

Gesetzes- u. Verordnungsblatt

der

Evangelischen Landeskirche in Baden

Ausgegeben

Karlsruhe, den 24. Februar

1975

Inhalt:

Verordnung:	Seite
Sechste Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen	9
Änderung der Beihilfeverordnung	10

Sechste Verordnung

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

Vom 4. Dezember 1974

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 verordnet:

§ 1

Die durch die Verordnung des Finanzministeriums Baden-Württemberg vom 10. Oktober 1974 (Gesetzblatt für Baden-Württemberg S. 435) 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 4. Dezember 1974

Der Landeskirchenrat
Heidland

Änderung der Beihilfenverordnung

Die im VBl. 1973 Seite 32 abgedruckte Beihilfenverordnung (einschließlich zugehöriger Hinweise aus GABl. 1970 S. 549 und 1973 S. 612) wird gemäß obiger Verordnung und dem Schreiben des Finanzministeriums Baden-Württemberg vom 13. 12. 1974 (GABl. 1975 S. 96) wie folgt geändert:

1. In § 1 Absatz 1 wird das Wort „Vollwaisengeld“ ersetzt durch „Waisengeld“.

2. Die Hinweise zu § 3 Absatz 1 erhalten folgende Fassung:

„1. Aufwendungen im Sinne dieser Vorschrift sind nur die in den §§ 4 bis 11 näher bezeichneten Kosten.

2. Aufwendungen, die das Sechsfache der Sätze der Gebührenverzeichnisse (Anlagen zu den Gebührenordnungen für Ärzte bzw. Zahnärzte vom 18. März 1965 BGBl. I Seite 89, 123) übersteigen, können im Einzelfall nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn auf Grund besonderer Prüfung festgestellt wird, daß die Aufwendungen noch angemessen sind. Mehraufwendungen für die Inanspruchnahme einer ersten ärztlichen Fachkraft ohne zwingenden Anlaß sind nicht beihilfefähig. Notwendige Aufwendungen, die nach § 5 der Gebührenordnungen neben den in den Gebührenverzeichnissen aufgeführten Leistungen berechnet werden dürfen, sind in angemessenem Umfang beihilfefähig.

*3. Als Vertrauensarzt gilt nur ein vom Evang. Oberkirchenrat hierzu beauftragter Arzt.“

3. Die Hinweise 4 und 5 zu § 3 Absatz 2 erhalten folgende Fassung:

„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 in ein Krankenhaus aufnehmen, so sind der Pflegesatz und etwaige Nebenleistungen (§ 4 Absatz 1 Nr. 2 a, b) durch Leistungen der Krankenkasse gedeckt und damit nicht beihilfefähig, während zu den Kosten für den Arzt, für ein Zweibettzimmer u. a. (§ 4 Absatz 1 Nr. 2 c, d, e) Beihilfen zu gewähren sind.

5. Da Versicherten von der Krankenkasse bei Heilbehandlung durch Heilpraktiker, durch nicht von der Kasse zugelassene Ärzte und für ärztliche Behandlung im Krankenhaus sowie für ein Zweibettzimmer (§ 4 Absatz 1 Nr. 2 c, d, e) 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.“

4. § 4 Absatz 1 Nr. 2 nebst Hinweisen erhält folgende Fassung:

„2. Leistungen, die bei Unterbringung in unter die Bundespflegesatzverordnung fallenden Krankenhäusern öffentlich-rechtlicher Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen, caritativen, freigemeinnützigen oder privaten gemeinnützigen Krankenhäusern entstehen, und zwar im einzelnen:

a) allgemeine Krankenhausleistungen (§§ 3 und 4 BPfIV) — bei Alleinstehenden gekürzt um 8,— DM täglich —,

b) Nebenleistungen (§ 5 BPfIV),

c) gesondert berechnete ärztliche Leistungen in angemessenem Umfang (§ 6 BPfIV),

d) gesondert berechnete Unterkunft (§ 6 BPfIV) bis zur Höhe der Kosten für ein Zweibettzimmer in angemessenem Umfang, wenn die Unterkunft im Zweibettzimmer nicht bereits in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten ist,

e) andere Leistungen nur im Rahmen der Nrn. 1, 3 und 6 bis 10,

es sei denn, daß § 5 oder § 6 anzuwenden ist. Bei Unterbringung in anderen Krankenhäusern sind die Kosten insoweit beihilfefähig, wie sie für vergleichbare Leistungen in vorstehend bezeichneten Krankenhäusern am selben Ort oder in seiner Umgebung beihilfefähig wären;

1. Diese Vorschrift erfaßt jetzt alle Aufwendungen, die bei einer Unterbringung in einem Krankenhaus entstehen. Die Aufwendungen werden einzeln bezeichnet und jeweils der Umfang ihrer Beihilfefähigkeit bestimmt.

2. Nicht alleinstehend ist der Beihilferechtigte, der in seiner Wohnung einer anderen Person nicht nur vorübergehend Unterkunft und Unterhalt gewährt, weil er gesetzlich oder sittlich dazu verpflichtet ist. Der Abzug von 8,— DM täglich ist nur von dem allgemeinen oder besonderen Pflegesatz (Buchstabe a) zulässig, wenn dieser beihilfefähig ist.

3. Die in Buchstabe c und d genannten Kosten sind in angemessenem Umfang beihilfefähig, die Prüfung der Notwendigkeit entfällt hier.

4. Falls eine bessere Unterbringung medizinisch notwendig ist, darf das Krankenhaus Leistungen nach Buchstabe d nicht berechnen, da alle medizinisch notwendigen Leistungen bereits mit dem Pflegesatz abgegolten sind.

5. In Buchstabe e sind insbesondere die Kosten für den Belegarzt, für Begutachtung (vergl. § 7 BPfIV) und — soweit bei Unterbringung im Krankenhaus neben Leistungen nach Buchstabe a und b noch gesondert berechenbar — Heilbehandlungen, Hilfsmittel und Beförderungskosten zum und vom Krankenhaus erfaßt.

6. Nicht unter die Bundespflegesatzverordnung fallen Krankenhäuser, deren Träger der Bund oder ein Träger der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung ist, Polizeikrankenhäuser (§ 3 KHG, BGBl. I 1972 S. 1009) sowie private nicht gemeinnützige Krankenhäuser, Tuberkulosekrankenhäuser und Kurkrankenhäuser (§ 4 Absatz 3 Nr. 2, 4, 7 in Verbindung mit § 20 KHG).“

5. Den Hinweisen zu § 4 Absatz 1 Nr. 6 wird angefügt:

„4. Zu den Verbandmitteln und dergleichen gehören bei Kranken, die unter Harn- und Stuhl-Inkontinenz leiden, auch der notwendige laufende Bedarf an Gummihosen, Zellstoff, Mullunterlagen und dergleichen.“

6. Die Anlage Verzeichnis zu § 4 Absatz 1 Nr. 9 BV wird wie folgt geändert:

a) In Abschnitt I erhält Nr. 15 folgende Fassung:
„15. Hörapparate bis zum Höchstbetrag von

- 850,— DM, bei binauraler Versorgung bis zum Höchstbetrag von 1 500,— DM“,
- b) in Abschnitt I erhält Nr. 26 folgende Fassung:
„26. orthopädische Maßschuhe, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 60,— DM übersteigen“,
- c) in dem Hinweis zu Abschnitt II wird das Wort „Gummiunterlagen“ ersetzt durch „Bett-
röste“.
- d) Abschnitte V bis VII erhalten folgende Fassung:
„V. Die Aufwendungen für vom Arzt schriftlich verordnete Sehhilfen sind beihilfefähig, für Brillengestelle jedoch nur bis zum Höchstbetrag von 80,— DM. Werden Sehhilfen ohne ärztliche Verordnung vom Optiker angepaßt, so sind für das Brillengestell höchstens 80,— 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 drei 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. Aufwendungen für die Entspiegelung (sog. Vergütung) und die Tönung von Brillengläsern sind bei Vorliegen einer entsprechenden ärztlichen Verordnung 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 Haftschaalen, 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- und 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 die Festsetzungsstelle mit Zustimmung des Finanzministeriums Aufwendungen für in Abschnitt I bis V nicht erfaßte Hilfsmittel und Geräte für beihilfefähig erklären, wenn nachgewiesen ist, daß diese unbedingt notwendig sind.“

7. Der Hinweis § 4 Absatz 1 Nr. 10 erhält folgende Fassung:

„Als Ort in der nächsten Umgebung ist derjenige anzusehen, der nicht weiter entfernt liegt als der nächste Ort mit einem Krankenhaus für Allgemeinmedizin, das für die Versorgung der Kranken des betreffenden Ortes allgemein in Betracht kommt.“

8. Die Hinweise zu § 4 Absatz 2 werden wie folgt geändert:

In Hinweis 1 wird gestrichen:

„Intravenöse und intraarterielle Sauerstoffsufflationen“;

am Schluß wird eingefügt:

„Behandlung mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr

Bruchheilung ohne Operation durch Einspritzungen.“

In Hinweis 2 wird eingefügt:

„Gasinsufflationen (intravenöse und intraarterielle Sauerstoffsufflationen).“

9. In § 6 Absatz 2 Nr. 3 werden die Worte „§ 4 Absatz 1 Nr. 2 letzter Satz ist anzuwenden“ ersetzt durch „— bei Alleinstehenden gekürzt um 8,— DM täglich —“

10. § 8 Abs. 1 nebst Hinweisen dazu erhält folgende Fassung:

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei bestimmten zahnärztlichen Sonderleistungen

(1) Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den Nrn. 6, 7, 14 bis 24, 89 bis 104 der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18. März 1965 (BGBl. I Seite 123) einschließlich der in § 5 Absatz 2 der Gebührenordnung aufgeführten Kosten und für kieferorthopädische Leistungen unter der weiteren Voraussetzung des Absatzes 2 sind beihilfefähig, wenn bei Beginn der Behandlung

1. der Beihilfeberechtigte mindestens 1 Jahr ohne von ihm zu vertretende längere Unterbrechung oder insgesamt mindestens 10 Jahre im öffentlichen Dienst beschäftigt ist und
2. nicht feststeht, daß er in den nächsten drei Monaten aus dem öffentlichen Dienst ausscheidet und keine Beihilfeberechtigung als Versorgungsempfänger erlangt.

§ 7 Absatz 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.

1. Nach dem Wegfall der bisherigen Höchstsätze sind die notwendigen Kosten in angemessenem Umfang beihilfefähig, vergl. § 3 Absatz 1 und die Hinweise dazu.

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

*3. Die sechsfachen Sätze der einschlägigen GOZ-Nummern betragen:

GOZ-Nr.	DM	GOZ-Nr.	DM		
6	48,—	91 a)	360,—	b)	180,—
7	120,—	b)	450,—	c)	270,—
14	180,—	c)	540,—	d)	180,—
15 a)	180,—	d)	600,—	e)	240,—
b)	210,—	92 a)	240,—	f)	180,—
c)	240,—	b)	480,—	g)	600,—
16	48,—	c)	900,—	h)	300,—
17	48,—	d)	600,—	99 a)	90,—
18 a)	180,—	e)	900,—	100 a)	90,—
b)	120,—	f)	1 200,—	b)	120,—
19 a)	30,—	g)	1 500,—	c)	120,—
b)	60,—	h)	2 100,—	d)	150,—
20 a)	300,—	i)	2 700,—	e)	180,—
b)	360,—	93	180,—	f)	210,—
c)	450,—	94	72,—	g)	300,—
d)	540,—	95 a)	120,—	101 a)	240,—
21	120,—	b)	180,—	b)	360,—
23 a)	48,—	c)	120,—	102	720,—
b)	72,—	96 a)	360,—	103 a)	480,—
24 a)	48,—	b)	480,—	b)	240,—
b)	120,—	c)	600,—	c)	900,—
89	48,—	97	720,—	104 a)	900,—
90	480,—	98 a)	120,—	b)	1 500,—

Der bisherige Absatz 2 wird gestrichen, Absatz 3 wird Absatz 2.

11. In § 9 Absatz 1 Nr. 3 werden die Worte „die Unterkunft, Pflege und Verpflegung“ ersetzt durch „Leistungen bei Unterbringung“.

12. § 11 Absatz 4 Satz 2 erhält folgende Fassung: „Zur Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist die Zustimmung der obersten Dienstbehörde, im Bereich der Landesverwaltung auch die des Finanzministeriums erforderlich.“

13. § 12 Absatz 3 erhält folgende Fassung: „Für Empfänger von Versorgungsbezügen erhöht sich der zustehende Bemessungssatz um 10 vom Hundert, wenn der monatlich vor Anrechnung von Renten oder Eintreten von Ruhensregelungen zustehende Bruttoversorgungsbezug das Mindestruhegehalt nach § 134 des Landesbeamtengesetzes mit Ortszuschlag der Stufe 2, Ortsklasse S, örtlicher Sonderzuschlag nicht übersteigt.“

Der Hinweis 3 wird aufgehoben.

14. Der Hinweis zu § 12 Absatz 4 erhält folgende Fassung:

„Für den Begriff der Einkünfte ist das Einkommensteuerrecht maßgebend (§ 2 EStG). Im Regelfall genügt die Versicherung des Beihilfeberechtigten über die Höhe der Einkünfte. 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.“

15. § 12 Absatz 6 erhält folgende Fassung:

„(6) Der nach Absatz 1 bis 4 zustehende Bemessungssatz erhöht sich für Aufwendungen, die nach § 4 Absatz 1 Nr. 2 — ggf. in Verbindung mit § 9 — oder nach § 5 beihilfefähig sind, 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.“

Die bisherigen Hinweise zu Absatz 6 werden aufgehoben.

16. § 14 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Die Neufassung des § 4 Absatz 1 Nr. 2 und des § 12 Absatz 6 tritt mit Wirkung vom 1. Januar

1974 in Kraft. Ist zu Aufwendungen, die nach dem 31. Dezember 1973 entstanden sind, eine Beihilfe nach bisherigem Recht gewährt worden, so wird auf Antrag die Beihilfe nach diesen Vorschriften neu festgesetzt, wenn es für den Beihilfeberechtigten günstiger ist.

Die übrigen Änderungen treten mit Wirkung vom 1. Oktober 1974 in Kraft; sie gelten auch für vorher entstandene Aufwendungen, die nach dem Inkrafttreten erstmalig geltend gemacht werden.

17. Im Verzeichnis der **Klimaheilkurorte**

ist einzufügen:

„Daun/Eifel

Schluchsee“

der Ortsname Hindelang ist zu ergänzen um den Zusatz:

„einschließlich Ortsteil Unterjoch“

und der Ortsname Oberstaufen ist zu ergänzen um:

„einschließlich Ortsteile Thalkirchdorf, Buflings, Höfen, Saneberg, Sinswang und Steinebach.“

18. Im Verzeichnis der **Kneippheilkurorte**

ist zu streichen: „Konstanz“

einzufügen: „Scheidegg einschließlich Gemeindeteil Scheffau Lindau“,

zu ergänzen

der Ortsname: Hopfen am See um „einschließlich Gemeindeteile Fischerbichl, Eschach, Erkenbollingen, Häusern und Heidelsbuch“

und der Ortsname Oberstaufen um den Zusatz

„einschließlich Ortsteile Thalkirchdorf, Buflings, Höfen, Saneberg, Sinswang und Steinebach“

19. Das Verzeichnis der **Mineral- und Moorbadekurorte** (aus dem MinBlFin 1972 Seite 571 mit Ergänzungen 1974 Seite 50, 327 und 617) ist zu ergänzen beim Ortsnamen Füssing durch

„einschließlich Gemeindeteile Eggfling und Würding“

und beim Ortsnamen Heilbrunn

„einschließlich Gemeindeteile Hub, Oberbuchen und Ramsau.“

Ferner ist anzufügen

„Zwischenahn.“

20. Das Verzeichnis der **Seeheilkurorte**

ist in Teil 2. (Ostsee) zu ergänzen um

„Burg auf Fehmarn
Damp
Heiligenhafen“.

Es wird besonders darauf hingewiesen, daß **freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung** (z. B. bei AOK, Ersatzkassen) **Versicherte**, die keinen Arbeitgeberzuschuß zum Krankenversicherungsbeitrag erhalten, gemäß Hinweis 4 zu § 3 Abs. 2 BV bei Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers im Krankenhaus im Gegensatz zur bisherigen Praxis in Ansehung der ergangenen Rechtsprechung (vgl. auch Urteil des BAG vom 14. 7. 1971 — 4 AZR 386/70) **keine Beihilfe mehr** für den von der Krankenkasse voll übernommenen **allgemeinen oder besonderen Pflegesatz** erhalten können. Die Mehrkosten für das Zweibettzimmer bleiben beihilfefähig. Vgl. GABl 1974 S. 842.