

Gesetzes- u. Verordnungsblatt

der

Evangelischen Landeskirche in Baden

Ausgegeben

Karlsruhe, den 5. Juni

1973

Inhalt:

	Seite
Verordnung:	
Fünfte Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen	31
Beihilfenverordnung — BV —	32

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

Vom 21. November 1972

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

§ 1

Die durch die Verordnung des Finanzministeriums Baden-Württemberg vom 27. Oktober 1972 (Gesetzblatt für Baden-Württemberg S. 586) bewirkten Änderungen der Beihilfenverordnung des Landes Baden-Württemberg werden zum Zeitpunkt ihres Inkrafttretens sinngemäß in das Beihilferecht der Landeskirche eingeführt*).

§ 2

Diese Verordnung tritt mit der Verkündung in Kraft.

Karlsruhe, den 21. November 1972

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.

Änderungen gegenüber der bisherigen BV sind durch einen seitlichen Strich gekennzeichnet.

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) in der Fassung vom 7. 3. 1973 (GABl. Nr. 20) zur Durchführung der BV durch Kleindruck und die landeskirchlichen Sonderbestimmungen und Hinweise durch ein Sternchen (*) kenntlich gemacht.

Beihilfenverordnung -BV-

Landeskirchliche Fassung vom 21. November 1972

§ 1

Beihilfeberechtigte Personen

(1) In Krankheits-, Geburts- und Todesfällen sowie für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und für Schutzimpfungen 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 oder nur deshalb nicht erhalten, weil die Versorgungsbezüge nach § 175 des Landesbeamtengesetzes (* § 45 PfbG) voll ruhen.
- *(1a) Zu den beihilfeberechtigten Personen gehören ferner*
5. Pfarrer im Sinne von § 1 PfbG (VBl. 1963 S. 29 und 1971 S. 133), 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. Der geschiedene Ehegatte gehört nicht zum beihilfeberechtigten Personenkreis und kann keine Beihilfen erhalten, auch wenn er einen Unterhaltsbeitrag bezieht.

3. Für die Personen, die keine Beihilfen erhalten können, kann eine Unterstützung nach den Unterstützungsgrundsätzen in Betracht kommen.

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

Stammarbeiter 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 Stammarbeitereigenschaft.

Die Eigenschaft als Stammarbeiter 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 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 fordbesteht (§ 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 leibliche Kinder des vorverstorbenen Beamten oder Ruhestandsbeamten waren.

2. Eine Belastung liegt nur vor, soweit das Sterbegeld und der Nachlaß des Verstorbenen nicht ausreichen, die bis zum Tod und aus Anlaß seines Todes 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 Beihilfevorschriften 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. 6 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, für Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten 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 oder ist bei verheirateten kinderzuschlagsberechtigenden Kindern neben dem beihilfeberechtigten Elternteil der Ehegatte des Kindes beihilfeberechtigt, so wird eine Beihilfe zu den Aufwendungen für das Kind dem Beihilfeberechtigten gewährt, der die Originalbelege über die Aufwendungen zuerst vorlegt. Dies gilt auch in anderen Fällen, in denen für dieselben Aufwendungen eine mehrfache Beihilfeberechtigung besteht.

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 Angestellten, Arbeitern, Lehrlingen oder Anlernlingen 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. Bezüglich der Konkurrenz zwischen Beihilfen und Leistungen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten wird auf die Rundschreiben vom 9. Juli 1971 (GABl. S. 830) und vom 26. Mai 1972 (GABl. S. 835) hingewiesen.

2. Zu Absatz 2

- a) 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. Entsprechendes gilt in den Fällen, in denen eine mehrfache Beihilfeberechtigung besteht.
- b) 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) Aufwendungen für Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen sind nicht beihilfefähig.

§ 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. Aufwendungen, die das Sechsfache der Sätze des Gebührenverzeichnisses (Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 18. März 1965 BGBl. I S. 89) übersteigen, können im Einzelfall nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn auf Grund besonderer Prüfung festzustellen ist, daß die Aufwendungen noch angemessen sind. Mehraufwendungen für die Inanspruchnahme einer ersten ärztlichen Fachkraft ohne zwingenden Anlaß sind nicht beihilfefähig. Entsprechendes gilt bei zahnärztlichen Leistungen, soweit § 8 Abs. 2 nichts anderes bestimmt.

*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 Kostenanteile nach § 182a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung sind nicht beihilfefähig. Als Sachleistung gilt auch eine Geldleistung, wenn sie die entstandenen Aufwendungen — gegebenenfalls unter Abzug des Mengenrabatts der Krankenkasse, der Kostenanteile nach § 182a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und dergleichen — deckt (Sachleistungssurrogat).

1. Unter dem Begriff Krankenkasse sind die Begriffe gesetzliche Krankenkasse und Ersatzkasse zusammengefaßt.
2. Eine Sachleistung im Sinne dieser Verordnung liegt vor, wenn die Krankenkasse oder die Rentenversicherung unter Ausschaltung des Mitglieds unmittelbar mit den Verrechnungsstellen, Krankenhäusern, Ärzten, Apotheken usw. abrechnen. Unter Rezept- bzw. Verordnungsblattgebühren im Sinne des bisherigen Beihilferechts sind nach der Neufassung des § 182a RVO die dort genannten Kostenanteile zu verstehen. Dem Versicherten entstehen, abgesehen von diesen Kostenanteilen, keine Aufwendungen.
3. Ein Sachleistungssurrogat liegt vor, wenn die Krankenkasse oder Rentenversicherung die entstandenen Aufwendungen — gegebenenfalls unter Abzug des Mengenrabatts, der Kostenanteile nach § 182a Abs. 1 RVO und dergleichen — voll erstattet. Dabei ist unbeachtlich, ob der Versicherte Anspruch auf Sachleistungen hat. Durch die Änderung des Wortlauts der Vorschrift wird klargestellt, daß es bei der Prüfung der Frage, ob ein Sachleistungssurrogat vorliegt, nicht darauf ankommt, unter welcher Bezeichnung (z. B. Zuschuß) die Krankenkasse den Erstattungsbetrag nach der Satzung oder Vereinbarung mit dem Versicherten gewährt.
4. Ein Sachleistungssurrogat ist nicht gegeben, wenn dem Versicherten Aufwendungen erwachsen sind und tatsächlich nur ein Zuschuß geleistet wurde, so daß der Versicherte einen Teil der Aufwendungen selbst zu tragen hat. 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 gewährleisten ist.

5. 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 in der Regel keine Sachleistung bzw. kein Sachleistungssurrogat 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.

6a. *Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung sind auf die ihnen zustehenden Sachleistungen angewiesen. Dies gilt auch, soweit der Krankenversicherungsträger nach der RVO oder seiner Satzung Sachleistungen nur als Kann-Leistungen gewährt; hat der Krankenversicherungsträger die Zahlung solcher Leistungen abgelehnt, sind die nachgewiesenen Aufwendungen im Rahmen der BV beihilfefähig. Aufwendungen, die dadurch entstanden sind, daß der Pflichtversicherte diese Leistungen 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 Krankenversicherung keine Leistungen vorsieht oder nur einen Zuschuß leistet, sind die geltend gemachten Aufwendungen im Rahmen der BV beihilfefähig. Die beihilfefähigen Aufwendungen werden ggf. um den Zuschuß gekürzt (§ 3 Abs. 1 TV Angest., § 4 Abs. 1 TV Arb., § 25 Abs. 4 MTV in der lt. GABl. 1971 S. 328 geänderten Fassung).*

6b. Für Aufwendungen von Angehörigen, die nicht mitversichert sind, kann der pflichtversicherte Beihilferechtigte nur insoweit Beihilfen erhalten, als er für diese Aufwendungen im Falle der Mitversicherung Beihilfen hätte erhalten können.

6c. 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 Beihilferechtigten selbst sondern auch hinsichtlich seiner berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen. Aufwendungen für den nicht selbst beihilferechtigten Ehegatten und für berücksichtigungsfähige Kinder, die in einer Krankenkasse pflichtversichert sind, sind damit 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 bzw. ein Sachleistungssurrogat gewährt, so ist kein beihilfefähiger Betrag gegeben (z. B. bei Behandlung des Pflichtversicherten als Privatpatient durch einen Kassenarzt).

2. Aufwendungen, die vor dem Wechsel von einer Pflichtversicherung zur freiwilligen Versicherung entstanden sind, müssen nach Satz 1 behandelt werden.

3. 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, der nicht von Satz 1 erfaßt wird, z. B. aus einer privaten Krankenversicherung, ist als beihilfefähige Eigenleistung anzusehen und nicht nach Satz 1 abzusetzen. Auf Abschnitt V des Rundschreibens des Finanzministeriums vom 29. Dezember 1967 (GABl. 1968 S. 47) wird hingewiesen.

4. Steht einer Person auf Grund gegebener Versicherungspflicht gegen den Rentenversicherungsträger ein Anspruch auf Gewährung von Zuschüssen zu den geltend gemachten Aufwendungen zu (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 satzungsmäßigen Leistungen der Krankenkasse infolge des Zuschusses mindern, von einer Anrechnung ganz oder teilweise, möglichst in Höhe der Minderung der Krankenkassenleistung, abgesehen werden.

*5. Bei Angestellten, die vom Arbeitgeber einen Zuschuß zum Krankenversicherungsbeitrag nach § 405 RVO erhalten — vgl. Durchführungsbestimmungen zu § 405 RVO im GABl. 1971 S. 905 ff. und S. 370 f. —, sind z. Z. der Zuschußgewährung entstandene Aufwendungen im Sinne der §§ 2 bis 11 BV abweichend von § 3 Abs. 3 Satz 2 BV nur insoweit beihilfefähig, als sie über die dem Angestellten oder seinem Angehörigen, für den die beihilfefähigen Aufwendungen entstanden sind, zustehenden Leistungen aus der freiwilligen Krankenversicherung hinausgehen. Dies gilt auch, wenn der Angestellte anstelle dieser Leistungen Beitragsrückgewähr in Anspruch nimmt. Näheres siehe GABl. 1971 S. 1015 f.

(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 Beihilfeberechtigte, die von der Pflichtversicherung ihres Ehegatten in einer gesetzlichen Krankenkasse, einer Ersatzkasse oder einer Rentenversicherung erfaßt werden, und für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, dessen Ehegatte in einer gesetzlichen Krankenkasse, einer Ersatzkasse oder einer Rentenversicherung pflichtversichert ist.

Auch der von der Pflichtversicherung seines Ehegatten im Ausnahmefall erfaßte Beihilfeberechtigte erhält in vollem Umfang Beihilfen, wenn er die Leistungen aus der Pflichtversicherung seines Ehegatten nicht in Anspruch nimmt.

(5) Aufwendungen sind insoweit nicht beihilfefähig, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind. Dies gilt auch für Schadenersatzansprüche, die erloschen oder im Vergleichsweg abgefunden worden sind.

1. In den Fällen, in denen ein Dritter nach geltendem Recht verpflichtet ist, den entstandenen Schaden zu ersetzen, kann Beihilfe insoweit nicht gewährt werden, es sei denn, daß der Nachweis geführt wird, daß der zustehende Ersatz tatsächlich nicht erlangt werden kann; in diesen Ausnahmefällen kann Beihilfe

gegen Abtretung der Rechte — gegebenenfalls unter Anwendung des § 13 Abs. 5 — gewährt werden. Im übrigen besteht keine Möglichkeit, Beihilfe gegen Abtretung des Schadenersatzanspruchs zu gewähren, da dies im Ergebnis eine Umgehung der Vorschrift darstellen würde.

2. Für die Beihilfefestsetzung kann in der Regel davon ausgegangen werden, daß die in einem Vergleich vereinbarte Schadensteilung der wirklichen Sach- und Rechtslage entspricht, sofern nicht konkrete Anhaltspunkte — insbesondere dann, wenn neben der vereinbarten Schadensteilung noch weitere Leistungen erbracht werden —; Anlaß zu Zweifeln geben.

3. Sind durch eine Abfindungsvereinbarung auch künftige, nicht vorhersehbare Schäden abgegolten worden, so kann auch für künftig entstehende, kausal mit dem Schadensereignis zusammenhängende Aufwendungen keine Beihilfe gewährt werden. Dies gilt auch bei Vergleichen, die Zukunftsschäden erfassen, im Verhältnis der Schadensteilung.

(6) 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 Umstände 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. Im Fall des Todes des Beihilfeberechtigten gilt die Sonderregelung des § 1 Abs. 2.

(7) 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.

(8) 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. Die durch Behandlung in einer höheren als der zweiten Pflegeklasse entstehenden Aufwendungen sind bis zur Höhe der Aufwendungen in der zweiten Pflegeklasse beihilfefähig. Mehraufwendungen 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, im übrigen nur die Beförderungskosten in sinngemäßer Anwendung der Nr. 10, 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 Aufwand kann in diesem Fall, sobald feststeht, daß die

Pflege auf nicht absehbare Zeit erforderlich ist und eine Unterbringung nach § 5 möglich wäre, nur in Höhe des nach § 5 beihilfefähigen Aufwands anerkannt werden.

5. eine Familien- und Hauspflegekraft bis zum Betrag von 19 DM täglich, wenn die Weiterführung des Haushalts eines Beihilfeberechtigten während stationärer Unterbringung (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 und § 5) des den Haushalt allein führenden berücksichtigungsfähigen 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 der Beihilfeberechtigte selbst pflegebedürftig ist oder im Haushalt mindestens ein Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiger Angehöriger lebt. Befinden sich in dem Haushalt mehr als zwei der genannten Personen (Kind unter 15 Jahren, pflegebedürftige Person), so erhöht sich der Betrag auf 23 DM. Nummer 4 Satz 3 und 4 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Hauspflegekraft Kinder unter 15 Jahren oder pflegebedürftige Personen vorübergehend in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Kosten der Unterbringung insgesamt bis zu dem maßgebenden Höchstbetrag beihilfefähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt eines nahen Angehörigen (§ 3 Abs. 8) sind nicht beihilfefähig;

1. Unter berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die in § 12 Abs. 1 bei der Bemessung der Beihilfe zu berücksichtigenden Personen zu verstehen.
2. Für die erste Woche nach Beendigung der stationären Unterbringung sind die Kosten für eine Familien- und Hauspflegekraft beihilfefähig, wenn durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist, daß die den Haushalt führende Person die Führung des Haushalts noch nicht übernehmen kann.

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 gehören nicht zu den Heilmitteln oder dergleichen. Auf das Verzeichnis zu § 4 Abs. 1 Nr. 9 und die Erläuterungen wird hingewiesen.

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 8 DM, für Unterkunft und Verpflegung insgesamt bis zu 14 DM täglich beihilfefähig. Überwiegend pädagogische Maßnahmen sind nicht beihilfefähig;

1. Bei psychotherapeutischer Behandlung sollte spätestens nach 3 Jahren die Notwendigkeit der Fortsetzung der Behandlung eingehend geprüft werden (§ 3 Abs. 1).
2. Ärztlich verordnete Bäder sind beihilfefähig, wenn sie medizinisch zur Behandlung einer Krankheit geeignet und als Heilmaßnahmen unter Aufsicht entsprechend vorgebildeter Personen (z. B. med. Bademeister) in dem ärztlich zu bestimmenden Umfang mit den zur Heilung erforderlichen Mitteln (Mineral- und Thermalwasser, Moor, Kneippanwendung usw.) durchgeführt werden. Es scheidet damit als nicht beihilfefähig Maßnahmen aus, bei denen z. B. lediglich Schwimmen oder allgemein Bewegung im Wasser verordnet ist.
9. Anschaffung, Reparatur und Ersatz der Hilfsmittel, der Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie der Körperersatzstücke. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach dem als Anlage beigefügten Verzeichnis;

Anlage

Verzeichnis zu § 4 Abs. 1 Nr. 9 BV

I. Die Aufwendungen für Anschaffung, Reparatur und Ersatz der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind:

1. Blindenführhunde einschließlich Geschirr, Hundeleine, Halsband und Maulkorb,
2. Blindenstöcke, Krücken, Stockstützen und Krankenstöcke,
3. Blutdruckmeßgeräte,
4. Bruchbänder,
5. Elektronen-Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf) bis zum Höchstbetrag von 1000 DM,
6. Fußeinlagen,
7. Gehwagen,
8. Gipsbetten und Liegebretter (bei Erkrankung der Wirbelsäule),
9. Gummistrümpfe,
10. Handhülsen,
11. Heimdialysegeräte,
12. Herzschrittmacher,
13. Hilfsgeräte für Schwerstbehinderte, Ohnhänder u. a.,
14. Hilgenreinerschienen,
15. Hörapparate bis zum Höchstbetrag von 750 DM, bei binauraler Versorgung bis zum Höchstbetrag von 1300 DM,
16. Inhalationsapparate bei chronischen Erkrankungen der Atemwege bis zum Höchstbetrag von 600 DM,
17. Injektionsspritzen und -nadeln zur Selbstinjektion bei Zuckerkrankheit,

18. Katheter,
19. Kniekappen,
20. Knöchel- und Gelenkstützen,
21. Kopfschützer,
22. Krankenfahrstühle,
23. Krankenheber,
24. Leibbinden, Krampfadernbinden u. ä.,
25. Liegeschalen (Extensionsliegeschalen),
26. orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 40 DM übersteigen,
27. Perücken bis zum Höchstbetrag von 700 DM,
28. Polarimeter,
29. Stützapparate,
30. Spastikerhilfen (auch Übungsgeräte) bis zum Höchstbetrag von 1100 DM,
31. Stumpfstrümpfe und Narbenschützer,
32. Suspensorien, Urinfänger,
33. Trachealkanülen,
34. Ultraschallvernebler bei Mucoviszidose,
35. Vibrationstrainer bei Taubheit,
36. Wasser- und Luftkissen gegen Wundliegen,
37. Weckgeräte für Bettnässer.

Aufwendungen für die aufgeführten Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten wären oder die Anschaffung aus besonderen Gründen geboten ist.

1. Die Aufwendungen für Reparaturen ärztlich verordneter Hilfsmittel und Geräte sind ohne besondere ärztliche Verordnung beihilfefähig. Das gleiche gilt auch für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Geräts in der bisherigen Ausführung.
2. Beihilfefähig sind nur die Kosten für die durchschnittliche Ausführung. Darüber hinausgehende Kosten bleiben außer Betracht.

II. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, deren Anschaffungskosten Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung sind (z. B. Bandscheibenmatratzen, Liegestühle, Gesundheitsschuhe, Fieberthermometer, Heizkissen, Bestrahlungslampen).

Aufwendungen für derartige Gegenstände — hierzu gehören auch Gummiauflagen, elektrische Zahnbürsten, Spritzpistolen, Rheumawäsche und dergleichen — sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn diese vom Arzt schriftlich verordnet worden sind.

III. Die Aufwendungen für den Betrieb und die laufende Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind nicht beihilfefähig.

Aufwendungen für die Reparatur gehören nicht zur laufenden Unterhaltung.

IV. Mietgebühren für die nach Abschnitt I beihilfefähigen Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig, sofern sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.

V. Die Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete Sehhilfen sind beihilfefähig, für Brillengestelle jedoch nur bis zum Höchstbetrag von 70 DM. Werden Sehhilfen ohne ärztliche Verordnung vom Optiker angepaßt, so sind für das Brillengestell

höchstens 70 DM und für jedes Brillenglas höchstens 40 DM beihilfefähig. Aufwendungen für Brillengestelle können nur dann als notwendig anerkannt werden, wenn die Anschaffung des letzten Brillengestells mindestens 3 Jahre zurückliegt oder das vorhandene Brillengestell nicht mehr brauchbar ist.

1. Die Hinweise zu Abschnitt I über Reparatur, Ersatz und Angemessenheit gelten entsprechend. Schwimm- und Taucherbrillen sind nach Abschnitt II nicht beihilfefähig.
2. Nach der gutachtlichen Äußerung der obersten Landesgesundheitsbehörde ist weder die Entspiegelung (sog. Vergütung) noch die Tönung von Brillengläsern vom ärztlichen Standpunkt aus notwendig. Derartige Mehraufwendungen sind daher nicht beihilfefähig.
3. Aufwendungen für Lichtschutzbrillen sind nur dann beihilfefähig, wenn durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird, daß eine Augenerkrankung vorliegt, die das Tragen solcher Gläser erfordert. Gleiches gilt für Haftschaln, wenn der Sehfehler durch eine Brille nicht ausreichend korrigiert werden kann.
4. Als notwendig und beihilfefähig können entweder nur die Aufwendungen für eine Bifokal- oder Mehrstärkenbrille oder die Aufwendungen für eine Fern- und eine Nahbrille anerkannt werden.
5. Auch bei Änderung der Sehschärfe sind die Kosten für ein neues Brillengestell nur dann beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des Abschnitts V Satz 3 gegeben sind. Dies gilt auch beim Wechsel von Fern- und Nahbrille zur Bifokal- oder Mehrstärkenbrille innerhalb der Dreijahresfrist und umgekehrt. Maßgebend für die Frist ist jeweils der Zeitraum zwischen der Anschaffung des alten und der Anschaffung des neuen Brillengestells.

VI. Die Aufwendungen für Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet sind. Abschnitt III gilt entsprechend.

VII. In besonderen Fällen kann das Finanzministerium Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte für beihilfefähig erklären, wenn nachgewiesen ist, daß diese unbedingt notwendig sind.

*

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 der Hinweis 1 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.

1. Von der Beihilfefähigkeit werden ausgeschlossen:
 - Frischzellenbehandlung,
 - Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur, soweit sie nur eine Sauerstoffanreicherung im Gewebe herbeiführen soll,
 - Intravenöse und intraarterielle Sauerstoffinsufflationen,
 - Vibrationsmassagen des Kreuzbeins im Rahmen der sogenannten Winkler-Kur,
 - gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität,
 - Ganzheitsbehandlung auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage,
 - Vaduril-Injektionen gegen Parodontose,
 - Höhenflüge und Klimakammerbehandlung bei Keuchhusten und Asthma,
 - Therapie mit Regeneresen,
 - Blutkristallisationstest zur Erkennung von Krebserkrankungen.
2. Bei folgenden wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethoden ist Beihilfe zu gewähren, wenn durch ärztliches Gutachten nachgewiesen ist, daß die Behandlung im Einzelfall notwendig und erfolgversprechend ist:
 - Trockenzelltherapie,
 - Bogomoletz-Serum,
 - Hämatogene Oxydationstherapie nach Dr. Wehrli, Lugano,
 - Elektro-Neuralbehandlungen nach Dr. Croon.
3. Erscheint bei 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 150 DM, |
bei Beihilfeberechtigten mit zwei oder drei Angehörigen 125 DM, |
bei Beihilfeberechtigten mit mehr als drei Angehörigen 100 DM, |
wobei diese Sätze für jede Person gelten, wenn mehr als eine Person dauernd untergebracht ist,
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.

1. Die 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 Gerätschaften besitzen sowie über das nötige Pflegepersonal verfügen; private Anstalten sollen in der Regel gemäß § 30 Gewerbeordnung konzessioniert sein.

2. Grundsätzlich ist bei Unterbringung in Altenheimen, Kinderheimen und Ausbildungsanstalten eine Beihilfe nicht möglich. Jedoch kann z. B. bei Unterbringung in größeren Pflegestationen von Altenheimen 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 Brutbezügen 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 Ruhestellungen 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. 7 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 bis zur Dauer von 3 bzw. 6 Monaten geleistet. Nach Ablauf dieses Zeitraums ist die Beihilfe nur noch gem. § 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 Sanatoriumsbehandlung 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.

1. 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.
- *2. Die Beihilfefähigkeit der Kosten anlässlich eines Sanatoriumsaufenthalts oder einer Heilkur wird grundsätzlich nicht öfter als einmal innerhalb von zwei Jahren anerkannt.

(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. *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 Zuschuß 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; das Verzeichnis der Klima- und Kneippheilkurorte ist auf Seite 44 f abgedruckt.
 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 3 zu § 6 Abs. 2 BV entsprechend.

*4. Beachte Hinweis 2 zu § 6 Abs. 1

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

1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenem drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist;
2. nach Stellung des Antrags auf Entlassung;
3. in den letzten zwölf Monaten vor dem Eintritt in den Ruhestand wegen Erreichens 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. Bei Anwendung des Satzes 1 Nr. 1 steht die Zeit der hauptberuflichen Tätigkeit bei Fraktionen des Deutschen Bundestags und der Landtage, im Dienst eines kommunalen Verbands und im nichtöffentlichen Schuldienst der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.

*1. Die Zeit der vorgeschriebenen prakt.-theol. Ausbildung im Sinne des § 13 der Ordnung der theol. Prüfungen (VBl. 1969 S. 19) steht bei Anwendung des Satzes 1 Nr. 1 der Beschäftigung im öffentlichen Dienst gleich.

2. 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 25 DM täglich, wenn der Beihilfeberechtigte alleinstehend ist bis zum Höchstbetrag von 18 DM täglich; bei schwerbeschädigten und schwerbehinderten Beihilfeberechtigten, für die die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis zum Höchstbetrag von 18 DM täglich und die Kurtaxe für die Begleitperson.

Die Notwendigkeit ständiger Begleitung durch eine Begleitperson ergibt sich ausschließlich aus dem amtlichen Ausweis (§ 2 Abs. 4 des Gesetzes über die unentgeltliche Beförderung von Kriegs- und Wehrdienstbeschädigten sowie von anderen Behinderten im Nahverkehr vom 27. August 1965 — BGBl. I S. 978 — in Verbindung mit § 12 des Gesetzes zur Durchführung der Kriegsopfer- und Schwerbeschädigtenfürsorge vom 24. Mai 1963 — GesBl. S. 71 — und den Richtlinien über die Ausstellung von Ausweisen für Schwerbeschädigte und Schwerbehinderte vom 11. November 1965 — GABl. 1966 S. 62).

§ 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.

§ 7 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend. 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.

* Hinweis 1 zu § 7 Abs. 2 gilt entsprechend.

(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 GOZ 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 GOZ-Nummern betragen:

GOZ-Nr. DM	GOZ-Nr. DM	GOZ-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 einschließlich der Hilfsmittel und vorbereitender Maßnahmen sind unter der Voraussetzung beihilfefähig, daß dem Beihilfeantrag ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes beigefügt wird, in dem die Notwendigkeit der Behandlung begründet ist.

- 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. Nach dem Wortlaut sind auch mehrmalige kieferorthopädische Behandlungen beihilfefähig.
- Zu den vorbereitenden Maßnahmen bei kieferorthopädischer Behandlung und Beseitigung von Kiefermißbildungen gehören insbesondere auch die Begutachtung und die Aufstellung des Heil- und Kostenplans.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen in Geburtsfällen

(1) Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen die Kosten für

- die ärztliche Hilfe und Schwangerschaftsüberwachung;
- die Hebamme;
- die Unterkunft, Pflege und Verpflegung in Entbindungsanstalten, eine Familien- und Hauspflegkraft, die Heilmittel, Verbandmittel und dergleichen, eine Heilbehandlung und die Beförderungskosten; § 4 Abs. 1 Nr. 2, 5, 6, 8 und 10 gilt entsprechend;
- 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;
- die Unterkunft und Pflege eines Frühgeborenen in einer dafür geeigneten Einrichtung.

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) 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, 205a 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.

(3) Bei Lebendgeburten wird für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung eine Beihilfe in Höhe von 200,— DM gewährt; bei Mehrlingsgeburten ist dieser Betrag mehrfach zu zahlen.

Der Pauschbetrag ist ohne Nachweis entsprechender Aufwendungen zu gewähren. Maßgebend für die Gewährung ist der Zeitpunkt der Geburt des Kindes (§ 3 Abs. 6).

§ 9a

Beihilfefähige Aufwendungen bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten

Die beihilfefähigen Aufwendungen umfassen bei

- Kindern bis zur Vollendung des vierten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maß gefährden,

2. Frauen vom Beginn des dreißigsten Lebensjahres an einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
 3. Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an einmal jährlich die Kosten für eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
- nach Maßgabe der zu § 181 der Reichsversicherungsordnung bestehenden Richtlinien.

Maßgebend sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten vom 28. April 1971 (Bundesarbeitsblatt S. 509) und über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Bundesarbeitsblatt S. 517) in der jeweils geltenden Fassung.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(1) 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 Einäscherung, 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 und des Sargbuketts, des Grabmals und für den gärtnerischen Schmuck nach Anlegung der Grabstätte.
2. Bestattungsgelder nach §§ 36, 53 BVG sind als Kostenerstattung im Sinne des § 3 Abs. 3 Satz 1 anzusehen.
3. *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).*

(2) Im Fall des Todes des den Haushalt des Beihilfeberechtigten allein führenden berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen oder des den Haushalt allein führenden Beihilfeberechtigten findet, wenn eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann, § 4 Abs. 1 Nr. 5 entsprechende Anwendung. Die Beihilfe wird längstens für eine Dauer von sechs Monaten gewährt; in Ausnahmefällen kann diese Frist mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde auf ein Jahr verlängert werden.

§ 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. 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 (§ 4 Abs. 1 Nr. 10). Dies gilt entsprechend für die Kosten einer Rückführung ins Inland mit dem Krankenwagen.

(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.

1. Die über Absatz 1 Satz 1 hinausgehenden Aufwendungen für die Unterbringung und Behandlung in einem ausländischen Sanatorium können grundsätzlich nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei stationärer Behandlung in der Klinik für Dermatologie und Allergie und der Klinik für Erkrankungen der Atmungsorgane des Hochgebirgssanatoriums Valbella in Davos-Dorf sowie in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang/Schweiz (Asthma- und Allergieklinik) steht Beihilfe nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 11 Abs. 1 zu; soll im Einzelfall in diesen Anstalten eine Sanatoriumsbehandlung durchgeführt werden, kann die Beihilfefähigkeit abweichend von Satz 1 anerkannt werden.

2. Aufwendungen für Heilkuren sind schon nach der allgemeinen Vorschrift des § 7 nur dann beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Kur anerkannt hat. Das gilt auch im Fall einer Kur im Ausland.

(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 Aufwendungen 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 ist der Bemessungssatz auch bei dem Elternteil, der keinen Kinderzuschlag erhält, für berücksichtigungsfähige Kinder zu erhöhen, wenn eine Halbierung des Kinderzuschlags gesetzlich zulässig wäre, ein entsprechender Antrag aber nicht gestellt worden ist und der Kinderzuschlag in voller Höhe an den anderen Elternteil gezahlt wird.

*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) Für Empfänger von Versorgungsbezügen erhöht sich der zustehende Bemessungssatz um 10 vom Hundert, wenn das laufende Einkommen des Beihilfeberechtigten, seines Ehegatten und seiner kinderzuschlagsberechtigenden Kinder insgesamt das Mindestruhegehalt nach § 134 des Landesbeamtengesetzes mit Ortszuschlag der Stufe 2, Ortsklasse S, örtlicher Sonderzuschlag nicht übersteigt.

1. Die jährliche Sonderzuwendung bleibt bei Anwendung dieser Vorschrift auch im Monat der Zahlung unberücksichtigt.
2. Bei der Feststellung des einheitlichen Höchstbetrags sind in jedem Fall der örtliche Sonderzuschlag nach § 41 Abs. 2 BBesG und der in § 118 Abs. 1 Satz 4 BBG in Verbindung mit § 134 Satz 2 LBG für den Ruhestandsbeamten vorgesehene Zuschlag hinzuzurechnen.
3. Nur wenn die Angaben des Antragstellers über das laufende Einkommen zu berechtigten Zweifeln Anlaß geben, sollte von den verfahrensrechtlichen Beweismitteln der VwGO Gebrauch gemacht werden.

(4) Übersteigt der Gesamtbetrag der Einkünfte des nicht selbst beihilfeberechtigten Ehegatten im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags — wahlweise im Kalenderjahr der Rechnungsstellung — 25 000 DM, so beträgt der Bemessungssatz abweichend von Absatz 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. Bezüglich der Nachprüfung gilt Hinweis 3 zu Absatz 3.

(5) 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 bis 3 zustehende Bemessungssatz um 20 vom Hundert; das gilt nicht für Aufwendungen nach §§ 6, 7 und 8. Die Beschränkung des Absatzes 4 findet keine Anwendung. Die Beihilfe darf bei Anwendung des Satzes 1 nicht mehr als 90 vom Hundert der beihilfefähigen Aufwendungen betragen.

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 gegeben, 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.

(6) Bei stationärer Behandlung in einer Krankenanstalt (§ 4 Abs. 1 Nr. 2, § 5 und § 9 Abs. 1 Nr. 3) erhöht sich der nach Absatz 1 bis 4 zustehende Bemessungssatz für Unterkunft, Pflege und Verpflegung in der zweiten Pflegeklasse um 10 vom Hundert, im übrigen um 15 vom Hundert, jedoch auf nicht mehr als 85 vom Hundert. Dies gilt nicht für einen Sanatoriumsaufenthalt oder wenn der Bemessungssatz bereits nach Absatz 5 zu erhöhen ist.

1. Für Aufwendungen, die bei stationärer Behandlung in der 3. Pflegeklasse entstanden sind, erhöht sich der Bemessungssatz grundsätzlich um 15 v. H. Dies gilt mit Ausnahme der Aufwendungen für Unterkunft, Pflege und Verpflegung (insoweit 10 v. H.) auch für die Aufwendungen in der 2. Pflegeklasse.
2. Die Kosten für eine Beförderung des Erkrankten zum und vom Krankenhaus sind in den erhöhten Bemessungssatz einzubeziehen, sofern die Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit (§ 4 Abs. 1 Nr. 10) vorliegen. Entsprechendes gilt für Laboruntersuchungen, die anlässlich und während der stationären Behandlung außerhalb der Krankenanstalt durchgeführt werden.

(7) 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. 1 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.

§ 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 30 DM betragen. Die Anträge sind vertraulich zu behandeln.

1. ...
2. Erhalten Personen Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, so kann der Träger der Sozialhilfe gem. § 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. Als beihilfefähige Aufwendungen im Sinne von § 4 TV Ang. bzw. § 5 TV Arb. sind die beihilfefähigen Bruttoaufwendungen vor Durchführung der nach § 3 Abs. 1 letzter Satz bzw. § 4 Abs. 1 letzter Satz TV erforderlichen Kürzung anzusehen. *Vgl. Hinweis 6a zu § 3 Abs. 2 BV. Entsprechendes gilt in den Fällen des Hinweises 5 zu § 3 Abs. 3 BV, vgl. GABl. 1971 S. 1015 f.

(2) ...

(3) *Beihilfeanträge sind unter Verwendung des beim Ev. Oberkirchenrat erhältlichen Vordrucks 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. 6 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) Bei der Festsetzung der Beihilfe auf dem Weg der elektronischen Datenverarbeitung können die beihilfefähigen Aufwendungen einzeln oder zusammengefaßt bei einem Betrag bis zu 0,49 DM auf volle Deutsche Mark abgerundet, bei einem Betrag von 0,50 DM ab auf volle Deutsche Mark aufgerundet werden.

Bei der maschinellen Beihilfefestsetzung werden die Aufwendungen in Gruppen, die sich nach der Aufwandsart und dem Bemessungssatz bestimmen (z. B. Krankenhaus, Zahnbehandlung) zusammengefaßt. Nur die Summe der beihilfefähigen Aufwendungen in der jeweiligen Gruppe darf gerundet werden. Besteht der gesamte beihilfefähige Aufwand in einer Gruppe nur aus einem Betrag, so darf auch dieser einzelne Betrag gerundet werden.

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

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

(9) Bei Beihilfen, die nur auf Vorlage von Originalbelegen gewährt werden können (§ 1 Abs. 2 und § 2 Abs. 2), sind die Belege vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten durch Stempelaufdruck „Für Beihilfezwecke verwendet“ kenntlich zu machen. In den übrigen Fällen können die Belege auch auf andere Weise (Perforation) kenntlich gemacht werden.

(10) ...

Bei Krankenhaus- und Sanatoriumsaufenthalten, Heilkuren, Brillen, Zahnersatz und Todesfällen müssen die geltend gemachten Aufwendungen von der Festsetzungsstelle anhand 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) § 9a tritt am 1. Februar 1972 in Kraft. Die Vorschrift ist auch für Aufwendungen anzuwenden, die nach dem 1. Juli 1971 entstanden sind. Im übrigen tritt die Verordnung am 1. Oktober 1972 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 Beihilfenverordnung vom 28. 10. 1970 (VBl. S. 18) tritt gleichzeitig außer Kraft.

(3) ...

Anlage zu § 7 Abs. 1

Verzeichnis der Klima- und Kneippheilkurorte

I. Klimaheilkuren

Altenau	Lippspringe
Berchtesgaden	Manderscheid
Bergzabern	Neutrauchburg
Braunlage	Neuhaus/Solling
Bühlerhöhe	Nonnweiler
Clausthal-Zellerfeld	Oberstausen
Freudenstadt	Oberstdorf
Garmisch-Partenkirchen	Rengsdorf
Hahnenklee-Bockswiese	Rottach-Egern
Harzburg	Sachsa
Herrenalb	St. Andreasberg
Hindelang	St. Blasien
Hinterzarten	Schieder
Höchenschwand	Schömburg
Hohegeiß	Tegernsee
Isny	Todtmoos
Kluterthöhle	Tölz
Königsfeld	Triberg
Königstein/Taunus	Weiskirchen
Kreuth	Willingen
Lenzkirch	Winterberg
Lindenfels	

II. Kneippheilkuren

Aulendorf	Friedenweiler	Kyllburg	Radolfzell-Mettgau
Bederkesa	Füssen	Laasphe	Schönmünzsch-
Bergzabern	Gandersheim	Lauterberg	Schwarzenberg
Berleburg	Gemünd	Lüneburg	Sobernheim
Berneck	Gersfeld	Malente-Grensmühlen	St. Blasien
Bevensen	Gladenbach	Marienberg	Titisee-Neustadt
Biberach-Jordanbad	Gras-Ellenbach	Melle	Überlingen a. B.
Boppard	Grönenbach	Mölln	Vallendar
Borkum	Hennef	Münstereifel	Villingen
Camberg	Hiddesen	Oberstaufer	Waldkirch
Daun	Hindelang	Oberstdorf	Waldsee
Diez	Hopfen am See	Olsberg	Wildemann
Endbach	Iburg	Ottobeuren	Willingen
Fallingbostal	Kassel-Wilhelmshöhe	Oy	Wörishofen
Fredeburg	Kißlegg	Peterstal	Wolbeck
Freiburg-St. Urban	Konstanz	Prien/Chiemsee	Ziegenhagen

Aus dem **Heilbäderverzeichnis** im

Ministerialblatt des Bundesministers für Wirtschaft und Finanzen 1973 Seite 571

Mineral- und Moorbadekuren

Aachen	Gögging	Meinberg	Schlangenbad
Abbach	Griesbach	Melle	Schussenried
Adelholzen	Grund	Mergentheim	Schwäbisch Hall
Aibling	Hamm/Westf.	Minden	Schwalbach
Antogast	Harzburg	Mingolsheim-	Schwartau
Aspach-Rietenau	Heilbrunn	Langenbrücken	Sebastiansweiler
Baden-Baden	Hermannsborn	Münder/Deister	Seebruch
Badenweiler	Herrenalb	Münster am Stein	Segeberg
Belecke	Hersfeld	Murnau	Senkelteich
Bellingen	Hindelang-Bad Oberdorf	Nauheim	Soden/Taunus
Bentheim	Hönningen	Nenndorf	Soden bei Salmünster
Bertrich	Holthausen	Neuenahr	Sooden-Allendorf
Bocklet	Holzhausen	Neustadt/Saale	Steben
Bodendorf	Homburg v. d. H.	Nidda-Bad Salzhausen	Stuttgart-Berg
Boll	Honnet	Niederbreisig	Stuttgart-Bad Cannstatt
Bonn-Bad Godesberg	Hopfenberg	Oeynhausen	Teinach
Bramstedt	Hüsed	Orb	Tölz
Brandenburg	Iburg	St. Peter-Ording	Tönisstein
Brückenaue	Imnau	Peterstal	Überkingen
Buchau	Ingelfingen	Pymont	Vilbel
Daun	Karlshafen	Raffelberg	Waldliesborn
Ditzenbach	Kellberg	Randringhausen	Waldsee
Driburg	Kissingen	Rappenaue	Wanne-Eickel
Dürkheim	König	Ravensberg	Weiler/Allgäu
Dürrheim	Königshofen im Grabfeld	Reichenhall	Westernkotten
Eberbach	Kohlgrub	Rippoldsau	Wiesbaden
Eilsen	Kreuth (Wildbad)	Rottenburg-Niedernau	Wiessee
Ems	Kreuznach	Rothenfelde	Wildbad
Essen	Krozingen	Säckingen	Wildstein
Feilnbach-Wiechs	Krumbach	Salzdetfurth	Wildungen
Friedrichshall	Laer	Salzgitter	Wilhelmshaven
Füssen-Bad Faulenbach	Liebenzell	Salzig	Wimpfen
Füssing	Lippspringe	Salzschlirf	Windsheim
Gaggenau-Rotenfels	Ludwigsburg-Hoheneck	Salzflun	Wurzach
Gandersheim	Lüneburg	Sassendorf	

Seeheilkuren

1. Nordsee	Helgoland	Wennigstedt/Sylt	Glücksburg
	Juist	Westerland/Sylt	Grömitz
	Langeoog	Wittdün/Amrum	Haffkrug-Scharbeutz
Baltrum	Norddorf/Amrum	Wyk auf Föhr	Kellenhusen
Borkum	Norderney		Niendorf
Büsum	St. Peter Ording	2. Ostsee	Timmendorfer Strand
Cuxhaven mit Duhnen und Döse	Spiekeroog	Dahe	Travemünde/Lübeck
	Wangerooge		

Herausgeber: **Evang. Oberkirchenrat, 75 Karlsruhe 1, Blumenstraße 1, Telefon 1471.**
 Erscheint nach Bedarf. An kirchliche Dienststellen der Landeskirche unentgeltliche Lieferung.
 Druck: **Engelhardt & Bauer, Karlsruhe.**

