfahrens aus Gründen, die vom Antragsteller nicht zu vertreten sind, abgelehnt oder lediglich einen Zu-*

schuß zu den Kosten der Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur zugesagt haben und der Amts- oder Vertrauensarzt die Durchführung eines Sanatoriumsaufenthalts oder einer Heilkur als unaufschiebbar bezeichnet. Dies gilt bei Sanatoriumsaufenthalten auch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen (§ 3 Abs. 2 TV Ang., § 4 Abs. 2 TV Arb., § 25 Abs. 4 MTV).

Ist der Arbeitgeber nur an den Beiträgen zur Rentenversicherung beteiligt so ist nur der Bescheid des Rentenversicherungsträgers erforderlich.

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkuren

(1) Beamten . . . (§ 1 Abs. 1 Nr. 1) werden Beihilfen zu den in Absatz 3 Nr. 1 bis 3 genannten Kosten einer planmäßigen Heilkur unter ärztlicher Leitung in einem anerkannten Kurort nur dann gewährt, wenn

1. ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten darüber vorgelegt wird, daß die Heilkur als Heilmaßnahme zur Erhaltung der Dienstfähigkeit unbedingt notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlungsweise am Wohnort oder in nächster Umgebung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzbar ist,

2. bei Klimaheilkuren oder Kneippheilkuren die Heilkur in einem Ort durchgeführt wird, der in dem vom Bundesminister des Innern zu den Beihilfevorschriften des Bundes herausgegebenen Heilbäderverzeichnis enthalten ist, und

3. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur anerkannt hat.

1. Für die Frage, ob es sich um einen anerkannten Kurort handelt, kann der vom Deutschen Bäderverband e. V. in Bonn herausgegebene Deutsche Bäderkalender herangezogen werden.

2. Zu Aufwendungen für Heilkuren von Versorgungsempfängern und nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b und c berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen kann keine Beihilfe nach § 7 gewährt werden. Dies schließt aber nicht aus, Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 6 und 8 als beihilfefähig zu berücksichtigen. Das gleiche gilt für Aufwendungen dieser Art, die bei einem aktiven Bediensteten nach der anerkannten Kurzeit von höchstens 30 Kalendertagen noch entstehen.

*3. Für Pflichtversicherte gilt Hinweis 4 zu § 6 BV entsprechend.

(2) Beihilfen zu den Kosten einer Heilkur werden nicht gewährt,

1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist;

2. nach Stellung des Antrags auf Entlassung;

3. in den letzten zwölf Monaten vor Erreichen der Altersgrenze, es sei denn, daß es sich um die Folgen einer Dienstbeschädigung handelt;

4. solange der Beihilfeberechtigte aus straf- oder disziplinarrechtlichen Gründen vorläufig des Dienstes enthoben ist;

5. wenn die Versetzung in den Ruhestand oder die Entlassung unmittelbar bevorsteht.

Beihilfen für Nachkuren werden nicht gewährt.

Die Altersgrenze im Sinne von Nummer 3 ist der Zeitpunkt, zu dem der Beamte kraft Gesetzes in den Ruhestand tritt oder treten würde. Die Hinausschiebung des Eintritts in den Ruhestand (§ 45 LBG) hat hierauf keinen Einfluß.

* Vgl. § 84 Pfarrerdienstgesetz (VBl. 1963 S. 29).

(3) Beihilfefähig sind neben Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 6 und 8 die Kosten für

1. die Kurtaxe und den Schlußbericht des Kurarztes;
2. die Beförderung im Rahmen des § 4 Abs. 1 Nr. 10;
3. die Unterkunft und Verpflegung für höchstens 30 Kalendertage einschließlich der Reisetage bis zum Höchstbetrag von 21 DM täglich, wenn der Beihilfeberechtigte alleinstehend ist bis zum Höchstbetrag von 15 DM täglich; bei blinden Beihilfeberechtigten auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson bis zum Höchstbetrag von 15 DM täglich und die Kurtaxe für die Begleitperson.

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei bestimmten zahnärztlichen Sonderleistungen

(1) Aufwendungen für die in Absatz 2 und 3 bezeichneten zahnärztlichen Sonderleistungen sind nur beihilfefähig, wenn bei Beginn der Behandlung

1. der Beihilfeberechtigte mindestens ein Jahr ohne von ihm zu vertretende längere Unterbrechung oder insgesamt mindestens zehn Jahre im öffentlichen Dienst beschäftigt ist und
2. nicht feststeht, daß er in den nächsten drei Monaten aus dem Dienstverhältnis ausscheidet.

Die Beschränkungen des Satzes 1 gelten nicht für Versorgungsberechtigte, die als solche oder auf Grund einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst beihilfeberechtigt sind, sowie für Beihilfeberechtigte, die ohne ihre Tätigkeit im öffentlichen Dienst berücksichtigungsfähige Angehörige eines Beihilfeberechtigten, der die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllt, wären. Die Beschränkung des Satzes 1 Nr. 2 ist ferner nicht anzuwenden, wenn der Beihilfeberechtigte nach seinem Ausscheiden zum Personenkreis nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 gehören wird.

(2) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den Nummern 6, 7, 14 bis 24, 89 bis 104 der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18. März 1965 (BGBl. I S. 123) sind einschließlich der in § 5 Abs. 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte aufgeführten Kosten bis zum Dreifachen der Sätze des Gebührenverzeichnisses beihilfefähig.

Durch die Berücksichtigung der Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen bis zur Höhe des Dreifachen der Sätze des Gebührenverzeichnisses sind auch die in § 5 Abs. 2 der BugoZ aufgeführten Kosten und die Umsatzsteuer abgegolten. Diese Kosten können, falls sie besonders in Rechnung gestellt werden, nicht neben dem Höchstbetrag, der sich aus dem Dreifachen der Sätze des Gebührenverzeichnisses ergibt, berücksichtigt werden.

* Die dreifachen Sätze der einschlägigen BugoZ-Nummern betragen:

BugoZ-Nr.	DM	BugoZ-Nr.	DM	BugoZ-Nr.	DM
6	24,—	91 a)	180,—	98 b)	90,—
7	60,—	b)	225,—	c)	135,—
14	90,—	c)	270,—	d)	90,—
15 a)	90,—	d)	300,—	e)	120,—
b)	105,—	92 a)	120,—	f)	90,—
c)	120,—	b)	240,—	g)	300,—
16	24,—	c)	450,—	h)	150,—
17	24,—	d)	300,—	99 a)	45,—
18 a)	90,—	e)	450,—	100 a)	45,—
b)	60,—	f)	600,—	b)	60,—
19 a)	15,—	g)	750,—	c)	60,—
b)	30,—	h)	1050,—	d)	75,—
20 a)	150,—	i)	1350,—	e)	90,—
b)	180,—	93	90,—	f)	105,—
c)	225,—	94	36,—	g)	150,—
d)	270,—	95 a)	60,—	101 a)	120,—
21	60,—	b)	90,—	b)	180,—
23 a)	24,—	c)	60,—	102	360,—
b)	36,—	96 a)	180,—	103 a)	240,—
24 a)	24,—	b)	240,—	b)	120,—
b)	60,—	c)	300,—	c)	450,—
89	24,—	97	360,—	104 a)	450,—
90	240,—	98 a)	60,—	b)	750,—

(3) Die Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung oder für die Beseitigung von Kiefermißbildungen sind einschließlich der Hilfsmittel und vorbereitender Maßnahmen bis zum Höchstbetrag von 1600 DM für jede Person beihilfefähig. Voraussetzung für die Gewährung der Beihilfe ist, daß dem Beihilfeantrag ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes beigelegt wird, in dem die Notwendigkeit der Behandlung begründet ist.

1. Höhere Kosten als im Kostenplan vorgesehen, können nur dann als notwendig anerkannt werden, wenn der Zahnarzt den Kostenplan ergänzt und die Notwendigkeit der weiteren Behandlung begründet. Der neue Höchstbetrag gilt auch für kieferorthopädische Behandlungen, die bei Inkrafttreten der Beihilfenverordnung bereits begonnen waren.
2. Zu den vorbereitenden Maßnahmen bei kieferorthopädischer Behandlung und Beseitigung von Kiefermißbildungen gehören insbesondere auch die Begutachtung und die Aufstellung des Heil- und Kostenplans.
3. Der Höchstbetrag kann für jede Person nur einmal gewährt werden.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für

1. die ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung;
2. die Hebamme;
3. die Unterkunft, Pflege und Verpflegung in Entbindungsanstalten, eine Familien- und Hauspflegekraft, die Heilmittel, Verbandmittel und dergleichen, eine Heilbehandlung und die Beförderungskosten; § 4 Abs. 1 Nr. 2, 5, 6, 8 und 10 gilt entsprechend;
4. eine Hauspflegerin bei Geburten in der Wohnung (auch bei Fehl- und Totgeburten), wenn die Wöchnerin nicht bereits von einer Pflegekraft nach § 4 Abs. 1 Nr. 4 gepflegt wird, für einen Zeitraum bis zu 14 Tagen, beginnend mit dem Tage der Geburt; § 4 Abs. 1 Nr. 4 Satz 3 und 4 ist anzuwenden;

5. die Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung;
6. die Säuglings- und Kleinkinderausstattung bei Lebendgeburten bis zu 300 DM.
 1. Bei Unterbringung in einem Entbindungs- oder Wöchnerinnenheim, das nicht als Krankenanstalt anerkannt ist, können die anfallenden Kosten im Rahmen der Nummer 4 (Hauspflegerin) als beihilfefähig berücksichtigt werden.
 2. Aus Vereinfachungsgründen kann bei Erstgeburten auf einen Nachweis der Aufwendungen für die Beschaffung der Säuglingsausstattung verzichtet werden, wenn der Beihilfeberechtigte schriftlich versichert, daß ihm Kosten von mindestens 300 DM entstanden sind.

(2) Die Beihilfe in Geburtsfällen erhöht sich, wenn die Bezüge des Beihilfeberechtigten ohne die mit Rücksicht auf den Familienstand gewährten Zuschläge und ohne Aufwandsentschädigungen die Jahresarbeitsverdienstgrenze für Angestellte in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen, um einen Pauschbetrag von 75 DM für die sonstigen im Zusammenhang mit der Entbindung entstehenden Aufwendungen. Bei Mehrlingsgeburten ist dieser Betrag mehrfach zu zahlen. Steht für denselben Zweck ein Pauschbetrag nach den §§ 198, 205 a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung, den Vorschriften über den Mutterschutz für Beamtinnen und Richterinnen oder nach entsprechenden Vorschriften zu, wird dieser Betrag auf den Pauschbetrag nach Satz 1 angerechnet.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

Die beihilfefähigen Aufwendungen in Todesfällen umfassen nur die Kosten für die Leichenschau, den Sarg bis zur Höhe der Kosten eines einfachen Eichensarges, die Einsargung, die Aufbahrung, die Überführung der Leiche vom Sterbeort zur Beisetzungsstelle bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz oder die Überführung zum nächstgelegenen Krematorium, die Einschäuerung, die Urne, die Überführung der Urne zur Beisetzungsstelle bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes für die Urne bis zur Höhe von 300 DM, die Beisetzung und die Anlegung einer Grabstelle, einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal.

1. Auch in Todesfällen sind nur die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang beihilfefähig. Die Angemessenheit der Bestattungskosten richtet sich nach der Ortsüblichkeit. Andere als die aufgeführten Kosten sind nicht beihilfefähig, also auch nicht die Kosten eines Kranzes, des Grabmals und für den ersten gärtnerischen Schmuck nach Anlegung der Grabstätte.
2. *Beim Ableben eines in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Beihilfeberechtigten werden die beihilfefähigen Aufwendungen um das von der Krankenkasse satzungsmäßig gewährte Sterbegeld nicht gekürzt (§ 3 Abs. 3 TV Ang., § 4 Abs. 3 TV Arb., § 25 Abs. 4 MTV).*

§ 11

Im Ausland entstandene Aufwendungen

(1) In Krankheits-, Geburts- und Todesfällen sind Aufwendungen im Ausland nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie im Inland entstanden und beihilfefähig gewesen wären, soweit nachstehend nichts Abweichendes bestimmt ist. Zu den Aufwendungen für eine Sanatoriumsbehandlung darf außer bei Tuberkulosebehandlung in Österreich oder in der Schweiz eine Beihilfe nach § 6 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 nicht gewährt werden; entsprechendes gilt für die in § 7 Abs. 3 Nr. 1 bis 3 genannten Kosten einer Heilkur im Ausland.

Die Fahrtkosten für die Hin- und Rückfahrt anlässlich einer privaten Reise in das Ausland gehören nicht zu den Aufwendungen, die bei einer etwaigen Erkrankung im Ausland als beihilfefähig anerkannt werden können. Dies gilt auch für die Kosten einer Rückführung ins Inland mit dem Krankenwagen. Begibt sich ein im Inland Erkrankter zur Behandlung ins Ausland, so können die Fahrtkosten nur bis zu der Höhe anerkannt werden, wie sie bei Behandlung im Inland zwangsläufig entstanden und beihilfefähig gewesen wären.

(2) Die Kosten der Überführung einer Leiche oder der Urne zu einer Beisetzungsstelle im Inland sind bis zum Betrag von höchstens 600 DM beihilfefähig.

(3) Die bei einem dienstlichen Aufenthalt im Ausland entstandenen Aufwendungen sind ohne die Einschränkungen der Absätze 1 und 2 beihilfefähig, es sei denn, eine Krankenbehandlung hätte bis zur Rückkehr ins Inland aufgeschoben werden können.

(4) Wird durch amtsärztliches oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen, daß eine Behandlung oder Kur im Ausland unbedingt notwendig ist, weil eine erfolversprechende Behandlung oder Kur im Inland nicht möglich ist, so kann ausnahmsweise die Beihilfefähigkeit ohne die Einschränkungen des Absatzes 1 anerkannt werden. Die Entscheidung trifft die oberste Dienstbehörde, im Bereich der Landesverwaltung im Einvernehmen mit dem Finanzministerium.

Aufwendungen für die Unterbringung in einem ausländischen Sanatorium können grundsätzlich nicht anerkannt werden. Als Ausnahme kommen die Klinik für Dermatologie und Allergie in Davos-Dorf und die Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang/Schweiz in Frage.

(5) Die Festsetzungsstelle kann die Gewährung der Beihilfe von der Vorlage beglaubigter Übersetzungen der Belege und erläuternder Nachweise abhängig machen.

§ 12

Bemessung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe beträgt 50 vom Hundert der beihilfefähigen Aufwendungen. Dieser Satz erhöht sich bei Beihilfeberechtigten, die verheiratet oder verwitwet sind, auf 55 vom Hundert und für jedes kinderzuschlagsberechtigende Kind um 5 vom Hundert, höchstens jedoch auf 70 vom Hundert. Maßgebend für die Berechnung des Bemessungssatzes sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Antragstellung. Wenn es für den Beihilfeberechtigten günstiger ist, ist die Beihilfe getrennt für die einzelnen Aufwen-

dungen nach den im Zeitpunkt der Entstehung der Kosten gegebenen Verhältnissen zu berechnen.

1. Sind beide Elternteile auf Grund einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst beihilfeberechtigt, so kann der Bemessungssatz bei beiden Elternteilen für berücksichtigungsfähige Kinder erhöht werden, wenn eine Halbierung des Kinderzuschlags gesetzlich zulässig wäre, ein entsprechender Antrag aber nicht gestellt worden ist und der Kinderzuschlag in voller Höhe an einen Elternteil gezahlt wird. In derartigen Fällen ist im Beihilfeantrag zu erklären, daß der andere Elternteil zu den Aufwendungen für die Kinder keine Beihilfe beantragt.

*2. Bei Waldarbeitern ist Hinweis 4 zu § 2 zu beachten.

(2) Bei der Bemessung der Beihilfe nach Absatz 1 werden Empfänger von Vollwaisengeld untereinander berücksichtigt, wenn ihr Versorgungsanspruch auf demselben Versorgungsfall beruht und sie nicht auf Grund eigener Beschäftigung selbst beihilfeberechtigt sind. Bei Gewährung von Beihilfe nach § 1 Abs. 2 bemißt sich die Beihilfe nach dem Hundertsatz, der dem Verstorbenen im Zeitpunkt seines Ablebens zugestanden hat.

(3) Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags — wahlweise im Kalenderjahr der Rechnungsstellung — 21 000 DM, so beträgt der Bemessungssatz abweichend von Absatz 1 Satz 1 für die nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 Buchst. b) beihilfefähigen Aufwendungen 10 vom Hundert.

Für den Begriff der Einkünfte ist das Einkommensteuerrecht maßgebend (§ 2 EStG). Im Regelfall genügt die Versicherung des Beihilfeberechtigten über die Höhe der Einkünfte. Eine Nachprüfung sollte nur ausnahmsweise erfolgen, wenn ein konkreter Anlaß zu Zweifeln besteht.

(4) Ist ein Krankenversicherter trotz ausreichender Versicherung aus in seiner Person liegenden Gründen für bestimmte Krankheiten von einzelnen Leistungen ausgeschlossen oder sind die Leistungen eingestellt worden (Aussteuerung), so erhöht sich hierfür der nach Absatz 1 zustehende Bemessungssatz um 20 vom Hundert; das gilt nicht für Aufwendungen nach §§ 6, 7 und 8. Die Beschränkung des Absatzes 3 findet keine Anwendung.

1. Eine ausreichende Versicherung ist anzunehmen, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt oder offenkundig ist, daß die Versicherung in den üblichen Fällen stationärer und ambulanter Krankenbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten beiträgt. Dabei ist es unerheblich, wenn im Einzelfall die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist.
2. Ein Leistungsausschluß im Sinne dieser Bestimmung liegt nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren normalen Tarifen für einzelne Behandlungen keine Leistungen vorsehen (z. B. für kieferorthopädische Behandlungen) oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z. B. Geburtsanomalien, Geisteskrankheiten) vom Versicherungsschutz ausnehmen. Die Gewährung des höheren Bemessungssatzes ist grundsätzlich nur möglich, wenn der Leistungsausschluß im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung enthalten ist.
3. Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen eingestellt werden, im Ergebnis also ein nachträglicher Versicherungsausschluß vorliegt. Diese Voraussetzung ist nicht ge-

geben, wenn Versicherungsleistungen nur zeitweilig entfallen, weil z. B. ein tariflich festgelegter Jahreshöchstbetrag oder eine gewisse Zahl von Behandlungen in einem kalendermäßig begrenzten Zeitraum überschritten ist.

(5) Bei stationärer Behandlung in einer Krankenanstalt (§ 4 Abs. 1 Nr. 2, § 5 und § 9 Abs. 1 Nr. 3) erhöht sich hierfür der nach Absatz 1, 2 oder 3 zustehende Bemessungssatz um 10 vom Hundert. Dies gilt nicht für einen Sanatoriumsaufenthalt oder wenn der Bemessungssatz bereits nach Absatz 4 zu erhöhen ist.

Es bestehen keine Bedenken, wenn auch die Kosten für eine Beförderung des Erkrankten zum und vom Krankenhaus in den erhöhten Bemessungssatz einbezogen werden, sofern die Voraussetzungen des § 4 Abs. 1 Nr. 10 vorliegen.

(6) Die oberste Dienstbehörde kann den zustehenden Bemessungssatz erhöhen,

1. wenn die Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung entstanden sind;
2. in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung eines strengen Maßstabes anzunehmen sind . . .
 1. Eine Dienstbeschädigung liegt vor, wenn die Voraussetzungen des § 51 Abs. 2 LBG gegeben sind.
 2. Die Anwendung der Nummer 2 setzt voraus, daß außergewöhnliche Verhältnisse vorliegen. Eine Erhöhung des Bemessungssatzes kommt daher nur in Frage, wenn besonders hohe Krankheitskosten entstanden sind und der Beihilfeberechtigte nach seiner wirtschaftlichen Lage den ungedeckten Teil des beihilfefähigen Aufwands nicht zu bestreiten vermag, ohne den Lebensunterhalt für sich und seine Familie zu gefährden.
 3. Die Gewährung von Unterstützungen nach den Unterstützungsgrundsätzen bleibt unberührt.

§ 13

Verfahren

(1) Die Beihilfen werden auf Antrag gewährt. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten beihilfefähigen Aufwendungen insgesamt mehr als 50 DM betragen. Die Anträge sind vertraulich zu behandeln.

1. . . .
 2. Erhalten Personen Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, so kann der Träger der Sozialhilfe nach § 90 BSHG durch schriftliche Anzeige an die Festsetzungsstelle den Übergang von Ansprüchen bis zur Höhe seiner Aufwendungen auf sich bewirken. Eine Überleitung des Anspruchs auf Beihilfe ist nur möglich, wenn der Beihilfeberechtigte selbst Sozialhilfeempfänger ist, nicht jedoch bei einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen.
 3. *Von den in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherten kann eine Beihilfe nur beantragt werden, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten beihilfefähigen Aufwendungen insgesamt mehr als 30 DM betragen (§ 4 TV Ang., § 5 TV Arb., § 25 Abs. 5 MTV).*
 4. Als „beihilfefähige Aufwendungen“ im Sinne von § 4 des Tarifvertrags für Angestellte bzw. § 5 des Tarifvertrags für Arbeiter sind die beihilfefähigen Bruttoaufwendungen vor Durchführung der nach § 3 Abs. 1 letzter Satz bzw. § 4 Abs. 1 letzter Satz der TV erforderlichen Kürzung anzusehen. * Vgl. Hinweis 5 zu § 3 Abs. 2 BV.
- (2) . . .

(3) * Beihilfeanträge sind unter Verwendung des beim Ev. Oberkirchenrat erhältlichem Vordruck unter Beifügung der Urschriften oder beglaubigter Abschriften der Kostenbelege unmittelbar dem Ev. Oberkirchenrat einzureichen.

(4) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen (§ 3 Abs. 5 Satz 2), spätestens jedoch ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt hat.

(5) Hat jemand ohne Verschulden die Ausschlussfrist des Absatzes 4 versäumt, wird ihm auf Antrag Wiedereinsetzung gewährt. Entsprechendes gilt, wenn eine vor Entstehen der Aufwendungen erforderliche Anerkennung der Beihilfefähigkeit nicht eingeholt worden ist.

(6) Die Beihilfe ist auf volle Deutsche Mark aufzurunden.

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

(8) Die Belege sind vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle durch Stempelaufdruck „für Beihilfezwecke verwendet“ oder durch Perforation . . . kenntlich zu machen.

(9) . . .

Bei Krankenhaus- und Sanatoriumsaufenthalten, Heilkuren, Brillen, Zahnersatz und Todesfällen müssen die geltend gemachten Aufwendungen von der Festsetzungsstelle an Hand der eingereichten Belege in den Beihilfeanträgen soweit aufgeschlüsselt werden, daß die Berechnung des beihilfefähigen Betrags überprüft werden kann. Eine Aufschlüsselung ist entbehrlich bei Krankenhaus- und Sanatoriumsaufenthalten, wenn die geltend gemachten Aufwendungen im wesentlichen voll beihilfefähig sind. Ärztliche, amts- und vertrauensärztliche Gutachten sowie Heil- und Kostenpläne sind zu den Beihilfeakten zu nehmen.

§ 14

Übergangs- und Schlußvorschriften

(1) Diese Verordnung tritt am 1. September 1970 in Kraft. Sie ist auch auf vorher entstandene Aufwendungen anzuwenden, die nach dem Tag des Inkrafttretens erstmalig geltend gemacht werden. Wenn es für den Beihilfeberechtigten günstiger ist, gilt für diese Aufwendungen das bisherige Recht.

* (2) Die Beihilfevorschriften vom 4. 6. 1964 (VBl. S. 21) mit Änderungen vom 3. 2. 1966 (VBl. S. 26) und vom 27. 6. 1967 (VBl. S. 29) treten gleichzeitig außer Kraft.

(3) . . .