

Gesetz- und Verordnungsblatt

für die Evangelisch-Lutherische Kirche in Oldenburg

XXII. Band 3. Stück

TEIL I

Ausgegeben den 6. Juli 1990

	Seite
Inhalt: Nr. 33 Neubesetzung des Theologischen Prüfungsamtes der Konföderation evangelischer Kirchen in Niedersachsen . . .	26
Nr. 34 Kirchengesetz über die Errichtung einer landeskirchlichen Pfarrstelle am Landeskrankenhaus Wehnen	26
Nr. 35 Bekanntmachung der Satzung des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg e. V.	26
Nr. 36 Ordnung für die Evangelische Jugendarbeit in der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg	29
Nr. 37 Bekanntmachung der Wahl eines Mitgliedes der Diakonischen Konferenz	31
Nr. 38 Bekanntmachung betreffend Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen vom 29. 11. 1989	31
Nr. 39 Bekanntmachung der vom Ev.-luth. Oberkirchenrat genehmigten Kirchensiegel	66
Nachrichten	66

Nr. 33

Neubesetzung des Theologischen Prüfungsamtes der Konföderation evangelischer Kirchen in Niedersachsen

Nachstehend gibt der Oberkirchenrat die Neubesetzung des Theologischen Prüfungsamtes der Konföderation evangelischer Kirchen in Niedersachsen (Kirchl. Amtsblatt Hannover Nr. 1/1990, Seite 1), bekannt.

Oldenburg, den 18. Mai 1990

Der Oberkirchenrat
der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
Dr. Schäfer
Oberkirchenrat

Theologisches Prüfungsamt der Konföderation evangelischer Kirchen in Niedersachsen

Hannover, den 19. Januar 1990

Der Rat der Konföderation evangelischer Kirchen in Niedersachsen hat gemäß § 2 Abs. 2 des Gemeinsamen Prüfungsgesetzes (ThPrG) vom 20. Januar 1975 (Kirchl. Amtsbl. Hannover S. 19), geändert durch Kirchengesetz vom 30. Juni 1981 (Kirchl. Amtsbl. Hannover S. 55) für die am 1. April 1990 beginnende sechsjährige Amtszeit zu Mitgliedern des Prüfungsamtes berufen:

Vorsitzender:
Landesbischof Professor Dr. Heubach, Bückeburg
stellvertretender Vorsitzender:
Vizepräsident Dr. Linnenbrink, Hannover
Oberlandeskirchenrat Becker, Wolfenbüttel
Oberlandeskirchenrat Behrens, Hannover
Oberlandeskirchenrat Kampermann, Hannover
Landeskirchenrat Dr. Kubik, Bückeburg
Oberkirchenrat Professor Dr. Schäfer, Oldenburg
Oberlandeskirchenrat Uhlhorn, Hannover.

Der Vorsitzende des Prüfungsamtes wird in Eilfällen (§ 8 Abs. 1 des Gemeinsamen Prüfungsgesetzes) wie folgt vertreten:

bei Fällen aus
der Ev.-luth. Landeskirche in Braunschweig
durch Oberlandeskirchenrat Becker,
der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers
durch Vizepräsident Dr. Linnenbrink,
der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
durch Oberkirchenrat Professor Dr. Schäfer,
der Ev.-Luth. Landeskirche Schaumburg-Lippe
durch Landeskirchenrat Dr. Kubik.

Der Rat der Konföderation evangelischer Kirchen in Niedersachsen

Hirschler
Vorsitzender

Nr. 34

Kirchengesetz über die Errichtung einer landeskirchlichen Pfarrstelle am Landeskrankenhaus Wehnen

Der Oberkirchenrat verkündet nach erfolgter Zustimmung der Synode als Kirchengesetz was folgt:

§ 1

Für die Seelsorge am Landeskrankenhaus Wehnen wird eine landeskirchliche Pfarrstelle errichtet.

§ 2

Der Oberkirchenrat trifft die zur Durchführung dieses Kirchengesetzes erforderliche Anordnung.

Oldenburg, den 17. Mai 1990

Der Oberkirchenrat
der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
Dr. Sievers
Bischof

Nr. 35

Bekanntmachung der Satzung des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg e. V.

Die Diakonische Konferenz hat am 10. Mai 1990 die Änderung der Satzung des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg e. V. beschlossen. Die 44. Synode hat am 15. Mai 1990 zugestimmt. Der Oberkirchenrat gibt die neue Fassung der Satzung nachstehend bekannt.

Oldenburg, den 28. Mai 1990

Der Oberkirchenrat
der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
Schrader
Oberkirchenrat

Satzung des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg e. V.

vom 10. Mai 1990

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Name, Sitz und Geschäftsjahr:

(1) Das Diakonische Werk der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg (Diakonisches Werk) ist ein Verein. Er hat seinen Sitz in Oldenburg und ist im Vereinsregister eingetragen. Er führt den Namen „Diakonisches Werk der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Oldenburg e. V.“

(2) Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 2

Zweck und Aufgaben:

(1) Das Diakonische Werk soll zum Dienst christlicher Liebe im Gehorsam des Glaubens aufrufen und seinen Mitgliedern bei der Gestaltung dieses Dienstes helfen.

(2) Es faßt die Träger diakonisch-missionarischer Arbeit ohne Rücksicht auf ihre Rechtsform zu gegenseitiger Unterstützung und zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben zusammen.

(3) Das Diakonische Werk führt die Aufgaben des Oldenburgischen Landesvereins für Innere Mission e. V. und des Evangelischen Hilfswerks nach Maßgabe des Kirchengesetzes über die Diakonie in der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg vom 29. November 1974 (Diakonie-Gesetz) fort.

(4) Als anerkannter Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege arbeitet das Diakonische Werk mit den Organen der Sozial- und Jugendhilfe sowie der freien Wohlfahrtspflege zusammen und vertritt diesen gegenüber und in der Öffentlichkeit die diakonisch-missionarische Arbeit der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg.

(5) Das Diakonische Werk pflegt die Zusammenarbeit mit den Trägern des diakonischen Dienstes im Bereich der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Ökumene.

(6) Das Diakonische Werk betreibt eigene Einrichtungen und Anstalten; das Recht der Mitglieder, ihrerseits das gleiche zu tun, bleibt unberührt.

(7) Das Diakonische Werk ist unter Beachtung von Artikel 14 des Loccumer Vertrages verantwortlich für die Durchführung aller Sammlungen für diakonisch-missionarische Zwecke im Bereich der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg.

(8) Das Diakonische Werk kann Hilfsbedürftigen auch in Einzelfällen Unterstützung gewähren.

§ 3

Gemeinnützigkeit und Zugehörigkeit zum Spitzenverband:

(1) Das Diakonische Werk erfüllt unmittelbar und ausschließlich gemeinnützige, mildtätige und kirchliche Zwecke im Sinne des Abschnitts „Steuerbegünstigte Zwecke“ der Abgabenordnung. Das Werk ist selbstlos tätig und verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke.

(2) Das Werk ist Mitglied des als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege anerkannten Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland.

II. Mitgliedschaft im Diakonischen Werk

§ 4

(1) Das Diakonische Werk hat ordentliche Mitglieder, Gastmitglieder und fördernde Mitglieder. Ordentliche Mitglieder haben alle Rechte und Pflichten eines Vereinsmitgliedes, Gastmitglieder und fördernde Mitglieder nur die, die ihnen durch diese Satzung eingeräumt oder auferlegt sind.

(2) Der Erwerb jeder Art von Mitgliedschaft im Diakonischen Werk bedarf, soweit nicht das Diakonie-Gesetz oder diese Satzung etwas anderes bestimmen, eines Antrages. Über den Antrag entscheidet der Vorstand.

§ 5

Ordentliche Mitgliedschaft:

(1) Ordentliche Mitglieder sind mit dem Inkrafttreten dieser Satzung

1. die Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg sowie deren Kirchenkreise und Kirchengemeinden.
2. natürliche und juristische Personen sowie ohne Rücksicht auf ihre Rechtsform die im Bereich der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg tätigen Verbände, Vereine, Stiftungen, Anstalten und sonstigen Einrichtungen der christlichen Liebestätigkeit, die bei Inkrafttreten dieser Satzung bereits Mitglied des Oldenburgischen Landesvereins für Innere Mission e. V. waren.

(2) Als ordentliche Mitglieder können aufgenommen werden

1. die evangelischen Freikirchen im Bereich der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg,
2. evangelische diakonisch-missionarische Einrichtungen im Sinne von § 2 Abs. 1 b) des Diakoniegesetzes,
3. evangelisch-diakonische Berufsverbände im Bereich der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg.

4. Männer und Frauen, die Glieder der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg sind.

§ 6

Gastmitglieder:

Als Gastmitglieder können aufgenommen werden Träger von Einrichtungen, die die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft im Diakonischen Werk nicht vollständig erfüllen, jedoch im diakonischen Sinne wirken.

§ 7

Fördernde Mitglieder:

Als fördernde Mitglieder können natürliche und juristische Personen aufgenommen werden, die bereit sind, das Diakonische Werk mit Geld- oder Sachzuwendungen zu unterstützen.

§ 8

Rechte und Pflichten der Mitglieder:

(1) Alle Mitglieder des Diakonischen Werkes behalten unbeschadet ihrer Zugehörigkeit zum Diakonischen Werk ihre rechtliche Selbständigkeit. Ordentliche Mitglieder, die Einrichtungen im Sinne von § 2 Abs. 1 b) des Diakonie-Gesetzes sind, führen das Kronenkreuz. Sie sind verpflichtet, ihre Satzungen und Satzungsänderungen dem Diakonischen Werk zur Kenntnisnahme vorzulegen.

(2) Die ordentlichen Mitglieder haben einen von der Diakonischen Konferenz festzusetzenden Jahresbeitrag zu zahlen.

(3) Für alle Mitglieder, die Einrichtungen im Sinne von § 2 Abs. 1 b) des Diakonie-Gesetzes sind, besteht die Verpflichtung zur ordnungsgemäßen Wirtschafts- und Buchführung nach kaufmännischen Grundsätzen. Die Jahresrechnungen sind regelmäßig durch unabhängige Prüfungsinstitutionen der Diakonie oder der Kirche oder durch öffentlich bestellte Wirtschaftsprüfer zu prüfen.

Auf Beschluß des Vorstandes kann die Landesgeschäftsstelle des Diakonischen Werkes selbst oder durch Beauftragte eine Prüfung bei den Einrichtungen dieser Mitglieder vornehmen lassen, wenn diese eine ausreichende Prüfung nicht nachweisen können.

(4) Die Mitglieder gemäß § 2 Absatz 1 b) des Diakonie-Gesetzes sind verpflichtet, das Kirchliche Arbeitsvertragsrecht der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg oder aber eine kirchlich-diakonische Arbeitsvertragsordnung wesentlich gleichen Inhalts anzuwenden, soweit dem keine zwingenden Gründe im Einzelfall entgegenstehen.

(5) Die Mitglieder gemäß § 2 Absatz 1 b) des Diakonie-Gesetzes sind verpflichtet, Mitarbeitervertretungen nach Maßgabe des für die Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg geltenden Kirchengesetzes zu bilden.

(6) Die Mitglieder gemäß § 2 Absatz 1 b) des Diakonie-Gesetzes sind verpflichtet, die Rechtsvorschriften der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg sowie die Rahmenbestimmungen des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland in ihrer jeweiligen von der Diakonischen Konferenz übernommenen Fassung anzuwenden, soweit dem keine zwingenden Gründe im Einzelfall entgegenstehen.

(7) Alle Mitglieder sollen sich an der Durchführung der vom Diakonischen Werk beschlossenen öffentlichen Sammlungen beteiligen. Die Sammlungerträge sind an die Landesgeschäftsstelle abzuführen.

(8) Von den Verpflichtungen nach Absatz 4–6 kann der Vorstand des Werkes auf Antrag eines Mitgliedes Ausnahmen zulassen. Bei Ablehnung kann das Mitglied innerhalb eines Monats Widerspruch erheben, über den die Diakonische Konferenz endgültig entscheidet.

§ 9

Beendigung der Mitgliedschaft:

(1) Mitglieder, die nicht kraft Gesetzes dem Diakonischen Werk angehören (§ 6 Diakonie-Gesetz), können ihre Mitgliedschaft unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Schluß eines Kalenderjahres kündigen.

(2) Die in § 5 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 und den §§ 6 und 7 dieser Satzung genannten Mitglieder können durch den Vorstand aus dem Diakonischen Werk ausgeschlossen werden, wenn diese die Anforderungen dieser Satzung und des Diakonie-Gesetzes nicht mehr erfüllen.

len und innerhalb einer angemessenen Frist diese Mängel nicht abstellen oder den Interessen des Diakonischen Werkes zuwiderhandeln. Gegen diese Ausschlußentscheidung kann das Mitglied innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Ausschlußbescheides Berufung bei der Diakonischen Konferenz einlegen.

Die Entscheidung über die Berufung ist endgültig.

III. Organe des Diakonischen Werkes

§ 10

Organe des Diakonischen Werkes sind:

1. die Mitgliederversammlung,
2. die Diakonische Konferenz,
3. der Vorstand.

§ 11

Mitgliederversammlung:

(1) Der Mitgliederversammlung obliegt die Wahl derjenigen Angehörigen der Diakonischen Konferenz, die die in § 5 Absatz 1 Nr. 2 und Absatz 2 dieser Satzung genannten Mitglieder vertreten sollen; sie hat ferner über die Auflösung des Vereins zu beschließen.

(2) Stimmberechtigt in der Mitgliederversammlung sind nur die ordentlichen Mitglieder des Diakonischen Werkes. Soweit sie juristische Personen sind, werden sie in der Mitgliederversammlung durch einen Bevollmächtigten vertreten, der von dem gesetzlichen Vertreter des betreffenden Mitgliedes mit schriftlicher Vollmacht auszustatten ist. Werke und Einrichtungen, die keine eigene Rechtspersönlichkeit besitzen, werden durch ihren Leiter vertreten.

(3) In der Mitgliederversammlung haben die Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg und deren Kirchenkreise gemeinsam soviel Stimmen wie alle übrigen Mitglieder insgesamt. Von diesen Stimmen entfällt $\frac{1}{10}$ auf die Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg, die übrigen auf die Kirchenkreise zu gleichen Anteilen.

(4) Die Mitgliederversammlung ist vom Vorstand des Diakonischen Werkes schriftlich einzuberufen, sobald ein ihrer Beschlußfassung unterliegender Gegenstand zur Beratung ansteht. Die Einladung erfolgt schriftlich mit einer Einladungsfrist von zwei Wochen. Den Vorsitz in der Mitgliederversammlung führt der Vorsitzende des Vorstandes oder sein Stellvertreter. Über die Beschlüsse der Mitgliederversammlung ist ein Protokoll anzufertigen, das vom Vorsitzenden der Versammlung und dem von der Versammlung von Fall zu Fall bestellten Schriftführer zu unterzeichnen ist.

(5) Die Mitgliederversammlung ist ohne Rücksicht auf die Zahl der erschienenen Mitglieder beschlußfähig.

§ 12

Diakonische Konferenz:

(1) Die Diakonische Konferenz ist eine Vertreterversammlung.

Ihr gehören an:

1. drei Mitglieder, die von der Synode der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg gewählt werden,
2. der Referent für Diakonie im Ev.-luth. Oberkirchenrat,
3. ein juristisches Mitglied der Ev.-luth. Oberkirchenrates,
4. zweiundvierzig von den Kreissynoden zu wählende Gemeindeglieder, wobei jeder Kirchenkreis drei Gemeindeglieder als Vertreter der Kirchenkreise und der Kirchengemeinden entsendet,
5. der Landespfarrer für Diakonie,
6. zwanzig weitere von der Mitgliederversammlung zu wählende Vertreter, von denen fünfzehn die in § 5 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 genannten und fünf die in § 5 Abs. 2 Nr. 4 genannten Mitglieder vertreten,
7. drei weitere von der Mitgliederversammlung zu wählende Vertreter für die Gastmitglieder und fördernden Mitglieder (§§ 6 und 7 dieser Satzung).

(2) Der Präsident der Synode und der Bischof werden zu den Sitzungen der Diakonischen Konferenz eingeladen. Ihnen ist auf Antrag das Wort zu erteilen.

(3) Die Diakonische Konferenz tritt mindestens einmal im Jahr zusammen. Die Einberufung erfolgt mit einer Frist von zwei Wochen schriftlich unter Mitteilung der Tagesordnung nach Maßgabe der Geschäftsordnung. Die Diakonische Konferenz muß außerdem einberufen werden, wenn mindestens $\frac{1}{3}$ ihrer Mitglieder, die Synode oder der Ev.-luth. Oberkirchenrat es verlangen.

(4) Die Diakonische Konferenz ist beschlußfähig, wenn mehr als die Hälfte ihrer Mitglieder anwesend ist. Sie faßt, soweit nicht zwingend andere Mehrheitsverhältnisse vorgeschrieben sind, ihre Beschlüsse mit Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Stimmenthaltungen gelten nicht als abgegebene Stimmen. Im Falle der Beschlußunfähigkeit ist binnen 4 Wochen, mit einer Einladungsfrist von 2 Wochen, die Diakonische Konferenz erneut einzuberufen; sie ist ohne Rücksicht auf die Zahl der Anwesenden beschlußfähig.

(5) Die Diakonische Konferenz gibt sich selbst eine Geschäftsordnung. Sie kann zu ihren Beratungen die leitenden Mitarbeiter der Landesgeschäftsstelle und die Kreisgeschäftsführer hinzuziehen.

(6) Die Amtsdauer der Diakonischen Konferenz beträgt 6 Jahre.

§ 13

Aufgaben der Diakonischen Konferenz sind:

1. Sie wählt die Mitglieder des Vorstandes, soweit diese Satzung nicht etwas anderes bestimmt.
2. Sie verabschiedet unter Beachtung von § 8 Abs. 2 des Diakoniegesetzes den Wirtschaftsplan und Stellenplan und beschließt über die Aufbringung der Mittel, insbesondere über die Höhe der Mitgliedsbeiträge.
3. Sie nimmt den Jahresbericht entgegen, stellt die Jahresrechnung fest und entlastet den Vorstand.
4. Ihr obliegt die Beschlußfassung über Satzungsänderungen.
5. Sie entscheidet über Berufung der Mitglieder, wenn vom Vorstand ein Ausschlußbescheid ergangen ist.
6. Sie kann zur Durchführung besonderer Aufgaben Fachausschüsse einsetzen. Ihre Amtsdauer beträgt 6 Jahre.
7. Sie beschließt über die Übernahme von Rahmenbedingungen des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland gemäß § 8 Absatz 6 dieser Satzung.

§ 14

Vorstand:

(1) Der Vorstand gemäß § 26 BGB besteht aus 11 Mitgliedern.

Ihm gehören an:

- a) ein vom Ev.-luth. Oberkirchenrat zu entsendendes Mitglied,
- b) der Landespfarrer für Diakonie,
- c) neun weitere Mitglieder, die von der Diakonischen Konferenz gewählt werden.

(2) Die Amtsdauer des Vorstandes beträgt 6 Jahre; er bleibt im Amt, bis der neue Vorstand bestellt ist.

(3) Der Vorstand wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden. Stellvertretender Vorsitzender ist der Landespfarrer für Diakonie. Der Vorstand gibt sich eine Geschäftsordnung.

(4) Der Vorstand tritt nach Bedarf, mindestens jedoch viermal im Jahr, zusammen. Er muß zusammentreten, wenn mindestens drei Mitglieder es verlangen. Der Vorstand ist mindestens 8 Tage vor der Sitzung unter Angabe der Tagesordnung schriftlich einzuladen. Er ist beschlußfähig, wenn mindestens 6 seiner Mitglieder anwesend sind. Er faßt seine Beschlüsse mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Stimmenthaltungen gelten nicht als abgegebene Stimmen. Bei Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

(5) Zur gerichtlichen und außergerichtlichen Vertretung des Diakonischen Werkes sind zwei Vorstandsmitglieder gemeinsam berechtigt, wovon eines der Vorsitzende oder sein Stellvertreter sein muß.

§ 15

Aufgaben des Vorstandes:

(1) Der Vorstand leitet das Diakonische Werk und achtet darauf, daß die Arbeit nach den Beschlüssen der Diakonischen Konferenz durchgeführt wird.

(2) Seine Aufgaben sind ferner:

1. Aufnahme und Ausschließung von Mitgliedern,
2. die Ausübung des Vorschlagsrechtes für die Berufung des Landespfarrers für Diakonie durch die Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg,
3. Wahl der Vertreter des Diakonischen Werkes für die Diakonische Konferenz des Diakonischen Werkes der Evangelischen Kirche in Deutschland,
4. Aufstellung des Wirtschaftsplanes und des Stellenplanes für das Diakonische Werk zur Vorlage an die Diakonische Konferenz,
5. Beschlußfassung über den Geschäftsverteilungsplan der Landesgeschäftsstelle,
6. Anstellung und Entlassung von leitenden Mitarbeitern der Landesgeschäftsstelle,
7. Aufstellung der Jahresrechnung zur Vorlage an die Diakonische Konferenz,
8. Beschlußfassung im Rahmen des Wirtschaftsplanes über
 - a) den Erwerb, die Veräußerung und Belastung von Grundstücken und grundstücksgleichen Rechten,
 - b) die Aufnahme von Darlehen,
 - c) die Anschaffung und Veräußerung von Wertpapieren,
 - d) die Aufnahme neuer diakonischer Aufgaben,
 - e) die Einrichtung, Abgabe oder Auflösung und wesentliche Veränderung eigener Einrichtungen sowie die Übernahme von Einrichtungen anderer Träger,
9. Annahme von Zuwendungen, soweit sie mit Auflagen verbunden sind,
10. Erwerb von Mitgliedschaften bei anderen Verbänden und Entsendung von Vertretern in die Organe von Einrichtungen,
11. Beschlußfassung über Angelegenheiten, die über den Rahmen des Wirtschaftsplanes hinausgehen und die keinen Aufschub dulden, insbesondere über Erwerb, Veräußerung und Belastung von Grundstücken und grundstücksgleichen Rechten sowie Aufnahme von Darlehen. Über diese Beschlüsse ist die Diakonische Konferenz besonders zu unterrichten.

IV. Geschäftsführung

§ 16

Landesgeschäftsstelle

(1) Das Diakonische Werk hat eine Landesgeschäftsstelle mit dem Sitz in Oldenburg, die von dem Landespfarrer für Diakonie als Direktor geleitet wird.

(2) Die Landesgeschäftsstelle ist für die laufenden Geschäfte zuständig. Sie bereitet die Sitzungen der Organe vor und führt ihre Beschlüsse aus.

§ 17

Wirtschaftsplan, Rechnungslegung

Das Diakonische Werk hat bei seiner Wirtschaftsführung die Grundsätze kaufmännischer Buchführung anzuwenden. Die Jahresrechnung und die Wirtschaftsführung sind jährlich von einer unabhängigen Treuhandsstelle zu prüfen. Der Wirtschaftsplan sowie die geprüfte und festgestellte Jahresrechnung sind der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg vorzulegen.

V. Satzungsänderung, Auflösung des Vereins

§ 18

Satzungsänderung:

(1) Eine Änderung der Satzung kann nur vom Vorstand oder von mindestens 10 Mitgliedern der Diakonischen Konferenz beantragt werden. Der Beschluß bedarf einer Mehrheit von $\frac{3}{4}$ der abgegebenen Stimmen der Diakonischen Konferenz.

(2) Satzungsänderungen bedürfen der Zustimmung der Synode nach Maßgabe von § 5 Abs. 3 des Diakonie-Gesetzes.

§ 19

Auflösung des Diakonischen Werkes:

(1) Den Antrag auf Auflösung des Diakonischen Werkes kann nur der Vorstand stellen, der dazu der Zustimmung der Diakonischen Konferenz bedarf. Der Zustimmungsbeschluß der Diakonischen Konferenz kann nur mit $\frac{3}{4}$ der abgegebenen Stimmen gefaßt werden.

(2) Der Auflösungsbeschluß der Mitgliederversammlung bedarf zu seiner Wirksamkeit der Zustimmung der Synode der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg.

(3) Bei Auflösung oder Aufhebung des Diakonischen Werkes fällt das gesamte Vermögen desselben der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg zu. Sie hat es ausschließlich und unmittelbar für gemeinnützige, mildtätige und kirchliche Zwecke im Sinne der Steuergesetze zu verwenden.

VI. Schlußbestimmungen

§ 20

Diese Satzung tritt mit dem Tage der Zustimmung durch die Synode der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg in Kraft. Zum gleichen Zeitpunkt tritt die Satzung des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg vom 30. Mai 1975 außer Kraft.

Oldenburg, 10. Mai 1990

Nr. 36

Ordnung für die Evangelische Jugendarbeit in der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg

Nachstehend gibt der Oberkirchenrat die Ordnung für die Evangelische Jugendarbeit in der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg bekannt.
Oldenburg, den 18. Mai 1990

Der Oberkirchenrat
der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
Fendler
Oberkirchenrat

Ordnung für die Evangelische Jugendarbeit in der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg

A Evangelische Jugendarbeit: Zielsetzung, Zugehörigkeit

(1) Die Gemeinde Jesu Christi ist begründet im Evangelium von der Liebe Gottes zu allen Menschen, wie sie durch Wort und Tat, Kreuz und Auferstehung Jesu Christi hörbar und sichtbar geworden ist. In der evangelischen Jugendarbeit lädt sie junge Menschen ein, das Evangelium als Lebensmöglichkeit für sich anzunehmen, kirchliches Leben mitzugestalten und Verantwortung in der Welt wahrzunehmen.

(2) Evangelische Jugendarbeit wendet sich an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Sie berücksichtigt die Lebenswirklichkeit junger Menschen und geschieht darum in den ihnen gemäßen Formen, z. B. in Gruppenarbeit und Offener Jugendarbeit, in Gottesdiensten, Freizeiten und Seminaren, in Aktions- und Projektgruppen.

(3) Evangelische Jugendarbeit ist ein Dienst der Kirche an der jungen Generation. Sie wird verantwortlich begleitet, fachlich und organisatorisch unterstützt von den mit Jugendarbeit beauftragten ehrenamtlichen, neben- und hauptberuflichen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen.

(Im folgenden ist jeweils auch die weibliche Form der Funktionsbezeichnung gemeint.)

(4) Alle im Bereich der oldenburgischen Kirche (Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg) tätigen Gruppierungen evangelischer Jugend (Gemeindejugend und Verbandsjugend: Christlicher Verein junger Menschen, Verband christlicher Pfadfinderinnen und Pfadfinder, Christliche Pfadfinder Deutschlands, Jugendbund für entschiedenes Christentum) bilden die Evangelische Jugend Oldenburg. Sie ist als Jugendverband anerkannter Träger der freien Jugendhilfe im Sinne des Jugendwohlfahrtsgesetzes.

(5) Die Evangelische Jugend Oldenburg ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen Jugend in Niedersachsen (aejn) und der Arbeitsgemeinschaft der Evangelischen Jugend in der Bundesrepublik und West-Berlin (aej).

(6) Rechtsträger der Evangelischen Jugend Oldenburg ist die Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg. Die Eigenständigkeit der in Absatz 4 genannten Verbände wird davon nicht berührt.

B Arbeitsebenen evangelischer Jugendarbeit

Die evangelische Gemeindejugend im Bereich der oldenburgischen Kirche ist zusammengeschlossen und organisiert auf den Ebenen der Kirchengemeinde, des Kirchenkreises und der oldenburgischen Kirche; ihr sind die Arbeitsformen evangelischer Jugendarbeit zuzurechnen, die nicht von einem kirchlichen Jugendverband ausgehen.

I. Jugendarbeit in der Kirchengemeinde

1. Gemeindejugendkonvent

(1) In jeder Kirchengemeinde wird ein Gemeindejugendkonvent (Jugendmitarbeiterkreis) gebildet. In ihm sollen alle Aktivitäten und Gruppen der Jugendarbeit einer Kirchengemeinde vertreten sein. Größe und Zusammensetzung des Gemeindejugendkonventes richtet sich nach den örtlichen Gegebenheiten.

Benachbarte Kirchengemeinden können einen gemeinsamen Jugendkonvent bilden, soweit dies zweckmäßig erscheint (z. B. für die Wahrnehmung der Vertretung im Gemeindejugendring).

(2) Kann kein Gemeindejugendkonvent gebildet werden, so sollte vom Gemeindekirchenrat ein Verantwortlicher benannt werden, der die Vertretung der Jugendarbeit in der Gemeinde und im Kirchenkreis wahrnimmt.

(3) Dem Gemeindejugendkonvent gehören an

1. alle in der Jugendarbeit tätigen ehrenamtlichen, neben- und hauptberuflichen Mitarbeiter,
 2. ein vom Gemeindekirchenrat entsandter Kirchenältester.
- Es können bis zu drei Glieder der Kirchengemeinde auf Vorschlag der unter Nr. 1 und 2 genannten Personen für die Dauer von drei Jahren berufen werden.

(4) Unbeschadet der Rechte des Gemeindekirchenrates soll der Gemeindejugendkonvent für die Jugendarbeit der Kirchengemeinde verantwortlich sein.

(5) Der Gemeindejugendkonvent hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Er berät alle Aufgaben der Jugendarbeit in der Kirchengemeinde, plant gemeinsame Vorhaben der Jugendarbeit, bereitet sie vor und führt sie durch.
2. Er unterstützt Maßnahmen und Projekte der Jugendarbeit im Kirchenkreis.
3. Er wirkt bei der Beantragung der für die Jugendarbeit erforderlichen Mittel mit.
4. Er schlägt dem Gemeindekirchenrat aus dem Gemeindejugendkonvent bis zu drei Vertreter für den Jugendausschuß der Gemeinde vor.
5. Er wählt bis zu zwei Vertreter in den Kreisjugendkonvent.
6. Er wählt die Vertreter in den Jugendring.
7. Er gibt sich eine Geschäftsordnung.

2. Gemeindejugenddienst

(Sonderregelung für die großen Kirchengemeinden der Kirchenkreise in der oldenburgischen Kirche)

Die neben- und hauptberuflichen Mitarbeiter in der Jugendarbeit einer Kirchengemeinde bilden gemeinsam den Gemeindejugenddienst. Seine Aufgaben entsprechen denen des Kreisjugenddienstes (II.2).

II. Jugendarbeit im Kirchenkreis

1. Kreisjugendkonvent

(1) In jedem Kirchenkreis wird ein Kreisjugendkonvent gebildet. In ihm schließen sich die aus den Gemeindejugendkonventen der

Kirchengemeinden gewählten ehrenamtlichen Jugendvertreter zum Erfahrungsaustausch, zur Förderung der praktischen Jugendarbeit und zur Wahrnehmung gemeinsamer Verantwortung zusammen.

(2) Dem Kreisjugendkonvent gehören an

1. die von den Gemeindejugendkonventen gewählten Vertreter,
2. die hauptberuflichen Mitarbeiter für Jugendarbeit des Kirchenkreises,
3. der Kreisjugendpfarrer, die Kreisjugendpfarrerin (im folgenden: Kreisjugendpfarrer).

Der Kreisjugendkonvent soll gewählte Vertreter aus der verbandlich geprägten Jugendarbeit mit beratender Stimme zulassen.

(3) Die Amtszeit des Kreisjugendkonventes beträgt zwei Jahre. Wiederwahl der Mitglieder ist zulässig.

(4) Scheidet eines der gewählten Mitglieder vorzeitig aus, wird für den Rest der Amtszeit ein Nachfolger bestellt.

(5) Die Mitglieder des Kreisjugendkonventes sollen Glieder der evangelischen Kirche sein. Sie müssen das 14. Lebensjahr vollendet haben. Die in Absatz 2 Nr. 1 genannten Personen dürfen bei ihrer Wahl das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(6) Unbeschadet der Rechte der Kreissynode und des Kreiskirchenrates hat der Kreisjugendkonvent insbesondere folgende Aufgaben:

1. Er beschließt Vorhaben und Schwerpunkte evangelischer Jugendarbeit im Kirchenkreis, plant gemeinsame Veranstaltungen und führt sie durch.
2. Er unterstützt die Jugendarbeit in den Gemeinden des Kirchenkreises und fördert die Zusammenarbeit der Gemeinden im Bereich der Jugendarbeit.
3. Er wirkt bei der Beantragung der für die Jugendarbeit des Kirchenkreises erforderlichen Mittel mit.
4. Er kann Vorschläge für die Wahl des Kreisjugendpfarrers machen und ist vor einer Berufung zu hören.
5. Er wählt einen Vertreter und einen Stellvertreter in den Landesjugendkonvent; diese dürfen nicht Vertreter der verbandlichen Jugendarbeit sein.
6. Er schlägt dem Kreiskirchenrat aus dem Kreisjugendkonvent bis zu drei Vertreter für den Jugendausschuß des Kirchenkreises vor.
7. Er wählt Vertreter in die Kreisjugendringe (Stadtjugendringe).
8. Er gibt sich eine Geschäftsordnung.

(7) Der Kreisjugendkonvent wählt für die Dauer von zwei Jahren aus seiner Mitte einen Vorstand, der die Geschäfte des Kreisjugendkonventes führt.

(8) Dem Vorstand gehören an

- der Vorsitzende,
ein stellvertretender Vorsitzender
und bis zu zwei weitere Mitglieder aus dem Kreisjugendkonvent sowie der Kreisjugendreferent/Kreisjugenddiakon und der Kreisjugendpfarrer.

2. Kirchenkreisjugenddienst

(1) Die Kreisjugendreferenten/Kreisjugenddiakone (s. u. 3) und Kreisjugendpfarrer (s. u. 4) bilden gemeinsam den Kirchenkreisjugenddienst. Er soll die Geschäftsführung der evangelischen Gemeindejugend im Kirchenkreis wahrnehmen und Mittler zwischen der Gemeindejugend und den kirchlichen Organen sein.

(2) Der Kirchenkreisjugenddienst hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Er fördert die Jugendarbeit in den Kirchengemeinden durch Beratung-, Aus- und Fortbildung der ehrenamtlichen Mitarbeiter.
2. Er unterstützt besondere Arbeitsvorhaben in der Kirchengemeinde und begleitet sie.
3. Er entwickelt in Zusammenarbeit mit dem Kreisjugendkonvent Arbeitsschwerpunkte für die Jugendarbeit im Kirchenkreis und lädt zu übergemeindlicher Zusammenarbeit ein.

4. Er berät die Kirchengemeinden und kirchlichen Gremien in Fragen der Jugendarbeit.
5. Er fördert und unterstützt die Vertretung von Jugendlichen in den Jugendgremien der Kirchengemeinde, des Kirchenkreises und den Organen der Evangelischen Jugend Oldenburg.

3. Kreisjugendpfarrer

(1) Der Kreisjugendpfarrer ist gegenüber der Kreissynode, dem Kreiskirchenrat und dem Kreisjugendkonvent dafür mitverantwortlich, daß evangelische Jugendarbeit als eine Form gemeindlichen Lebens gefördert wird.

(2) Der Kreisjugendpfarrer hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Er fördert die Verkündigung und das seelsorgerliche Handeln in der Jugendarbeit.
2. Er fördert die Zusammenarbeit aller in der Jugendarbeit des Kirchenkreises tätigen Mitarbeiter.
3. Er fördert die Verbindung zwischen der Jugendarbeit und dem kirchlichen Leben auf Kirchenkreisebene.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben ist es notwendig, daß der Kreisjugendpfarrer seinen Dienst in enger Verbindung mit dem Kreisjugendkonvent, den hauptberuflichen Mitarbeitern des Kirchenkreises und dem Landesjugendpfarramt wahrnimmt.

(3) Der Kreisjugendpfarrer wird vom Kreiskirchenrat nach Anhörung des Kreisjugendkonventes und des Pfarrkonventes berufen. Die Kreissynode ist darüber zu informieren.

(4) Der Kreisjugendpfarrer soll in einem Gottesdienst eingeführt werden.

III. Jugendarbeit auf landeskirchlicher Ebene

1. Landesjugendkonvent

(1) Der Landesjugendkonvent ist das Delegiertentreffen der Gemeindejugend in der oldenburgischen Kirche. Er setzt sich aus ehrenamtlichen Mitarbeitern zusammen, die zum Zeitpunkt der Benennung zwischen 16 und 30 Jahre alt sind. Die Delegierten vertreten die Jugend ihres Kirchenkreises.

(2) Der Landesjugendkonvent wird für die Dauer von zwei Jahren gebildet. Er tagt mindestens in der Regel zweimal im Jahr.

(3) Dem Landesjugendkonvent gehört je ein stimmberechtigter Jugendvertreter aus jedem Kirchenkreis an. Dieser und sein Stellvertreter werden in der Regel aus den Kreisjugendkonventen gewählt. Der Landesjugendkonvent kann bis zu fünf sachkundige Personen zu Mitgliedern mit beratender Stimme berufen.

Der Landesjugendpfarrer gehört dem Landesjugendkonvent mit beratender Stimme an.

(4) Der Landesjugendkonvent hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Er fördert den Erfahrungsaustausch über Formen, Ziele und Aufgaben der Jugendarbeit.
2. Er organisiert und plant gemeinsame Veranstaltungen und trifft Vereinbarungen über Arbeitsschwerpunkte und Aktionen.
3. Er richtet Eingaben und Anträge an die Jugendkammer.
4. Er wählt Vertreter für die Jugendkammer der oldenburgischen Kirche sowie Vertreter in den Arbeitskreis der Landesjugendvertretungen in der Evangelischen Kirche in Deutschland.
5. Er gibt sich eine Geschäftsordnung.

(5) Der Landesjugendkonvent wählt für die Dauer seiner Amtszeit aus seiner Mitte einen Vorstand, der die Geschäfte des Landesjugendkonventes zwischen den Tagungen führt.

Der Vorstand besteht aus dem Vorsitzenden des Landesjugendkonventes, dessen Stellvertreter und bis zu zwei weiteren Mitgliedern des Landesjugendkonventes sowie dem Landesjugendpfarrer.

2. Konferenz für Jugendarbeit in Oldenburg (KJO)

(1) Der Konferenz für Jugendarbeit gehören an:

1. je ein hauptberuflicher Mitarbeiter für Jugendarbeit aus den Kreisjugenddiensten der Kirchenkreise,

2. der Landesjugendpfarrer.

3. Der Pfarrer für jugend- und schulbezogene Arbeit und die Referenten aus dem Landesjugendpfarramt können nach Absprache mit dem Geschäftsführenden Ausschuß als Gäste teilnehmen.

(2) Die Konferenz für Jugendarbeit hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Sie fördert den Erfahrungsaustausch unter den Konferenzmitgliedern und organisiert die gegenseitige fachliche Beratung.
2. Sie bemüht sich um die Koordination der Arbeitsvorhaben in den Kirchenkreisen und des Landesjugendpfarramtes.
3. Sie vereinbart Maßnahmen zur Aus- und Fortbildung ehrenamtlicher Mitarbeiter und für die Fortbildung hauptberuflicher Mitarbeiter in der Jugendarbeit.
4. Sie kann für besondere Aufgaben Ausschüsse bilden. Zur Weiterbehandlung aufgeworfener Fragen kann sie sich an die Jugendkammer wenden.
5. Sie wählt den Vertreter der Konferenz für die Jugendkammer.
6. Sie bildet einen Geschäftsführenden Ausschuß (GA), dem die Vorbereitung, Tagungsleitung, Protokollführung sowie Nachbereitung der Konferenz obliegt.

(3) Der Geschäftsführende Ausschuß besteht aus drei Mitgliedern, die aus der Mitte der Konferenz gewählt werden. Der Landesjugendpfarrer gehört dem Geschäftsführenden Ausschuß als geborenes Mitglied an.

(4) Die Konferenz für Jugendarbeit tritt bis zu sechsmal im Jahr zusammen. Sie wird vom Geschäftsführenden Ausschuß einberufen.

(5) Der für Jugendarbeit zuständige Referent im Oberkirchenrat wird zu den Sitzungen eingeladen.

C. Jugendkammer

(s. GBVI., XXI. Band, 11. Stück, S. 164)

D. Landesjugendpfarramt der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg

(s. GVBl. XXI. Band, 7. Stück, S. 87)

Nr. 37

Bekanntmachung

der Wahl eines Mitgliedes der Diakonischen Konferenz

Die 44. Synode hat auf ihrer Tagung am 17. Mai 1990 gemäß § 13 Abs. 2 Nr. 1 der Satzung des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg vom 10. Mai 1990 (GVBl. XXII. Band, Seite 26) den Synodalen

Hans-Jürgen Kühn
Wicheler Weiden 6
2842 Lohne

als Mitglied der Diakonischen Konferenz gewählt.

Oldenburg, den 21. Mai 1990

Der Oberkirchenrat
der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
Schrader
Oberkirchenrat

Nr. 38

Bekanntmachung

betreffend Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen vom 29. 11. 1989

Die für das Land Niedersachsen geltenden Beihilfenvorschriften sind mit Wirkung vom 1. Januar 1990 geändert worden. Gemäß § 49 Abs. 2 des Pfarrergesetzes der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg in der Fassung vom 6. August 1984 (GVBl. XX. Band, Seite 299) in Verbindung mit § 2 des Kirchengesetzes der Konföderation evangelischer

Kirchen in Niedersachsen über die Pfarrerbesoldung und -versorgung vom 2. September 1981 (GVBl. XX. Band, Seite 37), der §§ 20 und 21 des Kirchengesetzes über die Dienstverhältnisse der Mitglieder und Beamten des Oberkirchenrates in der Fassung vom 29. November 1989 (GVBl. XXII. Band, Seite 17) und gemäß § 2 der Dienstvertragsordnung vom 16. Mai 1983 (GVBl. XX. Band, Seite 121), in Verbindung mit § 40 des Bundes-Angestelltentarifvertrages und § 46 des Manteltarifvertrages für Arbeiter der Länder (GVBl. XX. Band, Seite 198 und Seite 265) werden Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen in entsprechender Anwendung der im Land Niedersachsen geltenden Bestimmungen gewährt.

Nachstehend drucken wir die im Bereich der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg anzuwendenden Beihilfevorschriften mit vier Anlagen und Hinweisen zur Anwendung der Vorschriften ab. Die Änderungen zu den Beihilfevorschriften sind bei uns mit Wirkung vom 1. Januar 1990 in Kraft getreten. Die mit Bekanntmachung vom 30. August 1985 (GVBl. XXI. Band, Seite 25) abgedruckten Beihilfevorschriften werden zum 31. Dezember 1989 außer Kraft gesetzt.

Für die vor dem 1. Januar 1990 entstandenen Aufwendungen sind die bis dahin geltenden Vorschriften anzuwenden.

In den Fällen, in denen nach § 5 Abs. 4 Nr. 3, § 14 Abs. 6 Nr. 3 BhV und nach Anlage 2 Nr. 10 die Zuständigkeit des Landesministers der Finanzen gegeben ist, tritt an seine Stelle für den Anwendungsbereich in der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg der Oberkirchenrat.

Der Oberkirchenrat weist auf folgende Änderungen der Vorschriften besonders hin:

1. Arznei-, Verband- und Hilfsmittel

- a) Einführung von „Festbeträgen“ als beihilfefähige Höchstbeträge bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1.1. 1990 (bei privat und nicht versicherten Personen erst nach gesonderter Bekanntgabe durch den Bundesminister des Innern).
- b) Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
 - Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben,
 - Mund- und Rachtentherapeutika,
 - Abführmittel und Arzneimittel gegen Reisekrankheit.
- c) Bei Hilfsmitteln werden z. T. weitere Höchstbeträge und Eigenanteile eingeführt. Ein Brillengestell ist künftig nur noch mit DM 40,00 beihilfefähig, die Beihilfe darf jedoch DM 20,00 nicht übersteigen.
- d) Batterien für Hörgeräte für Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres sowie Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen sind nicht mehr beihilfefähig.

2. Zahntechnische Leistungen

Aufwendungen für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten), die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Nummern

- 213 bis 232 GOZ (Konservierende Leistungen)
- 500 bis 534 GOZ (Prothetische Leistungen) und
- 900 bis 909 GOZ (Implantologische Leistungen)

entstehen, sind nur noch in Höhe von zwei Dritteln, Aufwendungen für Edelmetall und Keramik jedoch nur zur Hälfte beihilfefähig.

Für Behandlungen, die vor dem 1. Januar 1990 begonnen worden sind, gelten für die zahntechnischen Leistungen die bisherigen Vorschriften.

3. Die Beihilfefähigkeit von Beförderungskosten wird weiter eingeschränkt. Z. B. müssen höhere Aufwendungen als für öffentliche Verkehrsmittel im Einzelfall und medizinisch begründet werden (ärztl. Bescheinigung).
4. Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung
Für Personen, denen ein Zuschuß, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemei-

nen Beitragssatzes (§ 248 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V –) bemißt oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, sind Mehraufwendungen infolge einer „Privatbehandlung“ bei einem „Kassenarzt/-zahnarzt“ statt einer Behandlung auf Krankenschein seit dem 1.1. 1990 nicht mehr beihilfefähig.

Mehraufwendungen durch die Inanspruchnahme von Wahlleistungen im Krankenhaus sind auch für diesen Personenkreis (mit Ausnahme der unter die Tarifverträge fallenden pflichtversicherten Angestellten, Arbeiter und Auszubildenden) weiterhin beihilfefähig.

5. Prophylaktische Leistungen werden erweitert:

- a) Jedes zweite Jahr sind die Aufwendungen beihilfefähig bei Personen von der Vollendung des 35. Lebensjahres an für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.
 - b) Die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern sind erweitert worden bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (bisher 4. Lebensjahr).
6. Die Beihilfefähigkeit von psychotherapeutischen Behandlungen wurde zum Teil neu geregelt (z. B. mehr probatorische Sitzungen, z. T. mehr Behandlungen, Erweiterung des Personenkreises der berechtigten Ärzte bei der psychosomatischen Grundversorgung).
7. Die Verbesserung hinsichtlich der häuslichen Pflege durch nahe Angehörige tritt erst zum 1.1. 1991 in Kraft.

Oldenburg, den 23. Mai 1990

Der Oberkirchenrat
der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
Ristow
Oberkirchenrat

Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfevorschriften – BhV –) vom 19. April 1985, zuletzt geändert am 19. September 1989

§ 1

Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur

(1) Diese Vorschrift regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen. Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

(2) Diese Vorschriften gelten für Bundesbeamte und Richter im Bundesdienst sowie Versorgungsempfänger des Bundes.

(3) Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden; er ist nicht vererblich.

(4) Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen gewährt.

§ 2

Beihilfeberechtigte Personen

(1) Beihilfeberechtigt sind

1. Beamte und Richter,
2. Ruhestandsbeamte und Richter im Ruhestand sowie frühere Beamte und Richter, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind,
3. Witwen und Witwer sowie die in § 23 des Beamtenversorgungsgesetzes genannten Kinder der in Nummer 1 und 2 bezeichneten Personen.

(2) Beihilfeberechtigung der in Absatz 1 bezeichneten Personen besteht, wenn und solange sie Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwär-

terbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren aufgrund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten. Sie besteht auch, wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden.

(3) Als beihilfeberechtigt gelten unter den Voraussetzungen des § 16 Abs. 2 auch andere natürliche sowie juristische Personen.

(4) Beihilfeberechtigt sind nicht

1. Ehrenbeamte und ehrenamtliche Richter,
2. Beamte und Richter,
 - a) wenn das Dienstverhältnis auf weniger als ein Jahr befristet ist, es sei denn, daß sie insgesamt mindestens ein Jahr ununterbrochen im öffentlichen Dienst (§ 40 Abs. 7 Bundesbesoldungsgesetz) beschäftigt sind,
 - b) wenn ihre regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt,
3. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

§ 3

Berücksichtigungsfähige Angehörige

(1) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. der Ehegatte des Beihilfeberechtigten,
2. die im Ortszuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten. Hinsichtlich der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt die Mutter des Kindes als berücksichtigungsfähige Angehörige.

(2) Berücksichtigungsfähige Angehörige sind nicht

1. Geschwister des Beihilfeberechtigten oder seines Ehegatten,
2. Ehegatten und Kinder beihilfeberechtigter Waisen,
3. die Kinder eines Beihilfeberechtigten hinsichtlich der Geburt eines Kindes.

§ 4

Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

(1) Beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt eine Beihilfeberechtigung

1. aus einem Dienstverhältnis die Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger,
2. aufgrund eines neuen Versorgungsbezugs die Beihilfeberechtigung aufgrund früherer Versorgungsbezüge

aus.

(2) Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Beihilfeberechtigung aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger vor.

(3) Die Beihilfeberechtigung aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. Die Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften geht der Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger vor.

(4) Der Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften steht der Anspruch auf Fürsorgeleistungen nach § 11 des Europaabgeordnetengesetzes, § 27 des Abgeordnetengesetzes oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften, nach § 79 Bundesbeamtenengesetz gegen die Deutsche Bundesbahn oder entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

(5) Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen aufgrund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer den Beihilfevorschriften des Bundes im wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht.

(6) Ist ein Angehöriger bei mehreren Beihilfeberechtigten berücksichtigungsfähig, wird Beihilfe für Aufwendungen dieses Angehörigen jeweils nur einem Beihilfeberechtigten gewährt.

§ 5

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) Beihilfefähig sind nach den folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn sie dem Grunde nach notwendig und soweit sie der Höhe nach angemessen sind. Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden.

Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im Zeitpunkt der Verkündung dieser Vorschriften geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen. Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.

(2) Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, daß im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht und bei Aufwendungen für einen Angehörigen dieser berücksichtigungsfähig ist. Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(3) Steht dem Beihilfeberechtigten oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen Heilfürsorge, Krankenhilfe oder Kostenerstattung aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen zu, so sind Aufwendungen im Rahmen dieser Vorschriften nur insoweit beihilfefähig, als sie über die danach im Einzelfalle gewährten Leistungen hinausgehen. Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden (z. B. bei privatärztlicher Behandlung oder Behandlung durch Heilpraktiker), so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. Hierbei sind Aufwendungen für Heil- und Verbandmittel in voller Höhe, andere Aufwendungen, deren fiktiver Leistungsanteil nicht nachgewiesen wird oder ermittelt werden kann, in Höhe von 50 vom Hundert als zustehende Leistung anzusetzen.

Sätze 2 und 3 gelten nicht für Leistungen

1. nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 des Bundesversorgungsgesetzes oder hierauf bezugnehmende Vorschriften,
2. für berücksichtigungsfähige Kinder eines Beihilfeberechtigten, die von der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung einer anderen Person erfaßt werden,
3. der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis.

(4) Nicht beihilfefähig sind

1. Sachleistungen. Als Sachleistung gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung. Bei Personen, denen ein Zuschuß, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 248 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) bemißt oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sachleistungen auch
 - a) Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch,
 - b) Aufwendungen - mit Ausnahme der Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus -, die darauf beruhen, daß der Versicherte die beim Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat.

Dies gilt nicht für Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, wenn Ansprüche auf den Sozialhilfeträger übergeleitet sind,

2. gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Aufwendungen für von der Krankenversorgung ausgeschlossene Arznei-, Hilfs- und Heilmittel für Personen, denen ein Zuschuß, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 248 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) bemißt oder die einen Anspruch auf eine beitragsfreie Krankenfürsorge haben,
 3. die in den §§ 6 bis 10 genannten Aufwendungen, die für den Ehegatten des Beihilfeberechtigten entstanden sind, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 des Einkommensteuergesetzes) des Ehegatten im Kalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 30 000 DM übersteigt, es sei denn, daß dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder daß Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). Die oberste Dienstbehörde kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, im Einvernehmen mit dem Bundesminister des Innern die Gewährung von Beihilfen zulassen,
 4. Aufwendungen insoweit, als Schadenersatz von einem Dritten erlangt werden kann oder hätte erlangt werden können oder die Ansprüche auf einen anderen übergegangen oder übertragen worden sind,
 5. Aufwendungen für Beamte, denen aufgrund von § 70 des Bundesbesoldungsgesetzes oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften Heilfürsorge zusteht,
 6. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; nahe Angehörige im Sinne dieser Vorschriften sind Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen. Aufwendungen zum Ersatz der dem nahen Angehörigen im Einzelfall entstandenen Sachkosten sind bis zur Höhe des nachgewiesenen Geldwertes im Rahmen dieser Vorschriften beihilfefähig,
 7. Aufwendungen, die bereits aufgrund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 4 Abs. 2 und 3 Satz 2) beihilfefähig sind,
 8. Aufwendungen, die dadurch entstehen, daß anstelle von Sachleistungen eine Kostenerstattung nach § 64 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gewährt wird.
- (5) Abweichend von Absatz 4 Nr. 4 sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 87 a Bundesbeamten-gesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienst-herrn führt.

§ 6

Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

- (1) Aus Anlaß einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für
1. ärztliche und zahnärztliche Leistungen und Leistungen eines Heilpraktikers. Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C Nummern 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahn-ärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Lei-stungen sind in Höhe von zwei Dritteln, Aufwendungen für Edelmetalle und Keramikverblendungen jedoch nur zur Hälfte beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden. Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1,

2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen. Soweit für Arznei- oder Verbandmittel Festbeträge festgesetzt sind, sind Aufwendungen nur bis zur Höhe des jeweiligen Festbetrages beihilfefähig; darüber hinausgehende Aufwendungen sind nicht beihilfefähig. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krank-heiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel für Perso-nen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben.
 - b) Mund- und Rachentherapeutika,
 - c) Abführmittel,
 - d) Arzneimittel gegen Reisekrankheit,
3. eine vom Arzt schriftlich angeordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder – ausgenommen Saunabäder und Schwimmen in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur –, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäfti-gungs- sowie Sprachtherapie und dergleichen. Ist die Durch-führung einer Heilbehandlung in einen Unterricht zur Erfül-lung der Schulpflicht eingebunden, so sind die Aufwendun-gen bis zu 20 DM täglich beihilfefähig; dies gilt entsprechend für Heilbehandlungen, mit denen zugleich in erheblichem Umfang berufsbildende oder allgemeinbildende Zwecke ver-folgt werden,
 4. Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmi-tel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch die-ser Gegenstände. Voraussetzung und Umfang der Beihilfefä-higkeit bestimmen sich nach Anlage 2. Dabei kann der Bun-desminister des Innern für einzelne Hilfsmittel Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen,
 5. Erste Hilfe,
 6. die stationären und teilstationären Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV), und zwar
 - a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BpflV)
 - aa) allgemeine und besondere Pflegesätze (§ 5 BpflV),
 - bb) Sonderentgelte (§ 6 BpflV),
 - cc) abweichende Entgelte (§ 21 BpflV),
 - b) Wahlleistungen
 - aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 7 Abs. 3 BpflV),
 - bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 7 Abs. 4 BpflV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 22 DM täglich
 sowie andere im Zusammenhang damit berechnete Leistun-gen im Rahmen der Nummern 1 und 2.
- Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflege-satzverordnung nicht anwenden, sind Aufwendungen für die Leistungen beihilfefähig, die den in Satz 1 genannten entspre-chen,
7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige häusliche Pflege. Bei einer Pflege durch nahe Angehörige (§ 5 Abs. 4 Nr. 6) sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig
 - a) Fahrkosten (Nummer 9),
 - b) eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalles an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Aus-übung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätig-keit aufgegeben wird; eine an Ehegatten und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfe-fähig.

Im übrigen wird für die ständige häusliche Pflege durch einen nahen Angehörigen eine Beihilfe von 400 DM monatlich gewährt, wenn beim Pflegebedürftigen nach dem Zeugnis eines Amts- oder Vertrauensarztes die Voraussetzungen für eine dauernde Unterbringung nach § 9 vorliegen und diese durch eine häusliche Pflege vermieden wird, der notwendige Einsatz einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft entfällt und keine oder keine höhere Beihilfe nach Satz 2 Buchstabe b zusteht.*) Satz 3 gilt nicht, wenn aus demselben Anlaß aufgrund gesetzlicher Ansprüche häusliche Pflegehilfe oder an deren Stelle eine Geldleistung gewährt wird,

8. eine Familien- und Haushaltshilfe bis zum Betrage von 9 DM stündlich, jedoch nicht mehr als 54 DM täglich. Voraussetzung ist, daß die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts eines Beihilfeberechtigten während stationärer Unterbringung (Nummer 6, § 9) des den Haushalt führenden, nicht oder nur geringfügig erwerbstätigen berücksichtigungsfähigen Familienangehörigen oder Beihilfeberechtigten erforderlich ist, weil der Beihilfeberechtigte selbst pflegebedürftig ist oder im Haushalt mindestens ein Kind unter fünfzehn Jahren oder ein pflegebedürftiger berücksichtigungsfähiger oder selbst beihilfeberechtigter Angehöriger verbleibt und eine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt nicht weiterführen kann. Dies gilt in besonderen Fällen auch für die ersten sieben Tage nach Ende der stationären Unterbringung sowie bei Alleinstehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist. Nummer 7 Satz 2 gilt entsprechend. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter fünfzehn Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt eines nahen Angehörigen (§ 5 Abs. 4 Nr. 6) sind mit Ausnahme der Fahrkosten (Nummer 9) nicht beihilfefähig.
9. die Beförderung bei Inanspruchnahme ärztlicher, zahnärztlicher Leistungen und Krankenhausleistungen sowie bei Heilbehandlungen (Nummer 3) und für eine erforderliche Begleitung bis zur Höhe der Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie die Gepäckbeförderung. Höhere Beförderungskosten dürfen nicht berücksichtigt werden. Eine Ausnahme ist bei Rettungsfahrten oder dann zulässig, wenn eine anderweitige Beförderung wegen der Schwere oder Eigenart einer bestimmten Erkrankung oder einer Behinderung unvermeidbar war. Die medizinische Notwendigkeit der anderweitigen Beförderung ist durch eine auf die konkreten Umstände im Einzelfall bezogene Bescheinigung des behandelnden Arztes nachzuweisen. Wird in diesen Fällen ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig.
Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für
 - a) die Beförderung weiterer Personen sowie des Gepäcks bei Benutzung privater Personenkraftwagen,
 - b) die Benutzung privater Personenkraftwagen sowie regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel am Wohn- (Aufenthalts-)ort oder in dessen Einzugsgebiet im Sinne des Bundesumzugskostengesetzes,
 - c) die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist,
 - d) die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen privaten Reise,
10. a) Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 25 DM täg-

lich. Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 25 DM täglich beihilfefähig. Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder kurähnlichen Maßnahme keine Anwendung,

- b) Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich angeordneten Heilbehandlung, die eine Heimunterbringung erforderlich macht, insgesamt bis zu 17 DM täglich; in den Fällen der Nummer 3 letzter Satz insgesamt bis zu 10 DM täglich,
11. Organspender, wenn der Empfänger Beihilfeberechtigter oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger ist, im Rahmen der Nummern 1 bis 3, 6, 8 bis 10, soweit sie bei den für die Transplantation notwendigen Maßnahmen entstehen; beihilfefähig ist auch der vom Organspender nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkommen. Dies gilt auch für als Organspender vorgesehene Personen, wenn sich herausstellt, daß sie als Organspender nicht in Betracht kommen,
12. eine behördlich angeordnete Entseuchung und die dabei verbrauchten Stoffe.
 - (2) Der Bundesminister des Innern kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode begrenzen oder ausschließen.
 - (3) Der Bundesminister des Innern kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für bestimmte ärztliche und zahnärztliche Leistungen, insbesondere der Kieferorthopädie, vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen. Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen ist die Vorlage eines Heil- und Kostenplanes.
 - (4) Der Bundesminister des Innern kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließen für
 1. Arzneimittel, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden,
 2. unwirtschaftliche Arzneimittel,
 3. Heilbehandlungen und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis.
 Er kann ferner die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für die in Absatz 1 Nr. 3 Satz 2 bezeichneten Heilbehandlungen begrenzen.

§ 7

Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

- (1) Aus Anlaß einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen
 1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
 2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums. Für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig; Voraussetzung ist eine Bestätigung des Sanatoriums, daß für eine erfolgsversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist,
 3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
 4. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
 5. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,
 6. für den ärztlichen Schlußbericht.
- (2) Die Aufwendungen nach Absatz 1 Nr. 2 bis 6 sind nur dann beihilfefähig, wenn
 1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Sanatoriumsbehandlung notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann,
 2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.
- (3) Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den beiden vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung

*) tritt am 1. Januar 1991 in Kraft.

oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden

1. nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung,
2. in Fällen, in denen die sofortige Einlieferung des Kranken zur stationären Behandlung in einem Sanatorium geboten ist; in diesen Fällen ist der Antrag auf Anerkennung der Beihilfefähigkeit unverzüglich nachzuholen,
3. bei schwerer chronischer Erkrankung, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Sanatoriumsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

(4) Sanatorium im Sinne dieser Vorschrift ist eine Krankenanstalt, die unter ärztlicher Leitung besondere Heilbehandlungen (z. B. mit Mitteln physikalischer und diätetischer Therapie) durchführt und in der die dafür erforderlichen Einrichtungen und das dafür erforderliche Pflegepersonal vorhanden sind.

§ 8

Beihilfefähige Aufwendungen bei Heilkur

(1) Aufwendungen für eine Heilkur sind nur beihilfefähig für Beamte und Richter (§ 2 Abs. 1 Nr. 1).

(2) Aus Anlaß einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens dreißig Kalendertage einschließlich der Reisetage bis zum Betrage von 30 DM täglich, für Begleitpersonen von Schwerbehinderten, deren Notwendigkeit behördlich festgestellt ist, bis zum Betrage von 25 DM täglich,
3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
4. für die Kurtaxe, ggf. auch für die Begleitperson,
5. für den ärztlichen Schlußbericht.

(3) Die Aufwendungen nach Absatz 2 Nr. 2 bis 5 sind nur dann beihilfefähig, wenn

1. nach amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten die Heilkur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden eine balneo- oder klimattherapeutische Behandlung zwingend notwendig ist und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Bundeszugkostengesetzes, ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat.

(4) Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Heilkur ist nicht zulässig,

1. wenn der Beihilfeberechtigte in den dem Antragsmonat vorausgegangenen drei Jahren nicht ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist. Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während eines Erziehungsurlaubs sowie während einer Zeit, in der der Beihilfeberechtigte ohne Dienstbezüge beurlaubt war und die oberste Dienstbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle anerkannt hat, daß der Urlaub dienstlichen Interessen oder öffentlichen Belangen dient (§ 31 Abs. 2 Bundesbesoldungsgesetz),
2. wenn im laufenden oder den beiden vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden bei schwerem chronischen Leiden, wenn nach dem Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes aus zwingenden medizinischen Gründen eine Heilkur in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist,
3. nach Stellung des Antrags auf Entlassung,
4. wenn bekannt ist, daß das Dienstverhältnis vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird, es sei

denn, daß die Heilkur wegen der Folgen einer Dienstbeschädigung durchgeführt wird,

5. solange der Beihilfeberechtigte vorläufig des Dienstes entzogen ist.

(5) Bei Anwendung des Absatzes 4 Nr. 1 steht die Zeit der Tätigkeit bei

1. Fraktionen des Deutschen Bundestages und der Landtage,
2. Zuwendungsempfängern, die zu mehr als 50 vom Hundert aus öffentlichen Mitteln unterhalten werden und das Beihilferecht des Bundes oder eines Landes anwenden

der Dienstzeit im öffentlichen Dienst gleich.

(6) Heilkur im Sinne dieser Vorschrift ist eine Kur, die unter ärztlicher Leitung nach einem Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis (Anlage 3) enthaltenen Kurort durchgeführt wird; die Unterkunft muß sich im Kurort befinden und ortsgelunden sein.

§ 9

Beihilfefähige Aufwendungen

bei dauernder Anstaltsunterbringung

(1) Aus Anlaß einer wegen Pflegebedürftigkeit notwendigen dauernden Unterbringung körperlich oder geistig Kranker in Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalten sowie Pflegeheimen sind neben anderen beihilfefähigen Aufwendungen abweichend von § 6 Abs. 1 Nr. 6 die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis zum niedrigsten Satz in den für die Unterbringung in Betracht kommenden öffentlichen oder freien gemeinnützigen Anstalten oder Pflegeheimen am Ort der Unterbringung oder in seiner nächsten Umgebung insoweit beihilfefähig, als sie monatlich folgende Beträge übersteigen:

1. Bei Beihilfeberechtigten mit einem Angehörigen 200 DM, bei Beihilfeberechtigten mit zwei oder drei Angehörigen 175 DM, bei Beihilfeberechtigten mit mehr als drei Angehörigen 150 DM, wobei diese Sätze für jede Person gelten, wenn mehr als eine Person dauernd untergebracht ist,
2. bei Alleinstehenden bei geistiger Krankheit 80 vom Hundert, bei körperlicher Krankheit 60 vom Hundert der Dienst- oder Versorgungsbezüge sowie der Renten aus den gesetzlichen Rentenversicherungen und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes,
3. bei gleichzeitiger Unterbringung des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 60 vom Hundert der Dienst- oder Versorgungsbezüge sowie der Renten aus den gesetzlichen Rentenversicherungen und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung für Angehörige des öffentlichen Dienstes.

Angehörige im Sinne des Satzes 1 sind Personen, die nach § 3 Abs. 1 zu berücksichtigen oder nach § 4 Abs. 3 nur deshalb nicht zu berücksichtigen sind, weil sie selbst beihilfeberechtigt sind.

(2) Eine dauernde Unterbringung ist anzunehmen, wenn nach dem Zeugnis eines Amts- oder Vertrauensarztes mit einer Beendigung der Pflegebedürftigkeit nicht mehr zu rechnen ist. Die Beihilfe nach Absatz 1 wird gewährt, sobald der Amts- oder Vertrauensarzt das Zeugnis erteilt. Sie wird für die Zeit seit Beginn der nicht wesentlich unterbrochenen Unterbringung gewährt, wenn für diese Zeit keine Beihilfe nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 zusteht.

§ 10

Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen

(1) Aus Anlaß von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig

1. bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden,
2. bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten, bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,

3. bei Personen von der Vollendung des fünfunddreißigsten Lebensjahres an die Kosten für eine Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit. Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig,

nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

(2) Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach den Nummern 100 bis 102 und 200 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres.

(3) Beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, ausgenommen jedoch solche aus Anlaß privater Reisen in Gebiete außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

§ 11

Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

(1) Aus Anlaß einer Geburt sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. für die Schwangerschaftsüberwachung,
2. entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3, 5, 6, 8 und 9,
3. für die Hebamme,
4. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanten Entbindung in einer Krankenanstalt bis zu zwei Wochen nach der Geburt, wenn die Wöchnerin nicht bereits wegen Krankheit von einer Berufs- oder Ersatzpflegekraft nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 gepflegt wird; § 6 Abs. 1 Nr. 7 Satz 2 ist anzuwenden,
5. entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 6 für das Kind.

(2) Für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung jedes lebend geborenen Kindes wird eine Beihilfe von 250 DM gewährt. Dies gilt auch, wenn der Beihilfeberechtigte ein Kind, das das zweite Lebensjahr noch nicht vollendet hat, annimmt oder mit dem Ziel der Annahme in seinen Haushalt aufnimmt und die zur Annahme erforderliche Einwilligung der Eltern erteilt ist. Sind beide Elternteile beihilfeberechtigt, wird die Beihilfe der Mutter gewährt.

§ 12

Beihilfefähige Aufwendungen in Todesfällen

(1) In Todesfällen wird zu den Aufwendungen für die Leichenschau, den Sarg, die Einsargung, die Aufbahrung, die Einäscherung, die Urne, den Erwerb einer Grabstelle oder eines Beisetzungsplatzes, die Beisetzung, die Anlegung einer Grabstelle einschließlich der Grundlage für ein Grabdenkmal eine Beihilfe bis zur Höhe von 1300 DM, in Todesfällen von Kindern bis zur Höhe von 850 DM gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, daß ihm Aufwendungen in dieser Höhe entstanden sind. Stehen Sterbe- oder Bestattungsgelder aufgrund von Rechtsvorschriften, aus einem Beschäftigungsverhältnis oder aus einer im Sterbemonat nicht ausschließlich durch eigene Beiträge finanzierten Krankenversicherung oder Schadenersatzansprüche von insgesamt mindestens 2000 DM zu, so beträgt die Beihilfe 650 DM, beim Tod eines Kindes 425 DM; stehen Ansprüche von insgesamt mindestens 4000 DM zu, wird keine Beihilfe gewährt. Soweit wegen Gewährung von Sterbe- oder Bestattungsgeldern Schadenersatzansprüche kraft Gesetzes übergehen, werden diese Schadenersatzansprüche nicht neben den Sterbe- oder Bestattungsgeldern im Sinne des Satzes 2 bei der Bemessung der Pauschalbeihilfe berücksichtigt. Bestattungsgeld nach §§ 36 oder 53 Bundesversorgungsgesetz bleibt unberücksichtigt.

(2) Ferner sind beihilfefähig die Aufwendungen für die Überführung der Leiche oder Urne bis zur Höhe der Kosten einer Überführung an den Familienwohnsitz im Zeitpunkt des Todes, höchstens jedoch für eine Entfernung von siebenhundert Kilometern.

(3) Verbleibt mindestens ein pflegebedürftiger berücksichtigungsfähiger oder selbst beihilfeberechtigter Familienangehöriger oder ein berücksichtigungsfähiges Kind unter fünfzehn Jahren im Haushalt und kann dieser beim Tode des den Haushalt allein führenden Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht durch eine andere im Haushalt lebende Person weitergeführt werden, so sind die Aufwendungen für eine Familien- und Haushalts-

hilfe in entsprechender Anwendung des § 6 Abs. 1 Nr. 8 bis zu sechs Monaten, in Ausnahmefällen mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde bis zu einem Jahr beihilfefähig.

§ 13

Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen

(1) Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach § 6 und §§ 9 bis 12 handelt und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären.

(2) Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig,

1. wenn sie bei einer Dienstreise eines Beihilfeberechtigten entstanden sind, es sei denn, daß die Behandlung bis zur Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland hätte aufgeschoben werden können,
2. wenn die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit kommt ausnahmsweise in Betracht, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, daß die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit kurähnlichen Maßnahmen entstehen, ist ausgeschlossen.

(3) Aus Anlaß einer Heilkur außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn

1. durch das amts- oder vertrauensärztliche Gutachten nachgewiesen wird, daß die Heilkur wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, und
2. der Kurort im Heilkurortverzeichnis (Anlage 4) aufgeführt ist und
3. die sonstigen Voraussetzungen des § 8 vorliegen.

Die Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 1, 3 bis 5 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig.

(4) Für die Aufwendungen der Überführung einer Leiche oder Urne findet § 12 Abs. 2 Anwendung.

§ 14

Bemessung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe bemißt sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Der Bemessungssatz beträgt für Aufwendungen, die entstanden sind für

1. den Beihilfeberechtigten nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 sowie für den entpflichteten Hochschullehrer 50 vom Hundert,
2. den Empfänger von Versorgungsbezügen, der als solcher beihilfeberechtigt ist 70 vom Hundert,
3. den berücksichtigungsfähigen Ehegatten 70 vom Hundert,
4. ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine Waise, die als solche beihilfeberechtigt ist 80 vom Hundert.

Sind zwei oder mehr Kinder berücksichtigungsfähig, beträgt der Bemessungssatz für den Beihilfeberechtigten nach Nummer 1 70 vom Hundert; bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten 70 vom Hundert, die Bestimmung ist unwiderruflich.

(2) Für die Anwendung des Absatzes 1 gelten die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 als Aufwendungen der stationär untergebrachten Person,
2. einer Begleitperson oder Aufwendungen des Begleitenden,
3. nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,

4. nach § 12 Abs. 3 als Aufwendungen der ältesten verbleibenden Person.

(3) Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten aufgrund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder für die die Leistungen auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung), erhöht sich der Bemessungssatz um 20 vom Hundert, jedoch höchstens auf 90 vom Hundert.

(4) Bei freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Höhe nach gleichen Leistungsansprüchen wie Pflichtversicherte erhöht sich der Bemessungssatz auf 100 vom Hundert der sich nach Anrechnung der Kassenleistung ergebenden beihilfefähigen Aufwendungen. Dies gilt nicht, wenn sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes bemißt (§ 248 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), oder wenn ein Zuschuß, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 40 DM monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird.

(5) Für beihilfefähige Aufwendungen der in § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichneten Personen, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Zuschuß aufgrund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses mindestens in Höhe von 80 DM monatlich gewährt wird, ermäßigt sich der Bemessungssatz für den Zuschußempfänger um 20 vom Hundert. Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

(6) Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz erhöhen,

1. wenn die Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung entstanden sind,
2. wenn sich aus der Anwendung des § 5 Abs. 4 Nr. 4 Härten ergeben oder
3. im Einvernehmen mit dem Bundesminister des Innern in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind.

Die oberste Dienstbehörde kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen.

§ 15

Begrenzung der Beihilfen

(1) Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlaß gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentage- und Krankenhaustagegeldversicherungen unberücksichtigt. Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. Bei Anwendung des Satzes 1 bleiben Aufwendungen nach § 11 Abs. 2 sowie § 12 Abs. 1 unberücksichtigt.*)

(2) Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung nachweislich nach einem Vomhundertsatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung nach diesem Vomhundertsatz von den dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen nach §§ 8, 9 werden getrennt abgerechnet.

§ 16

Beihilfen beim Tode des Beihilfeberechtigten

(1) Der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen Kinder und Adoptivkinder eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten Beihilfen zu den bis zu dessen Tod und aus Anlaß des Todes entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. Die Beihilfe bemißt sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tode; für die Aufwendungen aus Anlaß

des Todes gilt § 12. Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für Aufwendungen aus Anlaß des Todes, für die abweichend vom § 12 Abs. 1 ebenfalls Ausgabebelege vorzulegen sind.

(2) Andere als die in Absatz 1 genannten natürlichen Personen sowie juristische Personen erhalten die Beihilfe nach Absatz 1, soweit sie die von dritter Seite in Rechnung gestellten Aufwendungen bezahlt haben und die Originalbelege vorlegen. Die Beihilfe darf zusammen mit Sterbe- und Bestattungsgeldern sowie sonstigen Leistungen, die zur Deckung der in Rechnung gestellten Aufwendungen bestimmt sind, die tatsächlich entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

§ 17

Verfahren

(1) Beihilfen werden auf schriftlichen Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt; hierfür sind die vom Bundesminister des Innern herausgegebenen Formblätter zu verwenden. Aufwendungen für Halbwaisen können zusammen mit den Aufwendungen des Elternteils in einem Antrag geltend gemacht werden.

(2) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 DM betragen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so kann abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 30 DM übersteigen.

(3) Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. Würden mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendungen Beihilfen zustehen, so wird eine Beihilfe nur dem gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für die Gewährung von Beihilfen zu Aufwendungen für Halbwaisen.

(4) Die Beihilfeanträge sind unter Beifügung der Belege im Regelfall über die Beschäftigungsdienststelle der Festsetzungsstelle vorzulegen. Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekanntgewordenen Angelegenheiten sind geheimzuhalten. Sie dürfen nur für den Zweck verwandt werden, für den sie bekanntgegeben sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Berechtigung oder Verpflichtung zur Offenbarung oder der Beihilfeberechtigte oder der Angehörige ist damit schriftlich einverstanden.

(5) Als Festsetzungsstellen entscheiden

1. die obersten Dienstbehörden über die Anträge ihrer Bediensteten und der Leiter der ihnen unmittelbar nachgeordneten Behörden,
2. die den obersten Dienstbehörden unmittelbar nachgeordneten Behörden über die Anträge der Bediensteten ihres Geschäftsbereichs,
3. die Pensionsregelungsbehörden über die Anträge der Versorgungsempfänger.

Die obersten Dienstbehörden können die Zuständigkeit für ihren Geschäftsbereich abweichend regeln.

(6) Die Belege sind vor Rückgabe an den Beihilfeberechtigten von der Festsetzungsstelle als für Beihilfezwecke verwendet kenntlich zu machen.

(7) Dem Beihilfeberechtigten können Abschlagszahlungen geleistet werden.

(8) Die Beihilfe ist auf volle Deutsche Mark nach unten abzurunden.

(9) Ist in den Fällen des § 7 Abs. 2 Nr. 2 und § 13 Abs. 2 Nr. 2 die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit nachgewiesen sind.

(10) Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn der Beihilfeberechtigte sie innerhalb einer Antragsfrist von einem Jahr nach Entstehen der Aufwendungen oder der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt hat. Für den Beginn der Frist ist bei pauschalen Beihilfen nach § 11 Abs. 2 der Tag der Geburt oder der Annahme als Kind, nach § 12 Abs. 1 der Tag des Ablebens und bei Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend.

*) Zur Anwendung vgl. Ziff. 1 des Rundschreibens vom 24. 2. 1989 - D III 5 - 213 115-1/1.

§ 18

Übergangs- und Schlußvorschriften

(1) Auf die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vorschrift vorhandenen Empfänger von Versorgungsbezügen nach § 2 Abs. 1 Nr. 2 und deren berücksichtigungsfähige Ehegatten sowie Witwen und Witwer (§ 2 Abs. 1 Nr. 3) und die in § 61 Abs. 2 Satz 2, 3 Beamtenversorgungsgesetz bezeichneten Waisen findet § 15 keine Anwendung, wenn diese Personen in dem genannten Zeitpunkt in einem Festkostentarif einer privaten Krankenversicherung versichert sind und solange dieser Tarif beibehalten wird.

(2) Für Personen, die am 31. März 1959 nicht versichert waren, das 60. Lebensjahr zu diesem Zeitpunkt vollendet und bis zum 31. Dezember 1959 nachgewiesen hatten, daß sie von keiner Krankenversicherung mehr aufgenommen werden, können die bisherigen, nach Nummer 13 Abs. 8 Ziff. 2 der Beihilfevorschriften vom 13. März 1959 erhöhten Bemessungssätze auch weiterhin angewendet werden.

(3) Ist der Tod eines Beihilfeberechtigten während einer Dienstreise oder einer Abordnung oder vor der Ausführung eines dienstlich bedingten Umzuges außerhalb des Familienwohnsitzes des Verstorbenen eingetreten, sind die Kosten der Überführung der Leiche oder Urne ohne die Beschränkung des § 12 Abs. 2 beihilfefähig; der Bemessungssatz für diese Kosten beträgt 100 vom Hundert.

(4) § 2 Abs. 4 Nr. 3 und § 4 Abs. 4 gelten für Personen, denen Leistungen nach § 19 des Gesetzes über die Rechtsverhältnisse der Mitglieder des Abgeordnetenhauses von Berlin zustehen, nur dann, wenn sie diese Leistungen in Anspruch nehmen.

(5) Der Bundesminister des Innern regelt nach Anhörung des Auswärtigen Amtes, mit welchen Abweichungen diese Verwaltungsvorschriften auf die ins Ausland abgeordneten Beamten und die Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland anzuwenden sind.

(6) Der Bundesminister des Innern regelt nach Anhörung des Chefs des Bundeskanzleramtes, mit welchen Abweichungen diese Verwaltungsvorschriften auf die Beamten anzuwenden sind, die im Amtsbereich der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der Deutschen Demokratischen Republik tätig sind..

(7) Diese Verwaltungsvorschriften gelten nicht für die Deutsche Bundesbahn.

(8) Der Bundesminister für Post und Telekommunikation kann im Einvernehmen mit dem Bundesminister des Innern für die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse besondere Vorschriften erlassen.

Anlage 1

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

**Psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen
der psychosomatischen Grundversorgung**

1. Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 3 BhV sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Behandlungen und Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung nach den Nummern 845 bis 865 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen, Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), sowie den analogen Bewertungen A 870 und A 871 hierzu, nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 6 beihilfefähig.

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.

2. Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

2.1 Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen der tiefenpsychologisch fundierten und der analytischen Psychotherapie nach den Nummern 860 bis 865 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- bei entsprechender Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer seelischen Krankheit dient, und
- beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese ggf. nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen

die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind, und

- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung, z.B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung, bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig.

Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig.

2.2 Indikationen zur Anwendung tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien, neurotische Depressionen, Konversionsneurosen),
- vegetativ-funktionelle und psychosomatische Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung,
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Mißbildungen stehen,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet (z. B. chronisch verlaufende rheumatische Erkrankungen, spezielle Formen der Psychosen),
- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z. B. schicksalhafte psychische Traumata),
- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische psychotherapeutische Interventionen erkennen lassen.

2.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, als deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:

- bei tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus in besonderen Fällen nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden;
- bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden;
- bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 90 Stunden, bei Gruppenbehandlung 60 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden;
- bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 120 Stunden, bei Gruppenbehandlung 60 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 60 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 30 Doppelstunden;

- bei einer tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Psychotherapie ihrer Bezugspersonen im erforderlichen Umfang.

2.4 Die Behandlung muß von einem Arzt mit der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt werden. Der Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Der Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ kann zusätzlich analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. Diese Ärzte können einen Diplompsychologen mit abgeschlossener Zusatzausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut oder bei Kindern und Jugendlichen anstelle eines Diplompsychologen einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit einer abgeschlossenen Zusatzausbildung in psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren an einem anerkannten Ausbildungsinstitut zur Behandlung hinzuziehen. Im Rahmen der Hinzuziehung wird der Diplompsychologe oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut eigenverantwortlich und selbstständig tätig. Übergangsweise kann auch ein Diplompsychologe oder ein Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut ohne diese Zusatzausbildung zur Behandlung hinzugezogen werden, wenn er bereits vor dem 1. Oktober 1985 nachweislich mindestens sechs Jahre von einem Arzt zur Durchführung tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie hinzugezogen und die Behandlung vor dem 1. Januar 1990 begonnen wurde. Der Arzt kann die probatorischen Sitzungen sowie notwendige Testverfahren nach den Nummern 855 bis 857 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ durch einen entsprechend ausgebildeten Diplompsychologen oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten durchführen lassen.

2.5 Wird die Behandlung durch einen in Nummer 2.4 bezeichneten Diplompsychologen oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten durchgeführt, der die Leistungen unmittelbar gegenüber dem Patienten berechnet, können die Aufwendungen bis zu den nachstehenden Sätzen als beihilfefähig anerkannt werden:

- Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt = 127,00 DM
- Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt = 63,50 DM
- Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen, insgesamt = 20,40 DM
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten = 121,40 DM
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie in Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer = 60,70 DM
- Eingehende psychotherapeutische Beratung der Bezugsperson von Kindern und Jugendlichen = 121,40 DM

3. Verhaltenstherapie

3.1 Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den analogen Bewertungen A 870 und A 871 zum Gebührenverzeichnis der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- bei entsprechender Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer seelischen Krankheit dient und
- beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und ggf. nach höchstens fünf probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind und
- die Festsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung anerkannt hat.

Von dem Anerkennungsverfahren ist abzusehen, wenn der Festsetzungsstelle nach den probatorischen Sitzungen die Feststellung des Therapeuten vorgelegt wird, daß bei Einzelbehandlung die Behandlung bei je mindestens 50minütiger Dauer nicht mehr als 10 Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. Muß in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. Aufwendungen für weitere Sitzungen sind nur nach vorheriger Anerkennung durch die Festsetzungsstelle aufgrund der Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters zur Notwendigkeit und zu Art und Umfang der Behandlung beihilfefähig.

Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung, z. B. Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatung, bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig.

Die Aufwendungen für höchstens fünf probatorische Sitzungen einschließlich des Erstellens der Verhaltensanalyse sind beihilfefähig.

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien),
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- seelische Behinderung als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe, sofern sie noch einen Ansatzpunkt für die Anwendung von Verhaltenstherapie bietet,
- seelische Behinderung aufgrund extremer Situationen, die eine schwere Beeinträchtigung der Persönlichkeit zur Folge hatten (z. B. schicksalhafte psychische Traumen).

3.3 Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, als deren Dauer je Krankheitsfall in Einzelbehandlung

- 40 Sitzungen,
- bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen einschließlich einer notwendigen begleitenden Behandlung ihrer Bezugspersonen, 50 Sitzungen

nicht überschreiten.

Bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens 100 Minuten sind die Aufwendungen für 40 Sitzungen beihilfefähig.

3.4 Die Behandlung muß von einem Arzt mit der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt werden, wenn dieser den Nachweis erbringt, daß er während seiner Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben hat. Diese Ärzte können einen Diplompsychologen mit einer mindestens dreijährigen, abgeschlossenen Zusatzausbildung in Verhaltenstherapie an einem anerkannten Ausbildungsinstitut zur Behandlung hinzuziehen. Im Rahmen der Hinzuziehung wird der Diplompsychologe

eigenverantwortlich und selbständig tätig. Übergangsweise kann auch ein Diplompsychologe zur Behandlung hinzugezogen werden, wenn er im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erbringung verhaltenstherapeutischer Leistungen zugelassen ist; dies gilt für Behandlungen, die vor dem 1. Januar 1993 begonnen wurden. Der Arzt kann die probatorischen Sitzungen sowie notwendige Testverfahren nach den Nummern 855 bis 857 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ durch einen entsprechend ausgebildeten Diplompsychologen durchführen lassen.

3.5 Wird die Behandlung durch einen in Nummer 3.4 bezeichneten Diplompsychologen durchgeführt, der die Leistungen unmittelbar gegenüber den Patienten berechnet, können die Aufwendungen bis zu den nachstehenden Sätzen als beihilfefähig anerkannt werden bei

- a) Einzelbehandlung bei einer Dauer von mindestens 50 Minuten = 121,40 DM
- b) Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer = 60,70 DM
- c) Testverfahren und Testuntersuchungen
 - Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt = 127,00 DM
 - Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt = 63,50 DM
 - Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen, insgesamt = 20,40 DM.

4. Psychosomatische Grundversorgung

Die psychosomatische Grundversorgung umfaßt verbale Interventionen im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ und die Anwendung übender und suggestiver Verfahren nach den Nummern 845 bis 847 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Autogenes Training und Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).

4.1 Aufwendungen für Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind nur dann beihilfefähig, wenn bei einer entsprechenden Indikation die Behandlung der Besserung oder der Heilung einer Krankheit dient und deren Dauer je Krankheitsfall die folgenden Stundenzahlen nicht überschreitet:

- bei verbaler Intervention als einzige Leistung 10 Sitzungen;
- beim autogenen Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung 12 Sitzungen;
- bei Hypnose als Einzelbehandlung 12 Sitzungen.

Die Aufwendungen für eine verbale Intervention sind nur als einzige Leistung je Sitzung im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ beihilfefähig.

Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung oder Förderung, z. B. Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatung, bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig.

4.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Arzt mit der Berechtigung zur Führung der Gebietsbezeichnungen Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Psychiatrie oder Urologie durchgeführt wird.

4.3 Aufwendungen für übende und suggestive Verfahren (Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) sind nur dann beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem

Arzt durchgeführt wird. Diese Ärzte können einen Diplompsychologen, der über die in den Nummern 2.4 Satz 4, 6 oder 3.4 Satz 2, 4 festgestellte Qualifikation und über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt, zur Behandlung hinzuziehen.

Wird die Behandlung mit übenden und suggestiven Verfahren durch einen Diplompsychologen durchgeführt, der die Leistungen unmittelbar gegenüber dem Patienten berechnet, können die Aufwendungen bis zu den nachstehenden Sätzen als beihilfefähig anerkannt werden:

- Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose, in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten = 26,40 DM
- Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie, in Gruppenbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer = 7,90 DM.

4.4 Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.

5. Aufwendungen für die nachstehenden Behandlungsverfahren sind nicht beihilfefähig:

Familientherapie, funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Gesprächspsychotherapie (z. B. nach Rogers), Gestalttherapie, körperbezogene Therapie, konzentrierte Bewegungstherapie, Logotherapie, Musiktherapie, Heileurythmie, Psychodrama, Respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse.

Katathymes Bilderleben kann nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts Anwendung finden. Rational Emotive Therapie kann nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts Anwendung finden.

6. Gleichzeitige Behandlung nach Nummern 2, 3 oder 4 schließen sich aus.

Anlage 2

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 BbV)

Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke

1. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für die Anschaffung der Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind - ggf. im Rahmen der Höchstbeträge - beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet und nachstehend aufgeführt sind:

Abduktionslagerungskeil

Absauggerät (z. B. bei Kehlkopferkrankung)

Adaptionen für diverse Gebrauchsgegenstände (z. B. bei Schwerstbehinderten zur Erleichterung der Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme, Universalhalter)

Alarmgerät für Epileptiker

Anatomische Brillenfassung

Anti-Varus-Schuh

Anus-praeter-Versorgungsartikel

Anzieh-/Ausziehhilfen

Aquamat

Armmanschette

Armtragegurt/-tuch

Arthrodesensitzkissen

Arthrodesensitzkoffer (Nielsen)

- Arthrodesenstuhl
 Atomiseur (zur Medikamenten-Aufsprüfung)
 Aufrichteschlaufe
 Auftriebshilfe (bei Schwerstbehinderten)
 Augenbadewanne / -dusche / -spülglas / -flasche / -pinsel / -pipette / -stäbchen
 Augenschielklappe, auch als Folie
 Badestrumpf
 Badewannensitz nur bei Schwerstbehinderung, Totalendoprothese, Hüftgelenk-Luxations-Gefahr, Polyarthritits
 Badewannenverkürzer
 Ballspritze
 Behinderten-Dreirad
 Bettnässer-Weckgerät
 Beugebandage
 Billroth-Batist-Lätzchen
 Blasenfistelbandage
 Blindenführhund (einschl. Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)
 Blindenlangstock / -stock / -taststock
 Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)
 Blindenschriftlesegerät (Optacon), soweit sich die Informationsbedürfnisse nicht über Hörfunk und Blindendruckschrift ausreichend befriedigen lassen
 Blindenschriftmaschine
 Blutlanzette
 Blutzuckermeßgerät
 Bracelet
 Bruchband
 Closett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)
 Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)
 Decubitus-Schutzmittel (z. B. Auf-/Unterlagen für das Bett, Spezialmatratzen, Keile, Kissen, Auf-/Unterlagen für den Rollstuhl, Schützer für Ellenbogen, Unterschenkel und Füße)
 Delta-Gehrad
 Drehscheibe, Umsetzhilfen
 Druckbeatmungsgerät
 Duschsitz / -stuhl
 Einlagen, orthopädische
 Einmal-Schutzhose bei Querschnittsgelähmten
 Ekzem-Manschette
 Epicondylitisbandage / -spange mit Pelotten
 Ergometer nach Herzinfarkt bei Notwendigkeit einer exakten Leistungskontrolle, jedoch nicht Fahrradergometer
 Ernährungssonde
 Fepo-Gerät (funktionelle elektronische Peroneus-Prothese)
 Fersenschutz (Kissen, Polster, Schale, Schoner)
 Fingerling
 Fingerschiene
 Fixationshilfen
 (Mini) Fonator
 Gehgipsgalosse
 Gehhilfen und -übungsgeräte
 Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechselfeldern bei atropher Pseudarthrose, Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie)
 Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatrophien
 Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung der idiopathischen Skoliose (Scolitron-Gerät, Skolitrosegerät)
 Gerät zur transkutanen Nervenstimulation (TNS-Gerät)
 Gesichtsteilersatzstücke (Ektoprothese, Epithese, Vorlege-Prothese)
 Gipsbett, Liegeschale
 Glasstäbchen
 Gummihose bei Blasen- oder/und Darminkontinenz
 Gummistrümpfe
 Halskrawatte, Hals-, Kopf-, Kinnstütze
 Handgelenkriemen
 Hebekissen
 Heimdialysegerät
 Helfende Hand, Scherenzange
 Herz-Atmungs-Überwachungsgerät (-monitor)
 Herzschrittmacher einschl. Kontrollgerät und Zubehör
 Hörgeräte (HdO, Taschengeräte, Hörbrillen, C.R.O.S.-Geräte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Otoplastik; jedoch nicht: Im-Ohr-Gerät)
 Hüftbandage (z. B. Hohmann-Bandage)
 Impulsvibrator
 Infusionsbesteck bzw. -gerät und Zubehör
 Inhalationsgerät (auch Sauerstoff) und Zubehör, jedoch nicht Luftbefeuchter, -filter, -wäscher
 Innenschuh, orthopädischer
 Insulinapplikationshilfen und Zubehör (Insulindosiergerät, -pumpe, -injektor)
 Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen
 Kanülen und Zubehör
 Katheter und Zubehör, auch Ballonkatheter
 Klumpfußschiene
 Klumphandschiene
 Klyso
 Knetmaterial für Übungszwecke bei cerebral-paretischen Kindern
 Kniekappe / -bandage, Kreuzgelenkbandage
 Kniepolster / Knierutscher bei Unterschenkelamputation
 Knöchel- und Gelenkstützen
 Körperersatzstücke einschließlich Zubehör
 Kompressionsstrümpfe / -strumpfhose, einfach
 Koordinator nach Schielbehandlung
 Kopfring mit Stab, Kopfschreiber
 Kopfschützer
 Krabblertisch für Spastiker
 Krampfaderröhrchen
 Krankenfahrstuhl mit Zubehör
 Krankenstock
 Kreuzstützbandage
 Krücke
 Latextrichter bei Querschnittslähmung
 Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleibbinden
 Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendegerät, Blattlesegerät, Auflagegestell)
 Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber, Badewannenlifter)
 Lispelsonde
 Mangoldsche Schnürbandage
 Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstellbar sind, soweit die Aufwendungen 100 DM übersteigen
 Milchpumpe, manuell betrieben
 Mundsperrer
 Mundstab / -greifstab
 Narbenschützer
 Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. ä., auch Haltemanschetten usw.
 Orthonyxie-Nagelkorrekturspange
 Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen
 Pavlikbandage
 Penisklemme

- Peronäusschiene, Heidelberger Winkel
 Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung
 Polarimeter
 Quengelschiene
 Reflektometer
 Rektophor
 Rollbrett
 Rutschbrett
 Schaumstoff-Therapie-Schuh, soweit die Aufwendungen 100 DM übersteigen
 Schede-Rad
 Schrägliegebrett
 Schutzbrille für Blinde
 Schutzhelm für Behinderte
 Schwellstromapparat
 Segofix-Bandagensystem
 Sitzkissen für Oberschenkelamputierte
 Sitzschale, wenn Sitzkorsett nicht ausreicht
 Skolioseumkrümmungsbandage
 Spastikerhilfen (Gymnastik-/Übungsgeräte)
 Sphinkter-Stimulator
 Sprachverstärker nach Kehlkopfresektion
 Spreizfußbandage
 Spreizhose/-schale/-wagenaufsatz
 Spritzen
 Stehübungsgerät
 Stomaversorgungsartikel, Sphinkter-Plastik
 Strickleiter
 Stubbies
 Stumpfschuhhülle
 Stumpfstrumpf
 Suspensorium
 Symphysen-Gürtel
 (Falocrur)Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar
 Teleskoprampe
 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten
 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät (Larchel)
 Tragegurtsitz
 Übungsschiene
 Urinale
 Urostomie-Beutel
 Vibrationstrainer bei Taubheit
 Wechseldruckgerät
 Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.
2. Die Aufwendungen für Apparate und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind nur beihilfefähig, wenn die ersparten Behandlungskosten höher als die Anschaffungskosten sind oder die Anschaffung aus besonderen Gründen dringend geboten ist.
 3. Die Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich durch die Anmietung eine Anschaffung erübrigt.
 4. Die Aufwendungen für den Ersatz eines unbrauchbar gewordenen Hilfsmittels oder Gerätes sind in der bisherigen Ausführung auch ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig, wenn die Ersatzbeschaffung innerhalb von sechs Monaten seit dem Kauf des bisherigen Hilfsmittels oder Gerätes erfolgt.
 5. Die Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.
 6. Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig, soweit sie innerhalb eines Kalenderjahres über 200 DM hinausgehen. Nicht beihilfefähig sind Aufwen-

- dungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.
7. Die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für Körperersatzstücke sind beihilfefähig, wenn sie vom Arzt schriftlich verordnet sind.
 8. Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 1000 DM beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstehender Haarausfall (z. B. Alopecia areata) oder eine erhebliche Verunstaltung, z. B. infolge Schädelverletzung, oder wenn ein totaler oder weitgehender Haarausfall bei männlichen Personen vor Vollendung des 25. Lebensjahres oder bei weiblichen Personen vorliegt. Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muß. Die Aufwendungen für die erneute Beschaffung einer Perücke sind nur beihilfefähig, wenn seit der vorangegangenen Beschaffung mindestens vier Jahre vergangen sind, oder wenn sich bei Kindern vor Ablauf dieses Zeitraumes die Kopfform geändert hat.
 9. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, deren Anschaffungskosten den Aufwendungen der allgemeinen Lebenshaltung zuzurechnen sind, insbesondere:
 - Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk
 - Adju-Set/-Sano
 - Aircast-Fußgelenkstütze
 - Angorawäsche
 - Aqua-Therapie-Hose
 - Arbeitsplatte zum Rollstuhl
 - Augenheizkissen
 - Autofahrerrückenstütze
 - Autokindersitz
 - Autokofferraumlifter
 - Autolifter
 - Badeanzug für Brustprothesenträgerinnen
 - Badewannengleitschutz
 - Badewannenkopfstütze
 - Badewannenmatte
 - Bandagen (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)
 - Basalthermometer
 - Basisrampe
 - Bauchgurt
 - Behindertenstuhl „eibe“
 - Berkemannsandalen
 - Bestrahlungsgeräte für ambulante Strahlentherapie
 - Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie
 - Bett/-brett/-füllung/-lagerungskissen/-platte/-rost/-stütze
 - Bett-Tisch
 - Bidet
 - Bill-Wanne
 - Blinden-Schreibsystem
 - Blinden-Uhr
 - Blutdruckmeßgerät
 - Brückentisch
 - Corolle-Schuh
 - Dusche
 - Einkaufsnetz
 - Einmal-Handschuhe
 - Eisbeutel und -kompressen
 - Elektrische Schreibmaschine
 - Elektrische Zahnbürste
 - Elektrofahrzeuge LARK, Graf Carello
 - Elektro-Luftfilter
 - Elektronic-Muscle-Control (EMC 1000)
 - Elektronisches Notizbuch

Eß- und Trinkhilfen
 Expander
 Fieberthermometer
 Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)
 Ganter-Aktiv-Schuhe
 (Mini)Garage für Krankenfahrzeuge
 Handschuhe (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)
 Handtrainer
 Hängeliege
 Hantel (Federhantel)
 Hausnotrufsystem
 Hautschutzmittel
 Heimtrainer
 Heizdecke/-kissen
 Hilfsgeräte für die Hausarbeit
 Holzsandalen
 Höhensonne
 Hörkissen
 Hörkragen Akusta-Coletta
 Intraschallgerät „NOVAFON“
 Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma)
 Ionopront, PermoX-Sauerstoffzeuger
 Ipos-Vorfußentlastungsschuh
 Katapultsitz
 Katzenfell
 Klingelleuchte
 Knickfußstrumpf
 Knoche Natur-Bruch-Slip
 Kolorimeter
 Kommunikationssystem
 Kraftfahrzeug einschließlich behindertengerechter Umrüstung
 Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidecubitusbett)
 Krankenunterlagen
 Kreislaufgerät „Schiele“
 Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil
 Language-Master
 Linguaduc-Schreibmaschine
 Luftpolsterschuhe
 Luftreinigungsgeräte
 Magnetfolie
 Monophonator
 Munddusche
 Nackenheizkissen
 Nagelspange Link
 Öldispersionsapparat
 Orthopädische Bade- und Turnschuhe
 Prothesenschuh
 Pulsfrequenzmesser
 Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben
 Rotlichtlampe
 Rückentrainer
 Salbenpinsel
 Sauerstoffgeräte
 Schlaftherapiegerät
 Schreibtelefon
 Sicherheitsschuh, orthopädisch
 Spezialsitze
 Spirometer
 Spranzbruchband
 Sprossenwand
 Sterilisator
 Stimmübungssystem für Kehlkopflose

Stockroller
 Stockständer
 Stützstrümpfe
 Stufenbett
 SUNTRONIC-System (AS 43)
 Taktellgerät
 Tamponapplikator
 Tandem für Behinderte
 Telefonverstärker
 Telefonhalter
 Therapeutische Wärmesegmente
 Therapeutisches Bewegungsgerät
 Tinnitus-Masker
 Transit-Rollstuhl
 Treppenlift, Monolift, Plattformlift
 Tünkers-Butler
 Übungsmatte
 Umweltkontrollgerät
 Urin-Prüfgerät Uromat
 Venenkissen
 Waage
 Wandstandgerät
 Wasserfeste Gehhilfe
 WR-Sitz
 Wright-Peak-Flow-Meter
 Zahnpflegemittel
 Zehenkorrektursandale
 Zweirad für Behinderte.

10. Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in den Nummern 1 und 9 aufgeführt noch den aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesminister des Innern. Der Bundesminister des Innern kann das Einvernehmen bei einzelnen Hilfsmitteln oder bei Gruppen von Hilfsmitteln allgemein erteilen. Soweit das Einvernehmen allgemein erteilt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen.
11. Die Aufwendungen für vom Augenarzt schriftlich verordneten Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:

11.1 Brillen

Als angemessen sind anzusehen

- für das Brillengestell höchstens 40 DM; die Beihilfe darf jedoch höchstens 20 DM betragen,
- für Gläser mit Gläserstärken bis ± 6 Dioptrien (dpt):

Einstärkengläser:	für das sph. Glas =	45 DM,
	für das cyl. Glas =	60 DM,
Mehrstärken- gläser:	für das sph. Glas =	120 DM,
	für das cyl. Glas =	160 DM,

Dreistufengläser
oder

Multifokalgäser: zuzüglich je Glas = 40 DM.

Darüber hinausgehende Kosten können ausnahmsweise als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die Mehrkosten nachweislich aus medizinischen Gründen notwendig sind. In diesen Fällen ist eine spezifizizierte Rechnung des Optikers (mit Angaben über Glasgröße, Glasqualität, Sonderbearbeitung und die jeweiligen Kosten hinsichtlich der Glasqualität im Vergleich zu den Kosten bei mittlerer Art und Güte) vorzulegen. Für die Mehrkosten bei Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern gilt ausschließlich Nummer 11.2.

11.2 Brillen mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für augenärztlich verordnete Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:

- a) Kunststoffgläser und Leichtgläser
 - aa) bei Gläserstärken ab + 6,0/- 8,0 dpt., bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr ab \pm 5,0 dpt.,
 - bb) bei Anisotropien ab 3,0 dpt.,
 - cc) unabhängig von der Gläserstärke
 - bei Kindern im Vorschulalter,
 - bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Mißbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung gewöhnlicher Gläser ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,
 - bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.
- b) Getönte Gläser (Lichtschutzgläser)
 - aa) bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Linsentrübungen, Glaskörpertrübungen),
 - bb) bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
 - cc) bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratoconjunctivitis, Iritis, Cyclitis)
 - dd) bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,
 - ee) bei Ciliarneuralgie,
 - ff) bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
 - gg) bei totaler Farbenblindheit,
 - hh) bei Albinismus,
 - ii) bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
 - jj) bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
 - kk) bei Gläsern ab + 10,0 dpt.,
 - ll) im Rahmen einer Fotochemotherapie.

11.3 Entspiegelte Gläser und Gläser mit verändernder Lichthelligkeit (phototrope Gläser)

Die Mehraufwendungen für die Entspiegelung von Gläsern sind nur beihilfefähig, wenn Trübungen der brechenden Medien des Auges wie zentrale Hornhautnarben oder Linsentrübungen vorliegen. Mehraufwendungen für phototrope Gläser (z. B. Colormaticgläser) sind nicht beihilfefähig.

11.4 Ersatzbeschaffung von Brillen

Die Aufwendungen für die Ersatzbeschaffung von Brillen sind nur dann beihilfefähig, wenn bei gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Brille drei Jahre vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraumes die Ersatzbeschaffung der Brille - ggf. nur der Gläser - notwendig ist, weil

- sich die Sehschärfe geändert hat,
- die bisherige Brille verloren oder wegen Beschädigung vollständig unbrauchbar geworden ist oder
- bei Kindern sich die Kopfform geändert hat.

Eine erneute augenärztliche Verordnung ist nicht erforderlich, wenn bei Verlust oder Beschädigung die Ersatzbeschaffung innerhalb eines Jahres seit dem Kauf der bisherigen Brille erfolgt oder bei Beschädigung das Gestell oder lediglich ein Glas repariert bzw. erneuert wird.

11.5 Kontaktlinsen

Die Mehraufwendungen für augenärztlich verordnete Kontaktlinsen sind nur bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:

- Myopie ab 8 dpt.,
- Hyperopie ab 8 dpt.,
- irregulärer Astigmatismus,
- regulärer Astigmatismus ab 3 dpt.,
- Keratokonus,
- Aphakie,
- Aniseikonie,
- Anisometropie ab 2 dpt.,
- psychogene Körperstörungen,
- als Verbandlinse bei schwerer Erkrankung der Hornhaut, bei durchbohrender Hornhautverletzung oder bei Einsatz als Medikamententräger,
- als Occlusionslinse in der Schielbehandlung, sofern andere Maßnahmen nicht durchführbar sind,
- als Irislinse bei Substanzverlust der Regenbogenhaut,
- druckempfindliche Operationsnarbe am Ohransatz oder an der Nasenwurzel.

Die Aufwendungen für Kontaktlinsen bei Astigmatismus sind zudem nur beihilfefähig, wenn mindestens eine um 20 v. H. verbesserte Sehschärfe gegenüber einer Brille erzielt wird. Bei psychogenen Körperstörungen ist die Bescheinigung eines Nervenarztes erforderlich.

Da das Tragen von Kontaktlinsen aus medizinischen Gründen gelegentlich unterbrochen werden muß, sind neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen auch die Kosten einer Reservebrille, bei Vorliegen einer Aphakie und bei über Vierzigjährigen darüber hinaus noch die Kosten einer Nahbrille beihilfefähig.

11.6 Andere Sehhilfen

Müssen Schulkinder nach augenärztlicher Verordnung während des schulischen Turnunterrichts eine Sportbrille tragen, werden die Aufwendungen als beihilfefähig anerkannt.

Läßt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können die Aufwendungen für eine vergrößernde Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohr-lupenbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenbrille u. ä.) als beihilfefähig anerkannt werden.

Heilkurortverzeichnis

Name ohne „Bad“	PLZ Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Aachen	5100 Aachen	Burtscheid und Monheimsallee	Heilbad
Abbach	8403 Bad Abbach	Bad Abbach, Abbach-Schloßberg, Au, Kalkofen, Weichs	Heilbad
Aibling	8202 Bad Aibling	Bad Aibling, Harthausen, Thürham, Zell	Heilbad
Alexandersbad	8591 Bad Alexandersbad	G	Heilbad
Altenau	3396 Altenau	G	Heilklimatischer Kurort
Andernach	5470 Andernach	Bad Tönisstein	Heilkurort
Arolsen	3540 Arolsen	K	Heilbad
Aulendorf	7960 Aulendorf	Aulendorf	Kneippkurort
Baden-Baden	7570 Baden-Baden	Baden-Baden, Balg, Lichtental, Oos	Heilbad
Badenweiler	7847 Badenweiler	Badenweiler	Heilbad
Baiersbronn	7292 Baiersbronn	Schwarzenberg-Schönmünzach	Kneippkurort
Balge	3071 Balge	B Blenhorst	Ort mit Moor-Kurbetrieb
Baltrum	2985 Baltrum	G	Nordseeheilbad
Bayersoien	8117 Bayersoien	B Kurhaus Bayersoien	Moorkurbetrieb
Bayrischzell	8163 Bayrischzell	G	Heilklimatischer Kurort
Bellingen	7841 Bad Bellingen	Bad Bellingen	Heilbad
Bentheim	4444 Bad Bentheim	Bad Bentheim (Gebietsstand 1973)	Heilbad
Berchtesgaden	8240 Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Bergzabern	6748 Bad Bergzabern	Bad Bergzabern	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Berleburg	5920 Bad Berleburg	Bad Berleburg	Kneippheilbad
Berneck	8582 Bad Berneck i. Fichtelgebirge	Bad Berneck i. Fichtelgebirge, Frankhammer, Kutschenrangen, Rödlasberg, Warmeleithen	Kneippheilbad
Bertrich	5582 Bad Bertrich	Bad Bertrich	Heilkurort
Beuren	7444 Beuren	G	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Bevensen	3118 Bevensen	Bad Bevensen	Heilbad und Kneippkurort
Biberach	7950 Biberach	Jordanbad	Kneippkurort
Birnbach	8345 Birnbach	Birnbach, Aunham	Heilbad
Bischofswiesen	8242 Bischofswiesen	G	Heilklimatischer Kurort
Blieskastel	6653 Blieskastel	Blieskastel-Mitte (Alschbach, Blieskastel, Lautzkirchen)	Kneippkurort
Bocklet	8733 Bad Bocklet	G	Heilbad
Bodenteich	3123 Bodenteich	G	Kneippkurort
Boll	7325 Boll	Bad Boll	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Boppard	5407 Boppard	a) Boppard b) Bad Salzig	Kneippkurort Heilkurort
Borkum	2972 Borkum	G	Nordseeheilbad
Bramstedt	2357 Bad Bramstedt	Bad Bramstedt	Heilbad
Braunlage	3389 Braunlage	G mit Hohegeiß	Heilklimatischer Kurort
Breisig	5484 Bad Breisig	Bad Breisig	Heilkurort
Brückenau	8788 Bad Brückenau	G sowie Gemeindeteil Eckarts des Marktes Zeitlofs	Heilbad
Buchau	7952 Bad Buchau	Bad Buchau	(Moor-)Heilbad
Bühl	7580 Bühl	Bühlerhöhe	Heilklimatischer Kurort
Bünde	4980 Bünde	Randringhausen	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Büsum	2242 Büsum	Büsum	Seeheilbad
Burgbrohl	5475 Burgbrohl	Bad Tönisstein	Heilkurort
Burg/Fehmarn	2448 Burg/Fehmarn	Burg	Seeheilbad
Camberg	6277 Bad Camberg	K	Kneippheilbad
Clausthal-Zellerfeld	3392 Clausthal-Zellerfeld	Clausthal-Zellerfeld	Heilklimatischer Kurort
Cuxhaven	2190 Cuxhaven	G	Nordseeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Dahme	2435 Dahme	Dahme	Seeheilbad
Damp	2335 Damp	Damp 2000	Seeheilbad
Daun	5568 Daun	Daun	Heilkurort, Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Detmold	4930 Detmold	Hiddessen	Kneippkurort
Diez	6252 Diez	Diez	Felkekurort
Ditzenbach	7342 Bad Ditzenbach	Bad Ditzenbach	Heilbad
Dobel	7544 Dobel	G	Heilklimatischer Kurort
Driburg	3490 Bad Driburg	Bad Driburg, Hermannsborn	Heilbad
Dürkheim	6702 Bad Dürkheim	Bad Dürkheim	Heilkurort
Dürrheim	7737 Bad Dürrheim	Bad Dürrheim	(Sole-)Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Eberbach	6930 Eberbach	Eberbach	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Eilsen	3064 Bad Eilsen	G	Heilbad
Ems	5427 Bad Ems	Bad Ems	Heilkurort und Heilklimatischer Kurort
Emstal	3501 Emstal	Sand	Heilquellen-Kurbetrieb
Endbach	3551 Bad Endbach	K	Kneippheilbad
Endorf	8207 Endorf i. OB	Endorf i. OB, Eisenbartling, Hofham, Kurf, Rachtental, Ströbing	Heilbad
Erwitte	4782 Erwitte	Bad Westernkotten	Heilbad
Essen	4515 Bad Essen	Bad Essen	Heilbad
Fallingbostel	3032 Fallingbostel	Fallingbostel	Kneippheilbad
Feilnbach	8201 Bad Feilnbach	G - ausgenommen die Gemeindeteile der ehemaligen Gemeinde Dettendorf	Heilbad
Freudenstadt	7290 Freudenstadt	Freudenstadt	Heilklimatischer Kurort
Friedenweiler	7829 Friedenweiler	G	Kneippkurort
Füssen	8958 Füssen	a) Bad Faulenbach b) Gebiet der ehemaligen Stadt Füssen und der ehemaligen Gemeinde Hopfen am See	Heilbad Kneippkurort
Füssing	8397 Bad Füssing	Bad Füssing, Aichmühle, Ainsen, Angering, Brandschachen, Dürnöd, Egglfing a. Inn, Eitlöd, Flickenöd, Gögging, Holzhäuser, Holzhaus, Hub, Irching, Mitterreuthen, Oberreuthen, Pichl, Pimsöd, Poinzaun, Riedenburg, Safferstetten, Schieferöd, Schöchlöd, Steinreuth, Thalau, Thalham, Thierham, Unterreuthen, Vöglöd, Weidach, Wies, Würding, Zieglöd, Zwicklarn	Heilbad
Gaggenau	7560 Gaggenau	Bad Rotenfels	Ort mit Heilquellen - Kurbetrieb
Gandersheim	3353 Bad Gandersheim	Bad Gandersheim	Heilbad
Garmisch-Patenkirchen	8100 Garmisch-Patenkirchen	G - ohne das eingegliederte Gebiet der ehemaligen Gemeinde Wamberg	Heilklimatischer Kurort
Gersfeld	6412 Gersfeld (Rhön)	K	Kneippkurort
Gladenbach	3554 Gladenbach	K	Kneippheilbad
Glücksburg	2392 Glücksburg	Glücksburg	Seeheilbad
Goslar	3380 Goslar	Hahnenklee, Bockswiese	Heilklimatischer Kurort
Grasellenbach	6149 Grasellenbach	K	Kneippkurort und Kneippheilbad
Griesbach	8399 Griesbach i. Rottal	Griesbach B Kurmittelhaus Griesbach i. Rottal	Heilbad Heilquellenkurbetrieb
Grömitz	2433 Grömitz	Grömitz	Seeheilbad
Grönenbach	8944 Grönenbach	Grönenbach, Au, Brandholz, Darast, Egg, Ehwiesmühle, Falken, Gemeinschwenden, Greit, Grönenbach-W-, Herbisried, Hintersäng, Hueb, Ittelsburg, Klevers, Kornhofen, Kreuzbühl, Manneberg, Niederholz, Ölmühle, Raupolz, Rechberg, Rothenstein, Schulerloch, Schwenden, Seefeld, Streifen, Thal, Vordergsäng, Waldegg b. Grönenbach, Ziegelberg, Ziegelstadel	Kneippkurort

Name ohne „Bad“	PLZ Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Großenbrode	2443 Großenbrode	G	Seeheilbad
Grund	3395 Bad Grund	Bad Grund	Heilbad
Haffkrug	2409 Haffkrug	Haffkrug	Seeheilbad
Haigerloch	7452 Haigerloch	Bad Imnau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Harzburg	3388 Bad Harzburg	K	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Heilbrunn	8173 Bad Heilbrunn	Bad Heilbrunn, Achmühl, Baumberg, Hinterstallau, Hub, Kiensee, Langau, Oberbuch, Oberenzenau, Obermühl, Obersteinbach, Ostfeld, Ramsau, Schönau, Unterenzenau, Untersteinbach, Voglherd	Heilbad
Heiligenhafen	2447 Heiligenhafen	Heiligenhafen	Seeheilbad
Helgoland	2192 Helgoland	G	Seeheilbad
Herbstein	6422 Herbstein	B	Heilquellen-Kurbetrieb
Herrenalb	7506 Bad Herrenalb	Bad Herrenalb	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Hersfeld	6430 Bad Hersfeld	K	(Mineral-)Heilbad
Hille	4955 Hille	Rothenuffeln	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Hindelang	8973 Hindelang	Hindelang, Bad Oberdorf, Bruck, Gailenberg, Groß, Hinterstein, Liebenstein, Oberjoch, Reckenberg, Riedle, Unterjoch, Vorderhindelang	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Hinterzarten	7824 Hinterzarten	G	Heilklimatischer Kurort
Höchenschwand	7821 Höchenschwand	Höchenschwand	Heilklimatischer Kurort
Hönningen	5462 Bad Hönningen	Bad Hönningen	Heilkurort
Höxter	3470 Höxter	Bruchhausen	Heilquellen-Kurbetrieb
Hohwacht	2322 Hohwacht	G	Seeheilbad
Holzminden	3450 Holzminden	Neuhaus	Heilklimatischer Kurort
Homburg	6380 Bad Homburg v. d. Höhe	K	Heilbad
Horn	4934 Horn-Bad Meinberg	Bad Meinberg	Heilbad
Iburg	4505 Bad Iburg	Bad Iburg	Kneippheilbad
Isny	7972 Isny	Isny, Neutrauchburg	Heilklimatischer Kurort
Juist	2983 Juist	G	Nordseeheilbad
Karlshafen	3522 Bad Karlshafen	K	Heilbad
Kassel	3500 Kassel	Wilhelmshöhe	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Kellenhusen	2436 Kellenhusen	Kellenhusen	Seeheilbad
Kissingen	8730 Bad Kissingen	G	Heilbad
König	6123 Bad König	K	Heilbad
Königsfeld	7744 Königsfeld	Königsfeld, Bregnitz, Grenier	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Königshofen	8742 Bad Königshofen i. Grabfeld	G - ohne die eingegliederten Gebiete der ehemaligen Gemeinden Aub und Merkershausen	Heilbad
Königstein	6240 Königstein im Taunus	K	Heilklimatischer Kurort
Kohlgrub	8112 Bad Kohlgrub	G	Heilbad
Kreuth	8185 Kreuth	G	Heilklimatischer Kurort
Kreuznach	6550 Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	Heilkurort
Krozingen	7812 Bad Krozingen	Bad Krozingen	Heilbad
Krumbach	8908 Krumbach (Schwaben)	B Sanatorium Krumbad	Peloidkurbetrieb
Kyllburg	5524 Kyllburg	Kyllburg	Kneippkurort
Laasphe	5928 Bad Laasphe	Bad Laasphe	Kneippheilbad
Laer	4518 Bad Laer	G	Soleheilbad
Lahnstein	5420 Lahnstein	B Kurtherme Rhein-Lahn der Viktoria Thermalbad Lahnstein GmbH	Heilquellenkurbetrieb
Langeoog	2941 Langeoog	G	Nordseeheilbad
Lauterberg	3422 Bad Lauterberg	Bad Lauterberg	Kneippheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Lenzkirch	7825 Lenzkirch	Lenzkirch, Saig	Heilklimatischer Kurort
Liebenzell	7263 Bad Liebenzell	Bad Liebenzell	Heilbad
Lindenfels	6145 Lindenfels	K	Heilklimatischer Kurort
Lippspringe	4792 Bad Lippspringe	Bad Lippspringe	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Lippstadt	4780 Lippstadt	Bad Waldliesborn	Heilbad
Ludwigsburg	7140 Ludwigsburg	Hoheneck	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Lüneburg	2120 Lüneburg	Kurpark mit Kurzentrum	Sole-Moor-Heilbad
Malente	2427 Malente	Malente	Kneippheilbad
Manderscheid	5562 Manderscheid	Manderscheid	Heilklimatischer Kurort
Marienberg	5439 Bad Marienberg	Bad Marienberg	Kneippkurort
Marktschellenberg	8246 Marktschellenberg	G	Heilklimatischer Kurort
Mergentheim	6990 Bad Mergentheim	Bad Mergentheim	Heilbad
Mölln	2410 Mölln	Mölln	Kneippkurort
Mössingen	7406 Mössingen	Bad Sebastiansweiler	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münder	3252 Bad Münder	Bad Münder	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Münster/Stein	6552 Bad Münster am Stein-Eberburg	Bad Münster am Stein	Heilkurort
Münstereifel	5358 Bad Münstereifel	Bad Münstereifel	Heilklimatischer Kurort
Murnau	8110 Murnau a. Staffelsee	B Ludwigsbad Murnau	Kneippheilbad
Nauheim	6350 Bad Nauheim	K	Moorkurbetrieb
Nenndorf	3052 Bad Nenndorf	K	Heilbad
Neuenahr	5483 Bad Neuenahr-Ahrweiler	Bad Nenndorf	Heilbad
Neukirchen	3579 Neukirchen	Bad Neuenahr	Heilkurort
Neustadt/D	8425 Neustadt a. d. Donau	K	Kneippkurort
Neustadt/S	8740 Bad Neustadt a. d. Saale	Bad Gögging	Heilbad
Nidda	6478 Nidda	Bad Neustadt a. d. Saale, Salzburg	Heilbad
Nonnweiler	6696 Nonnweiler	Bad Salzhausen	Heilbad
Norddorf	2279 Norddorf/Amrum	Nonnweiler	Heilklimatischer Kurort
Norderney	2982 Norderney	Norddorf	Seeheilbad
Nümbrecht	5223 Nümbrecht	G	Nordseeheilbad
Oberstauen	8974 Oberstauen	G	Heilklimatischer Kurort
Oberstdorf	8980 Oberstdorf	G - ausgenommen die Gemeindeteile Aach i. Allgäu, Hänse, Hagspiel, Hütten, Krebs, Nägeleshalde	Kneippkurort (Schroththerapie) und Heilklimatischer Kurort
Oeynhaus	4970 Bad Oeynhaus	Oberstdorf, Anatswald, Birgsau, Dietersberg, Ebene, Einödsbach, Faistenoy, Gerstruben, Gottenried, Gruben, Gundsbach, Jauchen, Kornau, Reute, Ringang, Schwand, Spielmannsau	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Olsberg	5787 Olsberg	Bad Oeynhaus	Heilbad
Orb	6482 Bad Orb	Olsberg	Kneippkurort
Ottobeuren	8942 Ottobeuren	G	Heilbad
Oy-Mittelberg	8967 Oy-Mittelberg	Ottobeuren, Eldern	Kneippkurort
Petershagen	4953 Petershagen	Oy	Kneippkurort
Peterstal-Griesbach	7605 Bad Peterstal-Griesbach	Hopfenberg	Kurmittelgebiet
Plön	2320 Plön	a) G	Heilbad
Porta Westfalica	4952 Porta Westfalica	b) Bad Peterstal	Heilbad und Kneippkurort
Preußisch Oldendorf	4994 Preußisch Oldendorf	G	Heilbad
Prien	8210 Prien a. Chiemsee	Hausberge	Kneippkurort
Pymont	3280 Bad Pymont	Holzhausen	Kurmittelgebiet
		G - ohne den eingegliederten Gemeindeteil Vachendorf der ehemaligen Gemeinde Hittenkirchen und den Gemeindeteil Wildenwart	Kneippkurort
		K	Heilbad

Name ohne „Bad“	PLZ Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Radolfzell	7760 Radolfzell	Mettnau	Kneippkurort
Ramsau	8243 Ramsau b. Berchtesgaden	G	Heilklimatischer Kurort
Rappenau	6927 Bad Rappenau	Bad Rappenau	(Sole-)Heilbad
Reichenhall	8230 Bad Reichenhall	Bad Reichenhall, Bayerisch Gmain und Kibling	Heilbad
Rengsdorf	5455 Rengsdorf	Rengsdorf	Heilklimatischer Kurort
Rippoldsau-Schapbach	7624 Bad Rippoldsau-Schapbach	Bad Rippoldsau	Heilbad
Rodach	8634 Rodach b. Coburg	B Kurmittelhaus Thermalbad Rodach	Heilquellen-Kurbetrieb
Rothenfelde	4502 Bad Rothenfelde	G	Heilbad
Rottach-Egern	8183 Rottach-Egern	G	Heilklimatischer Kurort
Rottenburg	7407 Rottenburg a. N.	Bad Niedernau	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Sachsa	3423 Bad Sachsa	Bad Sachsa	Heilklimatischer Kurort
Säckingen	7880 Bad Säckingen	Bad Säckingen	Heilbad
Salzdetfurth	3202 Bad Salzdetfurth	Bad Salzdetfurth, Detfurth	Heilbad
Salzgitter	3320 Salzgitter	Salzgitter-Bad	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Salzschlirf	6427 Bad Salzschlirf	G	Mineralheilbad und Moorbad
Salzuflen	4902 Bad Salzuflen	Bad Salzuflen	Heilbad
Sasbachwalden	7595 Sasbachwalden	G	Kneippkurort
Sassendorf	4772 Bad Sassendorf	Bad Sassendorf	Heilbad
Scharbeutz	2409 Scharbeutz	Scharbeutz	Seeheilbad
Scheidegg	8999 Scheidegg	G	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
Schieder	3284 Schieder-Schwalenberg	Schieder, Glashütte	Kneippkurort
Schlangenbad	6229 Schlangenbad	K	Heilbad
Schleiden	5372 Schleiden	Gemünd	Kneippkurort
Schluchsee	7826 Schluchsee	Schluchsee, Faulenfürst, Fischbach	Heilklimatischer Kurort
Schmallenberg	5948 Schmallenberg	Fredeburg	Kneippkurort
Schömberg	7542 Schömberg	Schömberg	Heilklimatischer Kurort Kneippkurort
Schönberg	2306 Schönberg	Holm	Heilbad
Schönau	8240 Schönau a. Königssee	G	Heilklimatischer Kurort
Schönborn	7525 Bad Schönborn	a) Bad Mingolsheim b) Langenbrücken	Heilbad Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Schönwald	7741 Schönwald	G	Heilklimatischer Kurort
Schussenried	7953 Bad Schussenried	Bad Schussenried	(Moor-)Heilbad
Schwäb. Hall	7170 Schwäbisch Hall	Schwäbisch Hall	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Schwalbach	6208 Bad Schwalbach	K	Heilbad
Schwangau	8959 Schwangau	G	Heilklimatischer Kurort
Schwartau	2407 Bad Schwartau	Bad Schwartau	Heilbad
Siegsdorf	8227 Siegsdorf	B Kurheim Bad Adelholzen	Heilquellen-Kurbetrieb
Sinzig	5485 Sinzig	Bad Bodendorf	Heilkurort
Sobernheim	6553 Sobernheim	Sobernheim	Felkekurort
Soden am Taunus	6232 Bad Soden am Taunus	K	Heilbad
Soden-Salmünster	6483 Bad Soden-Salmünster	Bad Soden	Mineralheilbad
Sooden-Allendorf	3437 Bad Sooden-Allendorf	K	Heilbad
Spiekeroog	2941 Spiekeroog	G	Nordseeheilbad
St. Andreasberg	3424 St. Andreasberg	G	Heilklimatischer Kurort
St. Blasien	7822 St. Blasien	St. Blasien	Kneippkurort und Heilklimatischer Kurort
St. Peter-Ording	2252 St. Peter-Ording	St. Peter-Ording	Seeheilbad Mineralheilbad
Steben	8675 Bad Steben	G	Heilbad
Stuttgart	7000 Stuttgart	Berg, Bad Cannstatt	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Tegernsee	8180 Tegernsee	G	Heilklimatischer Kurort

Name ohne „Bad“	PLZ Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Teinach-Zavelstein	7264 Bad Teinach-Zavelstein	Bad Teinach	Heilbad
Thyrnau	8391 Thyrnau	B Sanatorium Kellberg	Mineralquellenkurbetrieb
Timmendorfer Strand	2408 Timmendorfer Strand	Timmendorfer Strand, Niendorf	Seeheilbad
Titisee-Neustadt	7820 Titisee-Neustadt	Titisee	Heilklimatischer Kurort
Todtmoos	7867 Todtmoos	G	Heilklimatischer Kurort
Tölz	8170 Bad Tölz	a) Gebiet der ehemaligen Stadt Bad Tölz b) Gebiet der ehemaligen Gemeinde Oberfischbach	Heilbad und Heilklimatischer Kurort
Traben-Trarbach	5580 Traben-Trarbach	Bad Wildstein	Heilkurort
Travemünde	2407 Travemünde	Travemünde	Seeheilbad
Triberg	7740 Triberg	Triberg	Heilklimatischer Kurort
Überkingen	7347 Bad Überkingen	Bad Überkingen	Heilbad
Überlingen	7770 Überlingen	Überlingen	Kneippheilbad
Urach	7432 Bad Urach	Bad Urach	Heilbad
Vallendar	5414 Vallendar	Vallendar	Kneippkurort
Varel	2930 Varel	B - Dangast	Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb
Vilbel	6368 Bad Vilbel	K	Heilbad
Villingen-Schwenningen	7730 Villingen-Schwenningen	Villingen	Kneippkurort
Vlotho	4973 Vlotho	Seebruch, Senkelteich, Valdorf-West	Kurmittelgebiet (Heilquelle und Moor)
Waldkirch	7808 Waldkirch	Waldkirch	Kneippkurort
Waldsee	7967 Bad Waldsee	Bad Waldsee, Steinach	(Moor-)Heilbad und Kneippkurort
Wangerland	2949 Wangerland	Horumersiel, Schillig	Nordseeheilbad
Wangerrooge	2946 Wangerrooge	G	Nordseeheilbad
Warburg	3530 Warburg	Germete	Kurmittelgebiet (Heilquelle)
Weiler-Simmerberg	8999 Weiler-Simmerberg	B Rheuma-Kurbad Weiler-Simmerberg	Mineralquellenkurbetrieb
Weiskirchen	6619 Weiskirchen	Weiskirchen	Heilklimatischer Kurort
Wenningstedt	2283 Wenningstedt/Sylt	Wenningstedt	Seeheilbad
Westerland	2280 Westerland	Westerland	Seeheilbad
Wieda	3426 Wieda	Wieda	Heilklimatischer Kurort
Wiesbaden	6200 Wiesbaden	K	Heilbad
Wiessee	8182 Bad Wiessee	G	Heilbad
Wildbad	7547 Wildbad	Wildbad	Heilbad
Wildemann	3391 Wildemann	G	Kneippkurort
Wildungen	3590 Bad Wildungen	K	Heilbad
Willingen	3542 Willingen (Upland)	a) K b) Usseln	Heilklimatischer Kurort, Kneippkurort und Heilbad Heilklimatischer Kurort
Wimpfen	7107 Bad Wimpfen	Wimpfen am Berg (mit Erbach, Fleckinger Mühle, Höhenhöfe)	(Sole-)Heilbad
Windsheim	8532 Bad Windsheim	Bad Windsheim, Kleinwindsheimermühle, Walkmühle	Heilbad
Winterberg	5788 Winterberg	Winterberg, Altastenberg, Elkeringhausen	Heilklimatischer Kurort
Wittdün/Amrum	2278 Wittdün/Amrum	Wittdün	Seeheilbad
Witzenhausen	3430 Witzenhausen	Ziegenhagen	Kneippkurort
Wörishofen	8939 Bad Wörishofen	Bad Wörishofen, Hartenthal, Oberes Hart, Obergammenried, Schöneschach, Untergammenried, Unteres Hart	Kneippheilbad
Wünnenberg	4791 Wünnenberg	Wünnenberg	Kneippkurort
Wurzach	7954 Bad Wurzach	Bad Wurzach	(Moor-)Heilbad
Wyk a. F.	2270 Wyk a. F.	Wyk	Seeheilbad

Name ohne „Bad“	PLZ Gemeinde	Anerkennung als Heilkurort ist erteilt für: (Ortsteile, sofern nicht B, G, K*)	Artbezeichnung
Zwesten	3584 Zwesten	K	Heilquellen-Kurbetrieb
Zwischenahn	2903 Bad Zwischenahn	Bad Zwischenahn	Heilbad

*B = Einzelkurbetrieb

G = gesamtes Gemeindegebiet

K = nur Kerngemeinde, Kernstadt

Anlage 4 (Zu § 13 Abs. 3 Nr. 2 BhV)

Heilkurortverzeichnis Ausland

Ortsnamen

Abano Terme

Badgastein

Bad Dorfgastein

Bad Hofgastein

Galzignano

Ischia

Montegrotto

Ein Boqeg, Sdom am Toten Meer, wenn eine schwere Hauterkrankung (z. B. Psoriasis, Neurodermitis) vorliegt und die inländischen Behandlungsmöglichkeiten ohne hinreichenden Heilerfolg ausgeschöpft sind.

Allgemeine Verwaltungsvorschrift zu § 79 Bundesbeamten-gesetz über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfavorschriften - BhV) vom 19. April 1985, zuletzt geändert am 19. September 1989;

hier: Zusammenfassung der Hinweise

Zu Artikel 1 - Beihilfavorschriften (BhV) -

Zu § 1

1. Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. Durch die Beihilfe erfüllt der Dienstherr die dem Beamten und seiner Familie gegenüber bestehende beamtenrechtliche und soziale Verpflichtung, sich an den Krankheitskosten mit dem Anteil zu beteiligen, der durch die Eigenvorsorge nicht abgedeckt wird.
2. Die Vorschriften gelten sinngemäß für die in einem öffentlich-rechtlichen Amtsverhältnis zum Bund stehenden Personen, soweit sie keine Ansprüche nach § 27 AbgG haben, und für die Versorgungsempfänger aus diesem Personenkreis.

Zu § 2

Zu Absatz 1

1. Die in Nummer 3 genannten Personen sind, soweit sie Ansprüche nach Absatz 2 haben, bereits von dem Tage an selbst beihilfeberechtigt, an dem der Beihilfeberechtigte stirbt.
2. Empfänger von Übergangsgeld nach § 47 BeamtVG sowie von Unterhaltsbeitrag aufgrund disziplinarrechtlicher Regelungen und von Gnadenunterhaltsbeiträgen sind nicht beihilfeberechtigt.

Zu Absatz 2

Als Ruhens- und Anrechnungsvorschriften kommen in Betracht § 22 Abs. 1 Satz 2, §§ 53 bis 56 und § 61 Abs. 2 und 3 BeamtVG.

Zu Absatz 4

1. Nach § 27 Abs. 1 AbgG vom 18. Februar 1977 (BGBl. I S. 297) erhalten Mitglieder des Deutschen Bundestages und Versorgungs-

empfänger nach diesem Gesetz einen Zuschuß zu den notwendigen Kosten in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen in sinngemäßer Anwendung der Beihilfavorschriften für Bundesbeamte. Unter den in § 27 Abs. 2 AbgG genannten Voraussetzungen wird statt dessen ein Zuschuß zu den Krankenversicherungsbeiträgen gewährt.

2. Soweit die Mitglieder des Deutschen Bundestages, die zugleich Mitglieder der Bundesregierung oder Parlamentarische Staatssekretäre sind, sich für den Zuschuß nach § 27 Abs. 1 AbgG (Beihilfen) entscheiden, wird dieser von dem jeweils zuständigen Ministerium der Bundesregierung für den Deutschen Bundestag festgesetzt und gezahlt.
3. Mitglieder der Bundesregierung haben, wenn kein Anspruch nach § 27 Abs. 1 oder Abs. 2 AbgG besteht, Anspruch auf Beihilfen; dies gilt auch nach dem Ausscheiden aus ihrem Amt, sofern ein Anspruch auf Versorgungsbezüge besteht (vgl. Rundschreiben vom 17. 12. 1959, GMBI 1960 S. 13).

Zu § 3

Zu Absatz 1

1. Bei berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die selbst beihilfeberechtigt sind, ist § 4 Abs. 3 zu beachten.
2. Die Vorschrift erfaßt nicht nur beim Ortszuschlag berücksichtigte, sondern auch berücksichtigungsfähige Kinder. Damit wird sichergestellt, daß Beihilfen auch für Kinder gewährt werden können, für die kein Ortszuschlag zusteht (z. B. bei Empfängern von Anwärterbezügen) oder die im Ortszuschlag erfaßt würden, wenn sie nicht bereits bei einer anderen Person im Ortszuschlag berücksichtigt würden (vgl. hierzu § 4 Abs. 6, § 17 Abs. 3 Satz 2).
3. Zu Aufwendungen, die vor Begründung der eigenen Beihilfeberechtigung entstanden sind, jedoch erst danach geltend gemacht werden, sind Beihilfen demjenigen zu gewähren, bei dem der Betreffende bei Entstehen der Aufwendungen berücksichtigungsfähiger Angehöriger war.
4. Welchem Beihilfeberechtigten im Einzelfall die Beihilfe gewährt wird, ergibt sich aus § 17 Abs. 3 Satz 2.

Zu § 4

Zu Absatz 1

Beihilfen nach beamtenrechtlichen Vorschriften sind unbeschadet der Ausgestaltung im einzelnen dem Grunde nach gleichwertig. Absatz 1 stellt klar, aus welchem Rechtsverhältnis eine Beihilfe beim Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften zu gewähren ist.

Zu Absatz 2

1. Die Beihilfeberechtigung nach beamtenrechtlichen Vorschriften aus einem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger wird durch eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im Sinne der Absätze 2 und 5 nicht ausgeschlossen. Sie bleibt bestehen, wenn aus der Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften im konkreten Fall dem Grunde nach keine Beihilfe zusteht. Beispiel: Eine als krankenversicherungspflichtige Angestellte im öffentlichen Dienst beschäftigte Witwengeldempfängerin hat bei einer Krankenhausbehandlung Wahlleistungen in Anspruch genommen. Als Angestellte steht ihr insoweit keine Beihilfe zu, da sie in diesem Fall infolge der Verweisung auf Sachleistungen dem Grunde nach

keine Beihilfeberechtigung aus ihrem Arbeitsverhältnis hat. Da somit keine vorgehende Beihilfeberechtigung vorliegt, steht eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfängerin zu.

2. Die Aufstockung einer nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften gewährten Beihilfe durch eine Beihilfe aus dem Rechtsverhältnis als Versorgungsempfänger ist ausgeschlossen (§ 5 Abs. 4 Nr. 7). Steht Beihilfe aus einer vorgehenden Beihilfeberechtigung zu, ist diese in Anspruch zu nehmen.

Zu Absatz 3

Die Hinweise zu Absatz 1 und 2 gelten entsprechend. Auf die Aus-schlußregelung in § 5 Abs. 4 Nr. 3 wird hingewiesen.

Zu § 5

Zu Absatz 1

1. Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn sie auf Verlangen erbracht worden sind (vgl. § 1 Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 1 Abs. 2 Satz 2, § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ).
2. Aufwendungen für Vorsorgemaßnahmen sind nur nach Maßgabe des § 10 beihilfefähig. Aufwendungen für andere vorbeugende Maßnahmen (z. B. ungezielte umfassende Untersuchungen – sog. check up –) sind nicht beihilfefähig.
3. Bei Untersuchungen und diagnostischen Maßnahmen in Diagnosekliniken sind Fahrt- und Unterkunftskosten (§ 6 Abs. 1 Nr. 9 und 10 Buchstabe a) notwendig, wenn es sich um einen Problemfall handelt. Ein Problemfall liegt nur dann vor, wenn dies durch einen Arzt ausdrücklich bestätigt wird.
 - 4.1 Die Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) stecken den für die Bemessung der Vergütung maßgebenden Rahmen ab und zählen die Kriterien auf, die bei der Festsetzung im einzelnen zugrunde zu legen sind. Die Spannenregelungen dienen nicht dazu, die Einzelsätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Der in der GOÄ und GOZ vorgegebene Bemessungsrahmen enthält im Zusammenwirken mit den Gebührenverzeichnissen eine Variationsbreite für die Gebührenbemessung, die, bezogen auf die einzelne Leistung, ausreicht, um auch schwierige Leistungen angemessen zu entgelten.
 - 4.2 Maßstab für die Angemessenheit von Aufwendungen (§ 5 Abs. 1 Satz 2) sind die Gebühren nach der GOÄ, GOZ auch dann, wenn die Leistung von einem Arzt/Zahnarzt oder in dessen Verantwortung erbracht, jedoch von anderer Seite (z. B. einer Klinik) in Rechnung gestellt wird; dies gilt nicht, soweit eine andere öffentliche Gebührenordnung Anwendung findet.
 - 5.1 Überschreitet eine Gebühr für ärztliche und zahnärztliche Leistungen den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 2 GOÄ, § 5 Abs. 2 Satz 4 GOZ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nach § 5 Abs. 1 nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung (§ 12 Abs. 2 Satz 2 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ) dargelegt ist, daß erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen
 - besonders schwierig war oder
 - einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
 - wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging
 und diese Umstände nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind (§ 5 Abs. 2 Satz 3 GOÄ/GOZ; vgl. z. B. Nr. 2667 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, Nr. 605 des Gebührenverzeichnisses der GOZ).
 - 5.2 Nach § 12 Abs. 2 Satz 3 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ ist die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei

der Festsetzungsstelle erhebliche Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie den Beihilfeberechtigten bitten, die Begründung durch den Arzt/Zahnarzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung des Beihilfeberechtigten veranlaßt worden ist. Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, so ist mit Einverständniserklärung des Beihilfeberechtigten eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer/Zahnärztekammer einzuholen.

- 5.3 Nach § 2 Abs. 1 GOÄ/GOZ kann durch Vereinbarung nur noch eine von § 3 GOÄ/GOZ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (Abdingung). Eine Abdingung der GOÄ insgesamt und die Anwendung anderer Gebührenordnungen ist nicht zulässig; eine Abdingung der GOZ ist nach Maßgabe des § 2 Abs. 3 Satz 1 zulässig (vgl. Hinweis Nummer 1). Gebühren, die auf einer Abdingung nach § 2 GOÄ, § 2 Abs. 1 GOZ beruhen, können grundsätzlich nur bis zum Schwellenwert als angemessen i. S. der Beihilfevorschriften angesehen werden, es sei denn, eine Überschreitung des Schwellenwertes bis zum höchsten Gebührensatz (§ 5 Abs. 1 und 3 GOÄ, § 5 Abs. 1 GOZ) ist nach der Begründung entsprechend Nummer 5.1, 5.2 gerechtfertigt. Ausnahmen können in außergewöhnlichen, medizinisch besonders gelagerten Einzelfällen von der obersten Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesminister des Innern zugelassen werden.
6. Entfallen.
7. Zu den besonderen gebührenrechtlichen Fragen vergleiche die als Anhang beigefügten Hinweise zum Gebührenrecht.
8. Gutachten sind mit Einverständnis des Beihilfeberechtigten einzuholen, sofern dazu persönliche Daten weitergegeben werden.

Zu Absatz 3

1. Zu den zustehenden Leistungen nach Satz 1 gehören z. B. auch Ansprüche gegen zwischen- oder überstaatliche Organisationen und Ansprüche auf Krankheitsfürsorge aufgrund Artikel 31 Abs. 2 des Statuts des Lehrpersonals der Europäischen Schulen sowie Ansprüche nach dem Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte. Zu den zustehenden Leistungen gehören ferner Ansprüche – ausgenommen Bestattungsgelder (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 4) – nach dem Bundesversorgungsgesetz, und zwar auf Leistungen der Kriegsofopferfürsorge auch dann, wenn sie nach sozialhilferechtlichen Grundsätzen gewährt werden, es sei denn, daß sie vom Einkommen oder Vermögen des Leistungsberechtigten oder seiner unterhaltsverpflichteten Angehörigen wieder eingezogen werden.
2. Für die Anwendung des Satzes 1 sind die gewährten Leistungen in voller Höhe auf die beihilfefähigen Aufwendungen anzurechnen.
3. Ansprüche des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater auf Ersatz von Aufwendungen bei Krankheit und für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung sind im Rahmen der Unterhaltspflicht zu erfüllen (vgl. § 1615 a. i. V. m. § 1610 Abs. 2, §§ 1615 f ff BGB). Der Unterhaltsanspruch des nichtehelichen Kindes gegen seinen Vater fällt jedoch nicht unter die Ansprüche auf Kostenerstattung nach § 5 Abs. 3 Satz 1; dies gilt ohne Rücksicht darauf, wem dieser Anspruch zusteht. Daher kann die Mutter nicht auf etwaige Ansprüche gegen den Vater des Kindes verwiesen werden, wenn sie für Aufwendungen dieser Art Beihilfen beansprucht. Auf den Anspruch der Mutter des nichtehelichen Kindes gegen den Vater auf Ersatz ihrer Entbindungs- und -folgekosten (vgl. § 1615 k Abs. 1 Satz 1 BGB) findet § 5 Abs. 3 Satz 1 keine Anwendung. Beihilfen sind Leistungen des Arbeitgebers im Sinne des § 1615 k Abs. 1 Satz 2 BGB. Diesen Leistungen gegenüber tritt der Anspruch der Mutter gegen den Vater zurück. Die mit § 1615 k Abs. 1 Satz 2 BGB getroffene gesetzgeberische Entscheidung ist für die Anwendung des § 5 Abs. 3 Satz 1 bindend. Das bedeutet, daß der Mutter des nichtehelichen Kindes Beihilfen für die Entbindungs- und -folgekosten nicht versagt werden dürfen.
4. Eine nach den BhV zustehende Beihilfe hat Vorrang vor den Leistungen nach dem BSHG (§ 2 Abs. 1 BSHG), auch wenn nach dem

BSHG vorgeleistet wird. Gleiches gilt gegenüber Leistungen aus dem Entschädigungsfonds für Schäden aus Kraftfahrzeugunfällen nach § 12 Abs. 1 Pflichtversicherungsgesetz.

5. Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus einem freiwilligen Versicherungsverhältnis nach Satz 4 Nummer 3 gehören nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die von ihr aufgrund des BVG gewährt werden.

Zu Absatz 4 Nr. 1

1. Die Vorschrift erfaßt Sachleistungen (z. B. ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhausleistungen, Heilmittel usw., die auf Kranken- oder Behandlungsschein gewährt werden sowie kieferorthopädische Behandlung) einer gesetzlichen Krankenkasse, der gesetzlichen Unfallversicherung, der Rentenversicherung sowie sonstiger Leistungsträger, z. B. Versorgungsverwaltung nach dem BVG. Eine anstelle einer Sachleistung gewährte Geldleistung wird als zustehende Leistung nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.
2. Da nach Satz 3 Buchstabe a bei den dort genannten Personen Festbeträge als Sachleistung gelten, sind darüber hinausgehende Aufwendungen nicht beihilfefähig.
Festbeträge können gebildet werden für
 - Arznei- und Verbandmittel (§ 35 SGB V)
 - Hilfsmittel (§ 36 SGB V).
 Als Festbeträge gelten auch
 - die Vertragssätze nach § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V,
 - der Zuschuß nach § 33 Abs. 3 Satz 3 SGB V,
 - der Zuschuß nach § 33 Abs. 4 Satz 1 SGB V, sowie
 - der Festbetrag nach § 133 Abs. 2 SGB V.
3. Satz 3 Buchstabe b erfaßt die Fälle, in denen sich der dort genannte Versicherte nicht im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung behandeln läßt (z. B. privatärztliche Behandlung durch einen Kassenarzt). Hätte der Behandler im Falle der Vorlage des Behandlungs- oder Überweisungsscheines eine Sachleistung zu erbringen gehabt, ist eine Beihilfe ausgeschlossen. Gehört der Behandler oder verordnende Arzt nicht zu dem von der Krankenkasse zugelassenen Behandlungskreis, findet § 5 Abs. 3 Sätze 2 und 3 Anwendung.

Zu Absatz 4 Nr. 2

Zuzahlungen bzw. Kostenanteile nach §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 2, 31 Abs. 3, 32 Abs. 2, 39 Abs. 4, 40 Abs. 5, 41 Abs. 2 und 60 Abs. 2 SGB V oder entsprechenden Regelungen sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Sachleistung, sondern eine Geldleistung gewährt wird. Dies gilt auch für Aufwendungen für die nach § 34 SGB V oder entsprechenden Regelungen ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Von der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund von § 130 Abs. 1 SGB V (Arzneimittelrabatt) nicht erstattete Aufwendungen sind als Kostenanteil nicht beihilfefähig. Bei den nicht durch Zuschüsse der Kasse gedeckten Anteilen bei der Versorgung mit Zahnersatz handelt es sich um keine Zuzahlungen bzw. Kostenanteile.

Zu Absatz 4 Nr. 3

1. Die Einkünfte nach dieser Vorschrift umfassen folgende Einkunftsarten:
 - 1.1 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
 - 1.2 Einkünfte aus Gewerbebetrieb,
 - 1.3 Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
 - 1.4 Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit,
 - 1.5 Einkünfte aus Kapitalvermögen,
 - 1.6 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung,
 - 1.7 sonstige Einkünfte im Sinne des § 22 Einkommensteuergesetz.

Die Summe dieser Einkünfte, vermindert um den Altersentlastungsbetrag und den Ausbildungsplatz-Abzugsbetrag, ist der Gesamtbetrag der Einkünfte. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,

Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit sind der Gewinn, bei den anderen Einkunftsarten der Überschuß der Einnahmen über die Werbungskosten.

2. Hat der berücksichtigungsfähige Ehegatte keine Einkünfte mehr und erklärt der Beihilfeberechtigte, daß im laufenden Kalenderjahr die Einkommensgrenze nach Nummer 3 nicht überschritten wird, kann unter dem Vorbehalt des Widerrufs eine Beihilfe bereits im laufenden Kalenderjahr gewährt werden; dem Beihilfeberechtigten ist aufzugeben, zu Beginn des folgenden Kalenderjahres zu erklären, ob die Einkünfte des berücksichtigungsfähigen Ehegatten im abgelaufenen Kalenderjahr die Einkommensgrenze überschritten haben.
3. Bei einem individuellen Ausschluß oder einer Aussteuerung von Versicherungsleistungen sind nur die Aufwendungen für die entsprechenden Leiden oder Krankheiten beihilfefähig.

Zu Absatz 4 Nr. 4

Sofern der Ersatzanspruch nicht auf den Dienstherrn übergeht (vgl. Absatz 5), gilt das Rundschreiben vom 6. Juni 1980 - D III 6 - 213 103-4/13 - weiter.

Zu § 6

Zu Absatz 1

1. Aufwendungen für eine homologe In-vitro-Fertilisation sind unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:
 - a) Es muß eine organbedingte Sterilität der Ehefrau vorliegen.
 - b) Die homologe In-vitro-Fertilisation muß nach objektiver medizinischer Feststellung das einzige Mittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft sein.
 Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Voraussetzungen sowie für die erstmalige Behandlung, darüber hinaus für zwei wiederholte Behandlungen. Aufwendungen für weitere Versuche sind nicht beihilfefähig.
2. Legasthenie ist keine Erkrankung i. S. des § 6 Abs. 1. Aufwendungen für eine derartige Behandlung sind daher nicht beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 1

1. Ob die Aufwendungen aus Anlaß einer Krankheit entstanden sind und notwendig waren, ergibt sich aus der Diagnose; ohne deren Angabe in der Rechnung können die Aufwendungen daher nicht als beihilfefähig anerkannt werden. Bei zahnärztlicher Behandlung ist die Angabe der Diagnose erforderlich bei implantologischen, funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen sowie bei Leistungen nach den Nummern 100 und 101 des Gebührenverzeichnisses der GOZ zur Behandlung von Parodontalerkrankungen von Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben.
2. Aufwendungen für ärztliche Bescheinigungen zum Nachweis der Dienstunfähigkeit und Dienstfähigkeit des Beihilfeberechtigten sind beihilfefähig.
Aufwendungen für Heil- und Kostenpläne bei zahnärztlicher und kieferorthopädischer Behandlung sind mit Ausnahme der nach § 2 Abs. 3 GOZ erstellten Heil- und Kostenpläne sowie der Nr. 002 des Gebührenverzeichnisses der GOZ beihilfefähig.
3. Bei zahntechnischen Leistungen sind die in der Material- und Laborkostenrechnung besonders auszuweisenden Kosten für Gold und andere Edelmetalle sowie für ein- und mehrflächige Keramikverblendungen zur Hälfte, die übrigen Material- und Laborkosten in Höhe von zwei Dritteln beihilfefähig. Der Gesamtbetrag erhöht sich um die darauf entfallende anteilige Mehrwertsteuer. Die Aufwendungen sind durch eine dem § 10 Abs. 2 Nr. 5 GOZ entsprechende Rechnung des Zahnarztes oder Dentallabors nachzuweisen.

Beispiel: Kosten nach anliegender Laborkostenrechnung		
Material- und Laborkosten (ohne MWSt)	2 276,28 DM	
%. Kosten für Edelmetall:		
Gold (Herador H)	578,18 DM	
davon beihilfefähig die Hälfte		289,09 DM
%. Kosten für Keramik:		
einflächige Keramik- verblendung		
für acht Zähne	953,60 DM	
davon beihilfefähig die Hälfte		476,80 DM
sonstige Material- und Labor- kosten		
	744,50 DM	
davon beihilfefähig		
zwei Drittel		496,33 DM
beihilfefähige Material- und Laborkosten ohne MWSt		1 262,22 DM
zuzüglich anteilige MWSt 7 v. H.		88,36 DM
beihilfefähige Material- und Laborkosten insgesamt		<u>1 350,58 DM.</u>

4. Entfallen.

5. Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung nach den Nummern 2 und 3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 ist bis zu dem dort genannten Umfang anzuerkennen.

5.1 nach Maßgabe einer vom Beihilfeberechtigten vorzulegenden, aufgrund eines ärztlichen Gutachtens erteilten Leistungszusage der Krankenversicherung des zu Behandelnden, aus der sich Art und Umfang der Behandlung und die Qualifikation des Behandlers ergeben; bestehen Zweifel an der Qualifikation des Behandlers, ist das nach Anlage 1 vorgesehene Gutachterverfahren durchzuführen, oder

5.2 wenn von der Krankenversicherung ein Gutachterverfahren nicht vorgesehen ist, nach Maßgabe der Stellungnahme eines von der Festsetzungsstelle beauftragten Gutachters. Dazu hat der Beihilfeberechtigte

- der Festsetzungsstelle eine Erklärung des zu Behandelnden über die Entbindung von der Schweigepflicht mit der Bescheinigung des behandelnden Arztes nach Formblatt Anlage 1 zuzuleiten und
- den behandelnden Arzt zu beauftragen, einen Bericht für den Gutachter nach Formblatt Anlage 2 zu erstellen und diesen in einem verschlossenen, deutlich erkennbar als vertrauliche Arztsache zu kennzeichnenden und an die Beihilfefestsetzungsstelle adressierten Umschlag zur Weiterleitung an den Gutachter zu übersenden.

Mit der Erstellung eines Gutachtens nach Formblatt Anlage 3 beauftragt die Festsetzungsstelle einen vom Bundesminister des Innern benannten Obergutachter; sie leitet ihm dazu gleichzeitig den ungeöffneten Umschlag mit dem Bericht des Arztes sowie

- das Formblatt Anlage 1,
- das Formblatt Anlage 4 in dreifacher Ausfertigung,
- einen an den Bearbeiter der Festsetzungsstelle adressierten, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag und
- gegebenenfalls die Bestätigung des Arztes bei fehlender Zusatzausbildung des Diplompsychologen/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

zu.

Bei einer Verlängerung der Behandlung oder Folgebehandlung (Nummer 2.3 der Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1) ist der vom behandelnden Therapeuten begründete Verlängerungsbericht entsprechend Satz 2 dem mit dem Erstgutachten beauftragten Gutachter zur Stellungnahme zuzuleiten. Dabei ist das Form-

blatt Anlage 3 um die zusätzlichen Angaben bei Folgebegutachtung zu ergänzen.

Der Gutachter teilt seine Stellungnahme nach Formblatt Anlage 4 in zweifacher Ausfertigung in dem Freiumschlag der Festsetzungsstelle mit. Eine Ausfertigung leitet die Festsetzungsstelle dem behandelnden Arzt zu.

5.3 Hält es die Festsetzungsstelle im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens für notwendig, ein Obergutachten einzuholen, beauftragt der Beihilfeberechtigte den behandelnden Arzt, eine Kopie von dessen Bericht an den Gutachter (Formblatt Anlage 2) in einem verschlossenen, deutlich erkennbar als vertrauliche Arztsache zu kennzeichnenden und an die Beihilfefestsetzungsstelle adressierten Umschlag zur Weiterleitung an den Obergutachter zu übersenden.

Die Festsetzungsstelle beauftragt einen vom Bundesminister des Innern benannten Obergutachter; sie leitet ihm den ungeöffneten Umschlag mit der Kopie des Berichts des Arztes sowie

- das Psychotherapie-Gutachten,
- einen an den Bearbeiter der Festsetzungsstelle adressierten, deutlich als vertrauliche Arztsache gekennzeichneten Freiumschlag,
- gegebenenfalls eine erneute Stellungnahme des behandelnden Therapeuten

zu.

Ist der die psychotherapeutische Behandlung ablehnende Gutachter gleichzeitig Obergutachter, ist ein anderer Obergutachter einzuschalten.

5.4 Ein Anerkennungsbescheid ist dem Beihilfeberechtigten nach Formblatt Anlage 4 a zu erteilen.

5.5 Die Kosten des Gutachtens bzw. Obergutachtens trägt die Festsetzungsstelle.

Zu Absatz 1 Nr. 2

1. Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, die ohne ausdrücklichen Wiederholungsvermerk des Arztes, Zahnarztes oder Heilpraktikers erneut beschafft worden sind, sind nicht beihilfefähig. Ist die Zahl der Wiederholungen nicht angegeben, sind nur die Aufwendungen für eine Wiederholung beihilfefähig.

2. Aufwendungen für Geriatrika und Stärkungsmittel sind nicht beihilfefähig.

3. Zu den Mitteln, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, gehören z. B. Diätkost, ballaststoffreiche Kost, glutenfreie Nahrung, Säuglingsfrühnahrung, Mineral- und Heilwässer (z. B. Fachinger, Heppinger, St.-Margareten-Heilwasser), medizinische Körperpflegemittel und dergleichen. In Ausnahmefällen kommt sog. vollbilanzierten Formeldiäten Arzneimittelcharakter zu. Aufwendungen hierfür sind beihilfefähig, wenn die Formeldiät aufgrund einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung notwendig ist bei

- Ahornsirupkrankheit
- Colitis ulcerosa
- Kurzdarmsyndrom
- Morbus Crohn
- Phenylketonurie
- erheblichen Störungen der Nahrungsaufnahme bei neurologischen Schluckbeschwerden oder Tumoren der oberen Schluckstraße (z. B. Mundboden- und Zungenkarzinom)
- Tumortherapie (auch nach der Behandlung)
- postoperativer Nachsorge.

Aufwendungen sind beihilfefähig, soweit sie monatlich 200 DM übersteigen.

Laborkosten-Rechnung

Nr.	Leistung	E.-Pr. DM	St.	Ges.-Pr. DM
0001	Modell aus Hartgips			
0002	Modell aus Superhartgips	9,00	1	9,00
0101	Modell für das Sägen von Stümpfen	12,40	1	12,40
0103	Einzelstumpf sägen und vorbereiten	7,50	4	30,00
0104	Einzelstumpf aus Superhartgips			
0105	Einzelstumpf aus Kunststoff			
0106	Dowel-Pin setzen	5,00	4	20,00
0108	Repon. eines Stumpfes			
	Ausblocken	4,00	5	20,00
0401	Einstellen in Mittelwertartikulator	12,70	1	12,70
0405	Einstellen in Fixator			
1002	Schellackbasis mit Bißwall			
1003	Kunststoffbasis mit Bißwall			
1101	Individueller Löffel			
1201	Übertragungskappe aus Kunststoff			
1202	Übertragungskappe aus Metall			
1304	Provisorische Krone			
1305	Provisorisches Brückenglied			
2001	Kronenring nach Maß			
2002	Kronenring nach Modell			
2003	Gegossene Kaufläche für Kronenring			
2004	Gußkrone nach Stufenpräparation			
2005	Gußkrone			
2006	Gußkrone zur Kunststoffverblendung			
2007	Gußkrone zur Keramikverblendung	72,50	4	290,00
2009	Gußhalbkronen			
2010	Gußdreiviertelkrone			
2102	Stiftaufbau indirekt, gegossen, ohne Kappe			
2103	Wurzelkappe direkt, geg., ohne Aufbau			
2104	Wurzelkappe indir., geg., ohne Aufbau			
2106	Aufbau auf vorh. Wurzelkappe für Krone			
2107	Wurzelk. m. Rückenpl. bzw. Kaufl. f. Kst.-V.			
2108	Wurzelk. m. Rückenpl. bzw. Kaufl. f. Ker.-V.			
2201	Teleskopkrone primär			
2210	Gußkrone für Ankerbandklammer			
2301	Brückenglied massiv			
2306	Brückenglied für Kunststoffverblendung			
2307	Brückenglied für Keramikverblendung			
2309	Brückenglied für Keramikvollverblendung	74,50	4	298,00
2501	Mantelkrone Frontzahn, Kunststoff			
2601	Mantelkrone Frontzahn, Keramik			
2602	Mantelkrone Seitenzahn, Keramik			
2701	Einflächige Verblendung, Kunststoff			
2710	Verbundschale aus Kunststoff (Facette)			

Nr.	Leistung	E.-Pr. DM	St.	Ges.-Pr. DM
2801	Einflächige Verblendung, Keramik	119,20	8	953,60
2802	Zweiflächige Verblendung, Keramik			
2803	Mehr als zweifl. Verblendung, Keramik			
3001	Umlaufende Fräsung je Zahn			
3003	Teilfräsung je Zahn			
3006	Bohrung u. Fräsung f. Friktionsstift, je Stift			
3101	Steg gegossen, Grundeinheit			
3102	Steg gegossen, Längeneinheit je Zahn			
3201	Teleskopkrone sekundär			
3202	Teleskopkrone sek. f. Kunststoffverblend.			
3207	Konuskrone sekundär			
3208	Konuskrone sek. f. Kunststoffverblend.			
3210	Ankerbandklammer sekundär			
3403	Konfektionsstegeschiebe, Grundeinheit			
3404	Konfektionssteges. ind. anpass. je Zahn			
3909	Verschraubung/Verbolzung			
3903	Friktionsstift			
3911	Retention an Sekundärum			
5001	Lötung Edelmetall an Edelmetall			
5002	Löt. Hilfsteil EM an Krone oder Brücke EM			
5005	Löt. nach keram. Verbindung EM an EM			
5010	Metallverbindung EM	10,40	4	41,60
8801	Kronen- und Brückengliedreparatur			
0701	Versandkosten je Versandgang	2,70	4	10,80
Material reine Laborkosten Zwischensumme				
Edelmetallverbrauch	18,48 g Herador H	à 31,37		578,18
	g	à		
	g	à		
Nettobetrag DM				2 276,28
7 % MwSt.				159,34
				2 435,62

- Aufwendungen für empfangnisregelnde Mittel sind nicht beihilfefähig, es sei denn, sie werden als Heilmittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet.
- Aufwendungen für Mund- und Rachentherapeutika sind bei Pilzinfektionen beihilfefähig. Aufwendungen für Abführmittel sind dann beihilfefähig, wenn die Abführmittel wegen einer schweren Grunderkrankung lebensnotwendig sind (z.B. postoperative Zustände, schwere Erkrankung des Darmes, Querschnittlähmung).
- Zu Festbeträgen ist die Übergangsvorschrift in Artikel 2 Nr. 3 der Änderungsvorschrift vom 19. September 1989 zu beachten.

Zu Absatz 1 Nr. 3

- Für die nachstehend aufgeführten, nicht von §1 Abs. 2 GOÄ erfaßten (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ), ärztlich verordneten Heilbehandlungen werden die beihilfefähigen Aufwendungen nach § 6 Abs. 2 wie folgt begrenzt, wobei es sich bei den dort genannten Beträgen

um beihilfefähige Höchstbeträge handelt, die auch einen angemessenen Ausgleich des Kostengefalles zwischen Landgemeinden und Großstädten gewährleisten:

lfd. Nr.	beihilfefähiger Höchstbetrag DM
----------	---------------------------------

Leistung
I. Inhalationen¹⁾

- | | |
|--|------|
| 1 a) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Einzelinhalation | 11,- |
| b) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer | 6,- |

lfd. Nr.	beihilfefähiger Höchstbetrag DM	lfd. Nr.	beihilfefähiger Höchstbetrag DM
		IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder	
c) Inhalationstherapie - auch mittels Ultraschallvernebelung - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	9,-	21 Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	16,-
2 a) Radon-Inhalation im Stollen	20,-	22 Heilpackungen	
b) Radon-Inhalation mittels Hauben	25,-	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Turbatherm)	20,-
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Moor, Schlamm, Schlick, Heilerde, Naturfango) ohne Verwendung von Folie zwischen Haut und Peloid	
3 Krankengymnastische Ganzbehandlung ²⁾ , auch Atemtherapie, als Einzelbehandlung, - einschl. der erforderlichen Massage -	29,-	Teilpackung	32,-
4 Krankengymnastische Ganzbehandlung auf neurophysiologischer Grundlage als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	36,-	Großpackung	45,-
5 Krankengymnastische Ganzbehandlung ³⁾ auf neurophysiologischer Grundlage bei zentralen Bewegungsstörungen im frühen Kindesalter (bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	49,-	b) Heublumensack, Peloidkomresse	11,-
6 Krankengymnastische Teilbehandlung ²⁾ als Einzelbehandlung - einschl. der erforderlichen Massage -	17,-	c) Kaltpackung (Teilpackung)	
7 Krankengymnastik in der Gruppe (2-8 Pers.) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer	11,-	- Anwendung von Lehm, Quark, o. ä.	9,-
8 Krankengymnastik in der Gruppe ⁴⁾ bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Pers.) Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	18,-	- bei Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Moor, Schlamm, Schlick, Heilerde, Naturfango) ohne Verwendung einer Folie zwischen Haut und Peloid	28,-
9 Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen als Einzelbehandlung im Bewegungsbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	29,-	23 a) Teilguß, Teilblitzguß	5,-
10 Krankengymnastik in der Gruppe im Bewegungsbad, je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	21,-	b) Vollguß, Vollblitzguß	7,-
11 Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschiene)	9,-	24 a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	20,-
12 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät)	12,-	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	33,-
13 Bewegungsübungen ²⁾	11,-	25 a) Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	15,-
14 Bewegungsübungen in der Gruppe im Bewegungsbad, je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	21,-	b) Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	22,-
15 Chirogymnastik ⁵⁾ - einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,-	26 a) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	5,-
III. Massagen		b) Wechselteilguß	6,-
16 Teilmassage ²⁾ (Massage einzelner Körperteile, z. B. eines Beines, eines Armes)	11,-	c) Wechselvollguß	7,-
17 Großmassage ²⁾ (z. B. beider Beine, beider Arme, einer Körperseite, des Schultergürtels, des Rückens, eines Armes und eines Beines, des Rückens und eines Beines, beider Füße, beider Knie, beider Schultergelenke und ähnliche Massagen mehrerer Körperteile)	19,-	d) Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	29,-
18 a) Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periostmassage ²⁾	18,-	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	7,-
b) Colonmassage ²⁾	12,-	f) Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	24,-
19 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder ⁵⁾ - Großbehandlung, mindestens 30 Minuten	29,-	g) Trockenpackung	5,-
- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten	43,-	27 a) Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	48,-
- Kompressionsbandagen ⁶⁾	14,-	b) Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	64,-
20 Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneneinhalt von mindestens 400 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druck- und Temperaturmeßeinrichtung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	34,-	28 Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Teilbad	48,-
		- Vollbad	55,-
		29 Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Photo-Therapie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	55,-
		30 Medizinische Bäder mit Zusätzen	
		a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	10,-

lfd. Nr.	beihilfefähiger Höchstbetrag DM
b) Sitzbad mit Zusatz	
- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	21,-
c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz	
- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	27,-
d) Weitere Zusätze, je Zusatz	6,-
31 Gashaltige Bäder	
a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad)	
- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	29,-
b) Gashaltiges Bad mit Zusatz	
- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	35,-
c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad)	
- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	32,-
d) Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	29,-
e) Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat	5,-
Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt sowie in § 6 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig.	
Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter Nrn. 30 a bis c und 31 b angegebenen beihilfefähigen Höchstbeträge um bis zu 6 DM. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nr. 30 d beihilfefähig.	

V. Eis- und Wärmebehandlungen

32 Eisanwendung (z. B. Kompressen, Eisbeutel, direkte Abreibung)	18,-
33 Eisteilbad	17,-
34 Heißluftbehandlung ⁷⁾ oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile	10,-

VI. Elektrotherapie

35 Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese	10,-
36 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	10,-
37 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)	10,-
38 Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	20,-
39 Iontophorese	11,-
40 Zwei- oder Vierzellenbad	17,-
41 Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz	
- einschließlich der erforderlichen Nachruhe -	30,-

VII. Lichttherapie

42 Behandlung mit Ultraviolettlicht ⁷⁾	
a) als Einzelbehandlung	5,-
b) in der Gruppe, je Teilnehmer	4,-
43 a) Reizbehandlung ⁷⁾ eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	5,-
b) Reizbehandlung ⁷⁾ mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	8,-
44 Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	12,-
45 Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	17,-

lfd. Nr.	beihilfefähiger Höchstbetrag DM
VIII. Logopädie	
46 Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in der Motorik des Sprachbereiches als zeitaufwendige Einzelbehandlung, Mindestdauer 30 Minuten	47,-
46 a Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in der Motorik des Sprachbereiches in der Gruppe, Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	20,60
47 Systematische sensomotorische Behandlung von zentralbedingten Sprachstörungen (einschließlich aller etwa dazu gehörender psychotherapeutischer atemgymnastischer, physikalischer und sedierender Maßnahmen, ggf. auch Dämmer Schlaf) als zeitaufwendige Einzelbehandlung, Mindestdauer 45 Minuten	57,-
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)	
48 Beschäftigungstherapeutische Behandlung in Gruppen mit Beratung des Patienten, Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	9,-
49 Beschäftigungstherapeutische Einzelbehandlung mit Beratung des Patienten, Mindestdauer 45 Minuten	36,-
50 Systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung von Ausfallerscheinungen oder Entwicklungsstörungen am Zentralnervensystem als zeitaufwendige Einzelbehandlung, Mindestdauer 45 Minuten	57,-

X. Sonstiges

51 Ärztlich verordneter Hausbesuch	13,-
52 Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) in Höhe von 0,42 DM je Kilometer oder der niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels	
2. Zur Heilbehandlung, die in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden ist oder mit der berufsbildende oder allgemeinbildende Zwecke verfolgt werden, gehören nur Maßnahmen, die nachweislich über die pädagogischen Maßnahmen hinausgehen, z. B. Bewegungstherapie, Beschäftigungstherapie, Logopädie. Die Einbindung in einen der Erfüllung der Schulpflicht dienenden Unterricht geschieht vor allem in Sonderschulen. Zu den Maßnahmen, die berufsbildende oder allgemeinbildende Zwecke verfolgen, gehört jeder andere Unterricht an Schulen sowie jede sonstige Ausbildungsmaßnahme. Derartige berufsbildende oder allgemeinbildende Zwecke werden dann in erheblichem Umfang verfolgt, wenn diese zwar nicht überwiegend oder mindestens in gleichem Umfang verfolgt werden, aber der Maßnahme das Gepräge geben. Eine Heilbehandlung ist auch dann in einen Unterricht zur Erfüllung der Schulpflicht eingebunden, wenn sie außerhalb der Unterrichtsstunden begleitend oder ergänzend durchgeführt wird. Dies ergibt sich aus dem engen Zusammenhang zwischen Behinderung, Erfüllung der Schulpflicht und Heilbehandlung.	
Wegen der Aufteilung der Aufwendungen einer Heilbehandlung mit Unterkunft und Verpflegung vergleiche Hinweis Nummer 2 zu Absatz 1 Nr. 10, bei Werkstattgebühren Nummer 5 zu § 9 Abs. 1.	

1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Heilmittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.
 2) Neben den Leistungen nach lfd. Nrn. 3 und 6 sind Leistungen nach den lfd. Nrn. 13 und 16 bis 18 nicht beihilfefähig.
 3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden erbracht werden.
 4) Darf nur nach besonderer Weiterbildung erbracht werden.
 5) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlußprüfung erbracht werden.
 6) Das notwendige Material (Bandagen, Schaumstoff) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig.
 7) Die Leistungen der lfd. Nrn. 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.

Zu Absatz 1 Nr. 4

Das in Nr. 10 der Anlage 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 vorgesehene Einvernehmen gilt für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle allgemein als erteilt, wenn die Aufwendungen nicht mehr als 500 DM betragen. Der Bundesminister des Innern kann zu den Verzeichnissen der Nr. 1 sowie der Nr. 9 der Anlage 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 weitere nähere Erläuterungen geben.

Zu Absatz 1 Nr. 6

1. Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Kosten der Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen; dies gilt sinngemäß für Krankenhäuser, die die Bundespflegesatzverordnung nicht anwenden.
2. Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die niedrigsten Kosten für ein solches Zimmer in der Abteilung als beihilfefähig anerkannt, die aufgrund der medizinischen Notwendigkeit für eine Unterbringung in Betracht kommt.
3. Die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, ist durch den Pflegesatz nach der Bundespflegesatzverordnung abgegolten; die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind in solchen Fällen nicht beihilfefähig. Besonders berechnete Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 25 DM täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes die Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Zu Absatz 1 Nr. 7

1. Pflegebedürftig ist, wer infolge Krankheit, Behinderung oder Schädigung so hilflos ist, daß er nicht ohne betreuende Pflege bleiben kann. Pflegebedürftigkeit ist nicht bei einem Zustand anzunehmen, der allein durch eine allgemeine Verminderung der körperlichen und geistigen Kräfte eingetreten ist und von dem für das Lebensalter typischen Zustand nicht wesentlich abweicht. Unter Pflege sind nur personenbezogene Verrichtungen zu verstehen, z. B. medizinische Hilfeleistungen, das Betten und Lagern, Hilfe beim An- und Auskleiden. Eine Pflege liegt somit nicht vor, wenn lediglich sonstige Hilfeleistungen, wie vor allem hauswirtschaftliche Arbeiten, erbracht werden müssen.

Pflegekosten sind beihilfefähig, wenn die Pflege durch den Arzt begründet ist.

- 1.1 für eine Berufs- oder Ersatzpflegekraft im Haushalt des Erkrankten (Hinweise Nummern 2 bis 4 zu § 6 Abs. 1 Nr. 7),
- 1.2 bei dauernder Anstaltsunterbringung (vgl. Hinweise Nummer 4 und 5 zu § 9 Abs. 1),
- 1.3 bei einer Unterbringung in Tagespflegeheimen insoweit, als die Unterbringung in konzessionierten Heimen oder – falls diese Voraussetzung fehlt – in solchen Heimen erfolgt, die nach einer Bestätigung der zuständigen Gesundheits- oder Sozialbehörde geeignet sind, durch das vorhandene Personal (Ärzte, Pfleger) die erforderliche Pflege zu gewährleisten. Voraussetzung ist ferner eine ärztliche Bescheinigung, durch die die krankheitsbedingte notwendige Unterbringung in einem Tagespflegeheim anstelle einer sonst erforderlichen Berufspflegekraft bescheinigt wird. Beihilfefähig sind die Pflegekosten einschließlich der Fahrkosten bis zur Höhe der Kosten einer Berufspflegekraft. Soweit das Tagespflegeheim einen Pauschalsatz in Rechnung stellt und die Aufwendungen für die Pflege nicht besonders angibt, sind 50 vom Hundert des Kostensatzes als Pflegekosten beihilfefähig,
- 1.4 bei vorübergehender Pflege in einem Heim und dgl. (vgl. Hinweise Nummer 7 und 8 zu § 9 Abs. 1),
- 1.5 bei Unterbringung dauernd Kranker in einer Pflegefamilie, wenn der Amts- oder Vertrauensarzt bestätigt, daß

- der Kranke dauernd pflegebedürftig ist und in einer Familie gepflegt werden kann,
- die Pflegefamilie für die Pflege geeignet ist und durch die Aufnahme in die Pflegefamilie eine sonst notwendige Anstaltsunterbringung (vgl. § 9 Abs. 1) entfällt.

Beihilfefähig sind die nachgewiesenen Kosten der Pflege

- bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bis zur Höhe von 750 DM monatlich,
- vom Beginn des 19. Lebensjahres ab bis zur Höhe von 900 DM monatlich.

2. Beihilfefähig sind die Aufwendungen für eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige Berufspflegekraft oder für eine vom Arzt als geeignet erklärte Ersatzpflegekraft. Die Aufwendungen für eine Ersatzpflegekraft können bis zur Höhe der Kosten für eine Berufspflegekraft als beihilfefähig anerkannt werden.
3. Erfordert der Umfang der Pflege eine zweite Pflegekraft, kann eine Beihilfe nach Satz 3 ausnahmsweise zusätzlich zu einer Beihilfe nach Satz 1 gewährt werden.
4. Besteht der Anspruch auf Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, sind die beihilfefähigen Aufwendungen bzw. der Betrag der Beihilfe nach Satz 3 entsprechend zu mindern.

Zu Absatz 1 Nr. 8

1. Die Voraussetzungen des Satzes 2 sind auch dann insoweit als gegeben anzusehen, wenn nach ärztlicher Bescheinigung ein an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt (Nummer 6) durch eine Familien- und Haushaltshilfe vermieden wird; Entsprechendes gilt für alleinstehende Beihilfeberechtigte. Nur geringfügig ist eine Erwerbstätigkeit dann, wenn die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit durchschnittlich weniger als die Hälfte der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit eines Vollbeschäftigten beträgt. Die Voraussetzungen des Satzes 2 sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen wird. Abweichend hiervon können Aufwendungen für eine Familien- und Haushaltshilfe als beihilfefähig anerkannt werden, wenn die den Haushalt allein führende Person als Begleitperson eines stationär aufgenommenen Kindes im Krankenhaus aufgenommen wird und dies nach Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Dies gilt auch in dem in Hinweis Nummer 3 Satz 3 zu § 6 Abs. 1 Nr. 6 geregelten Fall.
2. Ein besonderer Fall i. S. von Satz 3 liegt nur dann vor, wenn der Erkrankte nach stationärer Unterbringung die Führung des Haushalts nach ärztlicher Bescheinigung noch nicht – auch nicht teilweise – wieder übernehmen kann.

Zu Absatz 1 Nr. 9

Aufwendungen für Besuchsfahrten sind nicht beihilfefähig. Abweichend hiervon können Aufwendungen für regelmäßige Fahrten eines Elternteils zum Besuch seines im Krankenhaus oder Sanatorium aufgenommenen Kindes als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach der Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes der Besuch wegen des Alters des Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Zu Absatz 1 Nr. 10

1. Die Heimunterbringung mit Unterkunft nach Buchstabe b setzt ein Übernachten außerhalb der Familienwohnung voraus; eine Unterbringung nur tagsüber reicht nicht aus. Im Höchstbetrag ist die häusliche Ersparnis berücksichtigt.
2. Wird ein einheitlicher Kostensatz für Unterkunft, Verpflegung und Heilbehandlung in Rechnung gestellt, ist von folgender Aufteilung auszugehen:
 - a) Bei stationärer Unterbringung für Heilbehandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 3) = 45 v. H., in den Fällen des § 6 Abs. 1 Nr. 3 letzter Satz jedoch höchstens 20 DM täglich

Unterkunft und Verpflegung = 55 v. H., höchstens 17 DM täglich;

in den Fällen des § 6 Abs. 1 Nr. 3 letzter Satz jedoch höchstens 10 DM täglich,

- b) bei teilstationärer Behandlung für Heilbehandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 3) = 80 v. H., in den Fällen des § 6 Abs. 1 Nr. 3 letzter Satz jedoch höchstens 20 DM täglich; die Aufwendungen für Verpflegung in Höhe von 20 v. H. sind nicht beihilfefähig, da eine Heimunterbringung nicht vorliegt.

Sofern die Einrichtung eine andere Kostenaufteilung nachweist, ist diese zugrunde zu legen; die Höchstsätze bleiben unberührt.

3. Bettenfreihaltegebühren sind bis zu den Höchstsätzen für Unterkunft und Verpflegung von 17 DM bzw. 10 DM nach Nummer 2 Buchstabe a) beihilfefähig, wenn sie für Unterbrechung durch Krankheit oder bis zur Dauer von 6 Wochen aus sonstigem wichtigen Grunde erhoben werden.

Zu Absatz 1 Nr. 11

Die Aufwendungen für die Registrierung sind nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 beihilfefähig.

Zu Absatz 2

1. Gemäß Satz 1 wird für die nachstehenden wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methoden die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ganz oder teilweise ausgeschlossen:

- 1.1 Frischzellentherapie
- 1.2 Trockenzellentherapie
- 1.3 Lanthasol-Aerosol-Inhalationskur
Ausgenommen Aerosol-Inhalationskuren mit hochwirksamen Medikamenten, z. B. mit Aludrin
- 1.4 Bogomoletz-Serum
- 1.5 Hämatogene Oxydationstherapie nach Dr. Wehrli, Lugano
Aufwendungen für die hämatogene Oxydationstherapie sind nur dann beihilfefähig, wenn diese bei peripheren Durchblutungsstörungen mit Hypoxie des Gewebes nach Versagen der üblichen erprobten Behandlungsverfahren angewendet wird und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- 1.6 Elektro-Neural-Behandlungen nach Dr. Croon und Elektro-Neural-Diagnostik
- 1.7 Vibrationsmassage des Kreuzbeins
- 1.8 Gezielte vegetative Umstimmungsbehandlung oder gezielte vegetative Gesamtumschaltung durch negative statische Elektrizität
- 1.9 Vaduril-Injektionen gegen Paradontose
- 1.10 Höhenflüge zur Keuchhustenbehandlung oder Asthmabehandlung
- 1.11 Klimakammerbehandlungen
Soweit in Einzelfällen alle anderen üblichen Heilmethoden ohne Erfolg angewandt worden sind, können ausnahmsweise Beihilfen zu Aufwendungen für Klimakammerbehandlungen gewährt werden; Voraussetzung hierfür ist jedoch, daß die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit entsprechender Aufwendungen vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- 1.12 Therapie mit Regeneresen
- 1.13 Blutkristallisationstests zur Erkennung von Krebserkrankungen
- 1.14 Gasinsufflationen
Aufwendungen sind nur dann beihilfefähig, wenn damit arterielle Verschlüßerkrankungen behandelt werden und die Festsetzungsstelle aufgrund des Gutachtens eines von ihr bestimmten Amts- oder Vertrauensarztes die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Behandlung anerkannt hat.
- 1.15 Ganzheitsbehandlung auf bioelektrisch-heilmagnetischer Grundlage

- 1.16 Behandlungen mit nicht beschleunigten Elektronen nach Dr. Nuhr

- 1.17 Bruchheilung ohne Operation

- 1.18 Magnetfeldtherapie

Die Therapie mit Magnetfeldern ist wissenschaftlich allgemein nur anerkannt für die Behandlung der atrophen Pseudarthrose sowie bei Endoprothesenlockerung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Knochenbruchheilung, wenn sie in Verbindung mit einer sachgerechten chirurgischen Therapie durchgeführt wird.

- 1.19 Brechkraftändernde Operation der Hornhaut des Auges (sog. Keratomileusis) nach Professor Barraquer

- 1.20 Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Prof. Dr. von Ardenne

- 1.21 Hyperbare Sauerstofftherapie (Überdruckbehandlung)

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Behandlung von Kohlenmonoxydvergiftung, Gasegangrän, chronischen Knocheninfektionen, Septikämien, schweren Verbrennungen, Gasembolien, peripherer Ischämie oder bei mit Perzeptionsstörungen des Innenohres verbundenen Tinnitusleiden.

- 1.22 Therapeutisches Reiten

- 1.23 Chelat-Infusionstherapie

- 1.24 Rolfing-Behandlungen

- 1.25 Reinigungsprogramm mit Megavitaminen und Ausschwitzen

- 1.26 Psycotron-Therapie

- 1.27 Sauerstoff-Darmanierung (Colonics)

- 1.28 Colon-Hydro-Therapie

- 1.29 Laser-Behandlung im Bereich der physikalischen Therapie

- 1.30 Thermoregulationsdiagnostik

- 1.31 Kariesdetektor

- 1.32 Immunseren (Serocytol-Präparate)

- 1.33 Kombinierte Serumtherapie (z. B. Wiedemann-Kur)

- 1.34 Autohomologe Immuntherapie

- 1.35 Immuno-augmentative Therapie (IAT)

- 1.36 Pyramidenenergiebestrahlung

- 1.37 Bioresonatorentests

- 1.38 Cytotoxologische Lebensmitteltests

- 1.39 Modifizierte Eigenblutbehandlung nach Garthe

- 1.40 Thymuspräparate

Aufwendungen sind nur beihilfefähig bei Krebsbehandlungen, soweit andere übliche Behandlungsmethoden nicht zum Erfolg geführt haben.

2. Bestehen Zweifel, ob eine neue Behandlungsmethode wissenschaftlich anerkannt ist und werden diese durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten bestätigt, ist der obersten Dienstbehörde zu berichten.

Zu § 7

Zu Absatz 1

1. Auch bei einer anerkannten Sanatoriumsbehandlung gelten für die in § 6 Abs. 1 Nr. 3 bezeichneten Heilbehandlungen die in den Hinweisen hierzu festgesetzten Höchstbeträge ebenfalls.
2. Die behördliche Feststellung der Notwendigkeit einer Begleitperson bei Schwerbehinderten ergibt sich aus dem amtlichen Ausweis (Merkzeichen „B“ bzw. „BN“). Bei Kindern genügt statt dessen die Feststellung des Amts- oder Vertrauensarztes, daß wegen des Alters des Kindes und seiner eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung zur stationären Nachsorge eine Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig ist.
3. Nach Nummer 6 sind die Kosten eines ärztlichen Schlußberichts beihilfefähig. Der Schlußbericht soll bestätigen, daß eine Sanatoriumsbehandlung ordnungsgemäß durchgeführt worden ist. Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.

Zu Absatz 2

Ist die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Sanatoriumsbehandlung nicht anerkannt worden, so sind nur die Aufwendungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 beihilfefähig.

Zu Absatz 3

Bei der Anwendung von Satz 2 Nr. 1 muß eine wiederholte Behandlung in einem Sanatorium zur Nachsorge der schweren Erkrankung erforderlich sein, die den Aufenthalt in einem Krankenhaus oder Sanatorium notwendig gemacht hatte; auf einen engen zeitlichen Zusammenhang kommt es nicht an.

Zu § 8

1. Der pauschale Höchstbetrag von 30 DM täglich berücksichtigt die häusliche Ersparnis.
2. Verpflegt sich der Beihilfeberechtigte ganz oder teilweise selbst, können die Verpflegungskosten auch ohne Beleg bis zu einem Betrag von $\frac{4}{10}$ des Höchstbetrages täglich anerkannt werden, wenn der Beihilfeberechtigte versichert, daß ihm hierfür Aufwendungen in entsprechender Höhe entstanden sind.
3. Im übrigen gelten die Hinweise zu § 7 entsprechend.

Zu § 9**Zu Absatz 1**

1. Zum Begriff der Pflegebedürftigkeit vgl. Hinweis Nummer 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 7.
2. Pflegeheime sind Einrichtungen, in denen pflegebedürftige Personen Betreuung und Pflege erhalten. Derartige Einrichtungen können auch in Altenheimen oder Altenwohnheimen betrieben werden, und zwar entweder als besondere Pflegestation oder als einzelner Pflegeplatz (§§ 23, 28 der Verordnung über bauliche Mindestanforderungen für Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime vom 3. Mai 1983 - BGBl. I S. 550 -). Eine Einrichtung ist stets dann Pflegeheim, wenn die nach § 18 des Heimgesetzes vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1873) zuständige Behörde die nach § 6 dieses Gesetzes erforderliche Erlaubnis erteilt hat.
3. Sind am Ort der Unterbringung oder in seiner Umgebung mehrere öffentliche oder freie gemeinnützige Anstalten oder Pflegeheime vorhanden, so ist der niedrigste Satz der Einrichtung maßgebend, in welcher der Pflegebedürftige unter Berücksichtigung des Grades seiner Pflegebedürftigkeit untergebracht ist.
Bei Unterbringung in anderen Einrichtungen ist der niedrigste Satz der kostengünstigsten Einrichtung nach Satz 1 maßgebend, die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht käme.
4. Für die Berechnung der beihilfefähigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bleiben die nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 beihilfefähigen Pflegekosten unberücksichtigt. Werden die Kosten für die Unterkunft und Verpflegung von der Anstalt bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, so sind hierfür 80 vom Hundert des Pflegesatzes anzusetzen.
5. Zu den Kosten der Pflege gehören auch sog. Werkstattgebühren, die an sich Bestandteil des Pflegesatzes sind, jedoch wegen der Anerkennung nach § 55 Schwerbehindertengesetz getrennt neben dem Pflegesatz in Rechnung gestellt werden, soweit sie nicht nach § 58 Abs. 1 Buchstabe a Arbeitsförderungsgesetz zu tragen sind (vgl. § 5 Abs. 3 Satz 1). Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind, auch wenn sie in den Werkstattgebühren enthalten sind, nicht beihilfefähig.
Zu den Kosten der Pflege gehören jedoch nicht Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen.
6. Dienstbezüge sind die in § 1 Abs. 2 BBesG genannten Bruttobezüge; Versorgungsbezüge sind die in § 2 Abs. 1 BeamtVG genannten Bruttobezüge. Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG und Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG bleiben unberücksichtigt. Beim Zusammentreffen von Versorgungsbezügen mit Verdungenseinkommen, Versorgung aus zwischenstaatlicher oder überstaatlicher Verwendung, mehrerer Versorgungsbezüge oder

den in § 9 Abs. 1 Nr. 2, 3 bezeichneten Renten ist die Summe aller nach Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften gezahlten Dienst- bzw. Versorgungsbezüge zugrunde zu legen. Dem Betrag der Dienst- bzw. Versorgungsbezüge ist der Zahlbetrag der Renten hinzuzurechnen. Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Rentenbetrag, der sich ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses und des Krankenversicherungsbeitrages ergibt; Leistungen für Kindererziehung aufgrund des Kindererziehungsleistungs-Gesetzes bleiben ebenfalls unberücksichtigt.

7. Wird eine an sich dauernd unterbringungsbedürftige, im häuslichen Bereich gepflegte Person vorübergehend in eine Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder in ein Pflegeheim aufgenommen, so sind die Aufwendungen nach Absatz 1 beihilfefähig.
8. Bei vorübergehender Erkrankung einer in einem Altenheim nicht wegen krankheitsbedingter dauernder Pflegebedürftigkeit wohnenden Person ist ein zu den allgemeinen Unterbringungskosten erhobener Pflegekostenzuschlag nach § 6 Abs. 1 Nr. 7 beihilfefähig.

Zu Absatz 2

Ein Zeugnis nach Satz 1 ist im allgemeinen nicht einzuholen, solange eine stationäre Behandlung in einer medizinischen Abteilung eines Krankenhauses erfolgt.

Zu § 10**Zu Absatz 1**

Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien und Kinder-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1977 S. 32, zuletzt geändert am 24. August 1989, Bundesarbeitsblatt Nr. 10 S. 37; die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien vom 24. August 1989 sind veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt Nr. 10 S. 44.

Zu Absatz 2

Zur Behandlung von Parodontalerkrankungen sind die Aufwendungen für die Leistungen nach den Nummern 100 und 101 des Gebührenverzeichnisses der GOZ ohne Altersbegrenzung beihilfefähig. Bei Personen, die das 21. Lebensjahr vollendet haben, ist Voraussetzung die Angabe der Diagnose.

Zu § 11**Zu Absatz 1**

1. Für die Schwangerschaftsüberwachung werden die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 12. Januar 1989 (Bundesarbeitsblatt Nr. 3 S. 68) zugrunde gelegt. Danach sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
2. Die Aufwendungen für ärztlich verordnete Schwangerschaftsgymnastik sind beihilfefähig.

Zu Absatz 2

Für die Beihilfe nach dieser Vorschrift ist der Nachweis durch Belege nicht erforderlich (vgl. § 17 Abs. 3 Satz 1). Diese Beihilfe ist ohne zusätzlichen besonderen Antrag zu den aus Anlaß der Geburt geltend gemachten Aufwendungen zu gewähren. Werden solche Aufwendungen nicht geltend gemacht, z. B. bei Inanspruchnahme von Sachleistungen (§ 5 Abs. 4 Nr. 1), so bedarf es eines besonderen Antrages.

Die Beihilfe kann auch Beamten gewährt werden, die zur Ableistung des Grundwehrdienstes oder Zivildienstes unter Wegfall der Dienst- oder Anwärterbezüge beurlaubt sind.

Zu § 12**Zu Absatz 1**

Die Beihilfe in Todesfällen von Kindern ist zu gewähren, wenn die Friedhofsgebühren nach dem Tarif für Kinderbestattungen festge-

setzt werden; ist dies nicht der Fall, so ist die höhere Beihilfe zu gewähren.

Zu Absatz 2

Zu den Aufwendungen nach § 12 Abs. 2 gehören nicht die Aufwendungen für eine Überführung innerhalb der Gemeinde, weil diese nach Absatz 1 abgegolten sind.

Zu § 13

Zu Absatz 1

1. Rechnungsbeträge in ausländischer Währung sind mit dem am Tage der Festsetzung der Beihilfe geltenden amtlichen Devisen-Wechselkurs in Deutsche Mark umzurechnen, sofern der Umrechnungskurs nicht nachgewiesen wird.
2. Den Belegen über die Aufwendungen ist eine Übersetzung beizufügen, die bei Aufwendungen von mehr als 500 DM beglaubigt sein muß.
3. Für die beihilfefähigen Aufwendungen von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen mit ständigem Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland gilt als Wohnort
 - a) bei Versorgungsempfängern der Sitz der Festsetzungsstelle,
 - b) bei den übrigen Beihilfeberechtigten der Dienstort.
 Dies gilt nicht, soweit die besonderen Bestimmungen nach § 18 Abs. 5, 6 anzuwenden sind.
4. Aufwendungen für Behandlungen
 - a) im Kleinen Walsertal (Österreich),
 - b) in der Höhenklinik Valbella Davos (Schweiz) der Genossenschaft Sanatorium Valbella,
 - c) in der Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang (Schweiz) der Stiftung Deutsche Heilstätte Davos und Agra,
 - d) in der Klinik für Dermatologie und Allergie Davos (Schweiz), geführt von der Klinik Alexanderhaus Davos GmbH, Davos-Platz,
 gelten als in der Bundesrepublik Deutschland entstanden; in den Fällen der Buchstaben b, c und d jedoch nur, wenn nach Bescheinigung eines Facharztes eine Behandlung unter Einfluß von Hochgebirgsklima medizinisch indiziert ist. Beihilferechtlich gelten die Höhenklinik Valbella Davos und die Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang als Sanatorium, soweit nicht im Einzelfall eine stationäre Krankenhausbehandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 6) vorliegt und nachgewiesen wird; die Klinik für Dermatologie und Allergie als Krankenhaus (§ 6 Abs. 1 Nr. 6).
5. Absatz 1 stellt auf die Aufwendungen ab, die beim Verbleiben am Wohnort entstanden wären. Nach Maßgabe des § 5 Abs. 3 Satz 2 ist als Kassenleistung der Betrag in Abzug zu bringen, den die Krankenkasse beim Verbleiben am Wohnort geleistet hätte; hilfsweise kommt § 5 Abs. 3 Satz 3 zur Anwendung.
6. Befindet sich ein Heimdialysepatient vorübergehend aus privaten Gründen im Ausland, so sind die Aufwendungen beihilfefähig, die im gleichen Zeitraum bei Durchführung einer ambulanten Dialyse in der der Wohnung am nächsten gelegenen inländischen Dialyseeinrichtung entstanden wären.

Zu § 14

Zu Absatz 1

Maßgebend für die Höhe des Bemessungssatzes ist der Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen (§ 5 Abs. 2). Dabei ist in den Fällen des Satzes 3 der erhöhte Bemessungssatz für alle Aufwendungen zugrunde zu legen, die während des Zeitraums der Zahlung des erhöhten Ortszuschlages entstanden sind bzw. entstanden wären, wenn ein Ortszuschlag zustünde (§ 3 Abs. 1 Nr. 2).

Zu Absatz 3

Eine ausreichende Versicherung im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn sich aus den Versicherungsbedingungen ergibt, daß die Versicherung in den üblichen Fällen ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung wesentlich zur Entlastung des Versicherten

beiträgt, d. h. zusammen mit der Beihilfe das Kostenrisiko in Krankheitsfällen weitgehend deckt. Dabei ist es unerheblich, wenn für einzelne Aufwendungen die Versicherungsleistung verhältnismäßig gering ist. Das Erfordernis der rechtzeitigen Versicherung soll sicherstellen, daß das Risiko eines verspäteten Versicherungsabschlusses nicht zu einer erhöhten Belastung des Dienstherrn führt. Eine rechtzeitige Versicherung liegt vor, wenn sie im Zusammenhang mit dem Eintritt in das Beamtenverhältnis abgeschlossen wird.

Der Leistungsausschluß muß im Versicherungsschein als persönliche Sonderbedingung ausgewiesen sein; ein Leistungsausschluß ist nur dann zu berücksichtigen, wenn dieser nachweislich nicht durch Zahlung eines Risikozuschlages hätte abgewendet werden können. Ein Leistungsausschluß liegt u. a. dann nicht vor, wenn Krankenversicherungen in ihren Tarifen für einzelne Behandlungen generell keine Leistungen vorsehen oder in ihren Versicherungsbedingungen einzelne Tatbestände (z. B. Suchtkrankheiten, Pflegefälle, Krankheiten, für die anderweitige Ansprüche bestehen) vom Versicherungsschutz ausnehmen oder der Leistungsausschluß nur für Leistungen aus einer Höher- oder Zusatzversicherung gilt. Das gleiche gilt für Aufwendungen, die während einer in den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeit anfallen.

Eine Einstellung von Versicherungsleistungen liegt nur vor, wenn nach einer bestimmten Dauer einer Krankheit die Leistungen für diese Krankheit nach den Versicherungsbedingungen ganz 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.

Absatz 3 findet keine Anwendung für Aufwendungen nach § 9.

Zu Absatz 4

1. Der Höhe nach gleiche Leistungsansprüche, wie sie Pflichtversicherten gewährt werden, sind Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die freiwillig Versicherten in Höhe des Wertes einer an sich zustehenden Sachleistung gegebenenfalls nach Abzug eines Mengenrabatts, Unwirtschaftlichkeitsabschlages und dergleichen gezahlt werden. Für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, die bereits am 1. Oktober 1985 einer geschlossenen Beitragsklasse angehört haben, gelten die Voraussetzungen des Absatzes 4 Satz 1 als erfüllt, solange sie in dieser Beitragsklasse verbleiben.
2. Sofern die Voraussetzungen des Hinweises Nummer 1 erfüllt sind, findet Absatz 4 Satz 1 auch Anwendung für Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlungen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung hierzu nur für einzelne Aufwendungen Kostenanteile leistet.
3. Sind die Voraussetzungen des Hinweises Nummer 1 nicht erfüllt, richtet sich der Bemessungssatz nach Absatz 1; Entsprechendes gilt für Aufwendungen, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung keine Kostenerstattung geleistet hat.
4. Sofern eine Beitragsermäßigung nach § 248 Abs. 2 SGB V gewährt wird, ist die Übergangsvorschrift in Artikel 2 Nr. 2 der Änderungsvorschrift vom 19. September 1989 zu beachten. Der danach erforderliche Nachweis über die Beitragshöhe für eine beihilfekonforme Krankenversicherung bzw. die Nichtaufnahme ist durch Angebote von mindestens zwei privaten Krankenversicherungen zu führen. Die Angebote sollen zum Feststellungszeitpunkt nicht älter als sechs Monate sein. Eine Krankenversicherung ist dann als beihilfekonform anzusehen, wenn sie zusammen mit den jeweiligen Beihilfeleistungen in der Regel eine Erstattung von 100 v. H. der Aufwendungen ermöglicht. In den Vergleich sind auch die Kosten einer Krankenhaustagegeldversicherung bis zu 22 DM täglich einzubeziehen.

Der Nachweis über die Beitragshöhe gilt als erbracht bei den Personen, denen bis zum 30. Juni 1990 die Beitragsermäßigung nach § 248 Abs. 2 SGB V gewährt wurde.

Zu Absatz 5

Maßgebend für die Ermäßigung des Bemessungssatzes des Zuschußempfängers ist der Gesamtbetrag des Zuschusses im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

Zu Absatz 6

1. Bei dauernder Anstaltsunterbringung alleinstehender Beihilfeberechtigter und gleichzeitiger Unterbringung des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen (§9) gilt das Einvernehmen des Bundesministers des Innern dazu als erteilt, daß der Bemessungssatz nach Nummer 3 auf Antrag erhöht werden kann, wenn Einkommen und Regelbeihilfe nicht ausreichen, die Kosten der Unterbringung zuzüglich der Aufwendungen für notwendige persönliche Bedürfnisse sowie für eine etwa bestehende Krankenversicherung, die durch die Anstalt im Rahmen der Unterbringungs- und Pflegekosten nicht befriedigt werden, zu decken.

Ob diese Voraussetzungen vorliegen, ist durch eine Gegenüberstellung

- a) der Aufwendungen der Dauerunterbringung zuzüglich eines Betrages von 180 DM monatlich je untergebrachte Person für persönliche Bedürfnisse sowie der Aufwendungen für eine angemessene Krankenversicherung und
- b) der Einnahmen (hierzu gehören neben den Versorgungsbezügen auch die Sonderzuwendung, Renten, Kapitalerträge, sonstige Einnahmen, Wohngeld usw., jedoch nicht die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz sowie Leistungen nach dem Kindererziehungsleistungs-Gesetz) zuzüglich der Regelbeihilfe

festzustellen.

Die jährliche Sonderzuwendung ist dabei im laufenden Kalenderjahr monatlich mit einem Zwölftel der für das vergangene Jahr gezahlten Zuwendung zu berücksichtigen.

Ergibt sich danach ein ungedeckter Aufwand, so ist der Regelbemessungssatz bis zu 20 vom Hundert, jedoch höchstens auf 90 vom Hundert zu erhöhen.

2. Das Einvernehmen des Bundesministers des Innern nach Satz 2 gilt in den Fällen des Hinweises Nr. 1 allgemein als erteilt.

Zu § 15**Zu Absatz 1**

Für die Begrenzung der Beihilfen sind die in einem Beihilfeantrag zusammengefaßten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen den dazu gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. gegenüberzustellen. Dem Grunde nach beihilfefähig sind alle in den §§ 6 bis 13 näher bezeichneten Aufwendungen, auch wenn und soweit sie über etwaige Höchstbeträge, sonstige Begrenzungen oder Einschränkungen hinausgehen (z. B. Kosten eines teureren Brillengestells, Kosten eines Einbettzimmers bei Krankenhausbehandlungen, Arzthonorare, die den Höchstsatz der Gebührenordnung übersteigen), nicht jedoch Aufwendungen für nicht verordnete Medikamente, für Mittel nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 sowie die nach § 6 Abs. 2 Satz 1 von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossenen Aufwendungen.

Zu Absatz 2

1. Aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung ist nicht jedem einzelnen Rechnungsbetrag - etwa für die einzelnen Positionen - die hierzu jeweils gewährte Versicherungsleistung gegenüberzustellen. Vielmehr sind alle im Antrag geltend gemachten Aufwendungen, ausgenommen solche nach §§ 8, 9, den insgesamt hierzu gewährten Versicherungsleistungen gegenüberzustellen. Beitragsrückerstattungen sind keine Leistungen aus Anlaß einer Krankheit.
2. Der Nachweis darüber, daß Versicherungsleistungen aufgrund des Versicherungsvertrages nach einem Vomhundertsatz bemessen sind, soll beim ersten Antrag durch Vorlage des Versicherungsscheines oder einer Bescheinigung der Krankenversicherung erbracht werden. Änderungen der Versicherungsverhältnisse sind bei der nächsten Antragstellung nachzuweisen. Abweichende

geringere Erstattungen können im Einzelfall nachgewiesen werden.

3. Übersteigt der Betrag der nach § 14 errechneten Beihilfe zusammen mit den Leistungen aus einer Krankenversicherung usw. den Gesamtbetrag der dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen, so ist die Beihilfe um den übersteigenden Betrag zu kürzen.

Zu § 16

1. Für die bis zum Tode oder aus Anlaß des Todes eines Beihilfeberechtigten für ihn und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen entstandenen Aufwendungen sind die sich für die einzelnen Personen nach § 14 ergebenden Bemessungssätze zugrunde zu legen, wie sie am Tage vor dem Tode maßgebend waren.
2. Bis zum Zeitpunkt des Todes des Beihilfeberechtigten sowie in Unkenntnis seines Todes noch erlassene Beihilfebescheide sind aus Anlaß des Todes nicht zurückzunehmen.

Zu § 17**Zu Absatz 1**

1. Besteht im Zeitpunkt der Antragstellung keine Beihilfeberechtigung mehr, so sind Beihilfen zu den Aufwendungen zu gewähren, für die die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 2 erfüllt waren.
2. Beihilfen sind mit dem Formblatt Anlage 5 zu beantragen; dies gilt auch für Sozialhilfeträger bei überleitbaren Ansprüchen nach § 90 BSHG. Für den Beihilfebescheid soll das Formblatt Anlage 6 benutzt werden, für die Anerkennungsbescheide nach §§ 7, 8 sind die Formblätter Anlage 7 und 8 zu verwenden.

Zu Absatz 2

Die Antragsgrenze von 200 DM gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte aus dem beihilfeberechtigten Personenkreis ausgeschieden ist oder den Dienstherrn gewechselt hat.

Zu Absatz 3

Die Aufwendungen sind nach Möglichkeit durch Originalbelege nachzuweisen. Duplikate, Kopien und Abschriften sollen anerkannt werden, wenn sie beglaubigt oder wenn sie erkennbar vom Rechnungssteller ausgefertigt sind, es sei denn, Originalbelege sind vorgeschrieben (§ 16 Abs. 1 Satz 3, § 17 Abs. 3 Satz 2).

Zu Absatz 4

In einem verschlossenen Umschlag bei der Beschäftigungsdienststelle eingereichte und als solche kenntlich gemachte Beihilfeanträge sind ungeöffnet an die Festsetzungsstelle weiterzuleiten.

Zu Absatz 6

Die Verwendung der Belege für Beihilfezwecke soll in der Weise kenntlich gemacht werden, daß auch bei mehreren Beihilfeberechtigungen andere Verwaltungen die Verwendung erkennen können.

Zu Absatz 7

Soweit ein Krankenhaus oder eine Dialyse-Institution auch beim Nachweis der Beihilfeberechtigung auf Vorauszahlungen nicht verzichtet, kann ein Abschlag mit den Formblättern Anlage 9 und 10 von diesen Einrichtungen angefordert werden.

Zu Absatz 10

1. Bei Versäumnis der Antragsfrist ist eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu gewähren, sofern die Voraussetzungen des § 32 VwVfG vorliegen.
2. Soweit ein Sozialhilfeträger Leistungen erbringt, für die Beihilfen zu gewähren sind, ist für den Beginn der Antragsfrist
 - bei überleitbaren Ansprüchen (§ 90 BSHG) das Datum der Rechnungsausstellung Dritter (z. B. einer Krankenanstalt),
 - bei nicht überleitbaren Ansprüchen, für die der Sozialhilfeträger den Beihilfeberechtigten zulässigerweise in Anspruch nimmt, das Datum der Leistungsaufforderung des Sozialhilfeträgers gegenüber dem Beihilfeberechtigten maßgebend.

3. Ein Beleg i. S. von Absatz 3 Satz 1 liegt bei überleitbaren Ansprüchen vor, wenn die Rechnung
- den Erbringer der Leistungen (z. B. Heim, Anstalt),
 - den Leistungsempfänger (untergebrachte oder behandelte Person),
 - die Art (z. B. Pflege, Heilbehandlung) und den Zeitraum der erbrachten Leistungen,
 - die Leistungshöhe und
 - das Rechnungsdatum
- enthält und vom Erbringer der Leistung erstellt worden ist. Entsprechendes gilt für nicht überleitbare Ansprüche mit der Maßgabe, daß der Aussteller der Rechnung der Sozialhilfeträger sein kann.

Anhang

(Hinweis Nummer 7 zu § 5 Abs. 1 BhV)

Hinweise zum Gebührenrecht

1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1.1 Entfallen

1.2 Wegegeld und Besuchsgebühren

Der für das Gebührenrecht zuständige Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat zur Frage der Voraussetzungen für die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nach der GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Wegegeld nach § 8 GOÄ und Besuchsgebühren nach den Nrn. 5 bis 8 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ werden nur für Besuche gezahlt. Ein Besuch im gebührenrechtlichen Sinne liegt vor, wenn ein Arzt zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise nicht seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht.

Die übliche Arbeitsstätte und damit Praxisstelle des liquidationsberechtigten Krankenhausarztes sind die Einrichtungen des Krankenhauses. Begibt sich der liquidationsberechtigte Krankenhausarzt an seine Arbeitsstätte, kann er dafür weder Wegegeld noch Besuchsgebühren berechnen. Dabei spielt eine Rolle, ob der Arzt das Krankenhaus während oder außerhalb seiner regelmäßigen Dienstzeit aufsucht (vgl. auch Brück, Kommentar zur GOÄ, § 8, Anm. 11).

Diese Grundsätze gelten hinsichtlich der belegärztlichen Tätigkeit in gleicher Weise auch für den niedergelassenen Belegarzt. Regelmäßiger Ausübungsort der belegärztlichen Tätigkeit sind ebenfalls die Einrichtungen des Krankenhauses. Auch wenn es sich bei der Belegarztstätigkeit um eine Nebentätigkeit handelt, kann der Arzt für das Erreichen des Orts, an dem diese regelmäßig ausgeübt wird, weder Wegegeld noch Besuchsgebühren berechnen (vgl. Brück, a.a.O., Anm. 10).

Der abweichenden Auffassung von Dr. med. h.c. Weissauer in: Der Frauenarzt 2/83, S. 62 f. kann nicht gefolgt werden. Seine Argumentation, wonach er für die Berechtigung des Anspruchs auf Wegegeld und Besuchsgebühren im Zusammenhang mit der ‚Residenzpflicht‘ sowohl des Krankenhausarztes als auch des Belegarztes darauf abstellt, ob der Arzt den Patienten im Rahmen seiner Präsenz im Krankenhaus aufsucht oder sich von außerhalb – etwa von seiner Wohnung oder von seiner niedergelassenen Praxis – in das Krankenhaus begibt, würde mit dem Grundsatz kollidieren, daß das Aufsuchen der regelmäßigen Arbeitsstätte gebührenrechtlich keinen zu vergütenden Vorgang darstellt. Dieser Grundsatz gilt auch für Notfälle, die außerhalb der Zeiten des täglichen routinemäßigen Aufsuchens des Krankenhauses anfallen. Es entspricht den Besonderheiten der Tätigkeit sowohl des Krankenhausarztes als auch des Belegarztes, an der Arbeitsstätte ‚Krankenhaus‘ auch außerhalb der normalen Arbeitszeit präsent zu sein, sofern dort seine ärztliche Hilfe benötigt wird. Von diesen Grundsätzen zum Teil abweichende Regelungen, wie sie sich aufgrund vertraglicher Vereinbarungen für den RVO- und Ersatzkassenbereich ergeben, sind für den Anwendungsbereich der GOÄ nicht relevant.“

Auf §§ 7 und 9 der GOÄ wird in diesem Zusammenhang hingewiesen.

Soweit niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser vom Krankenhaus oder vom behandelnden Krankenhausarzt zum Konsilium oder zur Mitbehandlung gerufen werden, kommt die Berechnung von Besuchs- und Wegegeldgebühren grundsätzlich nicht in Betracht, weil die Tätigkeiten dieser Ärzte der belegärztlichen Tätigkeit vergleichbar ist.

Eine Ausnahme ist dann gegeben, wenn der Patient z. B. als Notfall ins Krankenhaus eingeliefert wird und nicht verlegungsfähig ist. Ergibt sich hierbei die Notwendigkeit der Hinzuziehung auswärtiger Ärzte, muß die Berechnung von Besuchs- und Wegegeldgebühren hingenommen werden. Es kann sich jedoch hierbei nur um seltene Ausnahmefälle handeln. Die Hinzuziehung eines auswärtigen Arztes aus großer Entfernung ist in jedem Fall eingehend zu begründen.

1.3 Ambulantes Operieren

Der für das Gebührenrecht zuständige Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat zur Frage der Gebührenbemessung für ambulant durchgeführte Operationen wie folgt Stellung genommen:

„Die GOÄ sieht für ambulant durchgeführte Operationen weder spezielle Gebührenpositionen noch besondere Gebührenbemessungskriterien vor. Infolgedessen bemißt sich die Höhe der Vergütung für ambulant durchgeführte Operationen nach den allgemeinen Bemessungskriterien des § 5 Abs. 2 GOÄ. Daraus folgt weiter, daß auch bei diesen Leistungen ein Überschreiten der Schwellenwerte (2,3facher bzw. 1,8facher Gebührensatz) nur zulässig ist, wenn Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen und in der Rechnung eine entsprechende Begründung gegeben wird. Die Tatsache, daß eine Operation ambulant durchgeführt wird, reicht als Begründung für ein Überschreiten der Schwellenwerte nicht aus; allerdings können bei ambulant durchgeführten Operationen – wie bei anderen Leistungen auch – Bemessungskriterien wie Schwierigkeit oder Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder Umstände bei der Ausführung in Ausnahmefällen ein Überschreiten der Schwellenwerte rechtfertigen. Das wäre im Einzelfall zu begründen; ein Hinweis auf die ambulante Durchführung der Operation reicht als Begründung jedenfalls nicht aus. Ein genereller Verzicht auf eine besondere Begründung bei einer die Schwellenwerte übersteigenden Gebührenbemessung für ambulant durchgeführte Operationen würde die Bemessungskriterien des § 5 Abs. 2 GOÄ außer Kraft setzen und im Ergebnis dazu führen, daß in den angesprochenen Fällen die Höchstsätze ohne Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalles angesetzt werden können.“

1.4 Leistungen bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen

Nach Auffassung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung ist eine Leistungserbringung außerhalb der üblichen Präsenz des Arztes im Krankenhaus für sich allein keine ausreichende Begründung für ein Überschreiten des Schwellenwertes nach § 5 Abs. 2 GOÄ (2,3facher bzw. 1,8facher Satz). Ein über die Schwellenwerte hinausgehender Multiplikator kann allenfalls dann gerechtfertigt sein, wenn sonstige besondere Umstände des § 5 Abs. 2 GOÄ vorliegen.

1.5 Minderung der ärztlichen Honorare und der Pflegesätze bei stationärer privatärztlicher Behandlung

Durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1680) ist durch Artikel 1 die Gebührenordnung für Ärzte dahingehend geändert worden, daß bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen die Gebühren um 15 v. H. zu mindern sind (neuer § 6 a GOÄ). Diese Minderung, die auch für Belegärzte gilt, ist in der Rechnung anzugeben (§ 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 GOÄ). Gleichzeitig wurde durch die Änderung des § 12 Abs. 2 Satz 2 klargestellt, daß für die Begründungspflicht

wegen des Überschreitens der Schwellenwerte der Gebührensatz vorà Abzug des Minderungsbetrages maßgebend ist. Bei der Feststellung der beihilfefähigen Aufwendungen für stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen nach der BpflV sind die Pflegesatzabschläge nach § 8 BpflV zu berücksichtigen.

Der für das Gebührenrecht zuständige Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat zur Auslegung des § 6 a GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Die Minderungspflicht nach § 6 a Abs. 1 GOÄ gilt nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschrift für sämtliche stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen. Der Vorschrift liegt im Interesse der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für diese Leistungen im Einzelfall entstehen. Privatärztliche Leistungen, die in einem Krankenhaus, einem Sanatorium oder einer sonstigen Einrichtung erbracht werden, in die der Patient zur stationären oder teilstationären ärztlichen Versorgung aufgenommen ist (aufnehmende Einrichtung), unterliegen daher ausnahmslos der Minderungspflicht. Dies gilt – selbst wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien einsetzt – z. B.

- für wahlärztliche, belegärztliche oder sonstige privatärztliche Leistungen (z. B. in privaten Krankenanstalten) sowie
- für konsiliarärztliche Leistungen in der aufnehmenden Einrichtung.

Ausnahmen von der Minderungspflicht können nur für solche privatärztliche Leistungen in Betracht kommen, die im Einzelfall in der aufnehmenden Einrichtung nicht erbracht werden und deshalb an Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb der aufnehmenden Einrichtungen vergeben werden müssen. In solchen Ausnahmefällen muß der Patient nach § 4 Abs. 5 GOÄ und ggf. in einer Vereinbarung nach § 6 Abs. 3 Satz 1 (ab 1. 1. 1986: § 7 Abs. 3 Satz 1) der Bundespflegesatzverordnung darauf hingewiesen werden, daß solche Leistungen ihm gesondert berechnet werden. Anderenfalls muß der Patient davon ausgehen, daß alle an der stationären oder teilstationären ärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte der Minderungspflicht unterliegen.

1.6 Analoge Bewertungen

Die Bundesärztekammer hat für Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis für Ärzte enthalten sind, analoge Bewertungen nach § 6 GOÄ vorgenommen.

Bei der Festsetzung der Beihilfen ist das nachstehende Verzeichnis zu berücksichtigen.

Verzeichnis der Analogbewertungen

Nummer	Leistung	Analog-Ziffer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in DM
12	Begleitung eines somatisch Kranken zur stationären Behandlung – einschließl. Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen –	833	285	31,35
49	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	48	160	17,60
361	Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion (peripher)	359	227	24,97
409a	Duplex-Sonographie	409	1200	132,--
418	Intrathorakale Elektro-Defibrillation	417	237	30,03
614	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks	602	152	16,72
649	Transkranielle, doppler-sonographische Untersuchung einschließl. graphischer Registrierung	645	650	71,50

Nummer	Leistung	Analog-Ziffer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in DM
699	Infrarotkoagulation im Enddarmbereich je Sitzung	698	200	22,--
703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen	680	550	60,50
1105	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung	1103	185	20,35
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraumes ggf. einschließl. der Stimmbänder	1466	178	19,58
1754	Direktionale doppler-sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penisgefäßen und/oder Skrotalfächern, einschließl. graphischer Registrierung	643	120	13,20
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redon-Drainage(n)	275	76	8,36
2093	Spülung bei liegender Drainage	2090	63	6,93
2226	Einrenkung eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulargelenkes	2221	111	12,21
2408	Ausräumung des Lymphstromgebietes einer Axilla	1762	1200	132,--
3203	Plazierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang zusätzlich zur endoskopischen Leistung	697	400	44,--
5304	Embolisation einer oder mehrerer Arterien mit Ausnahme der Arterien mit Kopf-/Halsbereich, einschließl. der angiographischen Kontrollen während des Eingriffs	2850	3300	363,--
5549	Bestrahlungsplanung bei malignen Erkrankungen	21	371	40,81

1.7 Laboratoriumsuntersuchungen

Der für das Gebührenrecht zuständige Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat zu den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts M des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Minderungspflicht bei Laboratoriumsuntersuchungen) folgende Auslegungshinweise gegeben:

A. Zuordnungskatalog

Alle nachstehend aufgeführten Leistungen unterliegen in Auslegung der Ziffer 2.a) Absatz 1 der Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts M zum Gebührenverzeichnis der GOÄ, unabhängig von der Art ihrer Erbringung, derzeit der Minderungspflicht und sind demzufolge grundsätzlich mit dem Buchstaben P zu kennzeichnen.

Die Regelung des Absatzes 2 der Ziffer 2.a), wonach aus den dort genannten, besonderen Gründen eine Minderung entfällt, bleibt hiervon unberührt; in diesen Fällen sind die in Ansatz gebrachten Gebührennummern mit dem Buchstaben E zu kennzeichnen. Dies trifft insbesondere zu für die Erstellung von Blutzuckertagesprofilen und für Blutzuckerbelastungstests nach Nummer 3661 des Gebührenverzeichnisses sowie der Bestimmung der partiellen Thromboplastinzeit (Nr. 3964), der Plasmathrombingerinnungszeit (Nr. 3966) und der Thromboplastinzeit nach Quick (Nr. 3970), sofern die Ergebnisse

dieser Tests sofort zur Verfügung stehen oder die Untersuchungen sofort in der Praxis erbracht werden müssen.

Der Katalog ist abschließend. Eine Überprüfung wird in Anbetracht der auf diesem Gebiet laufenden Entwicklungen Ende 1989 erfolgen.

Nummern des Gebührenverzeichnisses (Leistungen, die im Beispielskatalog des Verordnungstextes aufgeführt sind, sind unterstrichen):

3621, 3623, 3625, 3627; 3661 bis 3664; 3681 bis 3686; 3691, 3692, 3693; 3701 bis 3748; 3787, 3790;

3838, 3858: nur bei Ligandenbindungsanalysen (z. B. Enzym-, Fluoreszenz-, Fluoreszenzpolarisations-, Chemolumineszenzimmunoassays);

3964, 3966, 3970; 4146; 4242;

4428: nur bei der Bestimmung von: IgA, IgG, IgM, Transferrin.

B. Einzelfragen

1. Die in Ziffer 2.b) der o. g. Bestimmungen vorgeschriebene Kennzeichnungspflicht ist auf die jeweils anzugebende Einzeluntersuchung, nicht jedoch auf den anzusetzenden Höchstwert anzuwenden.
2. Sind im Rahmen eines Katalogs, für den ein Höchstwert vorgesehen ist, einzelne Parameter automatisiert (Kennzeichnung: P), andere manuell (Kennzeichnung: E oder M) erstellt worden, ist der für manuelle Untersuchungen geltende Höchstwert anzusetzen, wenn die Zahl der manuell erbrachten Parameter überwiegt.
3. Nummer 4200/4201 des Gebührenverzeichnisses
Die Leistungsbeschreibung dieser beiden Positionen stellt bereits auf die mechanisierte Erbringung ab; eine Kürzung entfällt. Aus Gründen der Abrechnungsklarheit sind diese Leistungen mit M zu kennzeichnen.
4. Nummer 4205 des Gebührenverzeichnisses
Zwingende Voraussetzung für den Ansatz der Nummer 4205 (vollständiger Blutstatus) ist **auch** die Durchführung der quantitativen Differenzierung des gefärbten Blutausschnitts. Sofern eine quantitative Differenzierung des gefärbten Blutausschnitts nicht durchgeführt wurde, ist daher ein Ansatz der Nummer 4205 nicht gerechtfertigt. In diesen Fällen kann allenfalls die Nummer 4200 (evtl. die Nr. 4201) zusammen mit der Nummer 3625 abgerechnet werden.“

2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

- 2.1 Aufwendungen für Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach §2 Abs. 3 GOZ erbracht werden, sind nicht beihilfefähig.
- 2.2 Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen nach Abschnitt J des Leistungsverzeichnisses der GOZ sind nur bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:
 - Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien) nicht von unbedeutender Art, wenn eine Abhilfe mit Aufbißbehelfen nicht möglich ist und ein Artikulator bzw. Simulator verwendet werden muß,
 - Zahnbetterkrankungen - Parodontopathien -,
 - umfangreichen Gebißsanierungen, d. h. wenn in jedem Kiefer mindestens die Hälfte der Zähne eines natürlichen Gebisses sanierungsbedürftig ist und die richtige Schlußbißstellung nicht mehr auf andere Weise feststellbar ist,
 - Umfangreichen kieferorthopädischen Maßnahmen bei Erwachsenen.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist weiterhin die Vorlage des erhobenen Befundes mit dem nach Nr. 800 des Leistungsverzeichnisses der GOZ vorgeschriebenen Formblatt.

- 2.3 Aufwendungen für implantologische Leistungen nach Abschnitt K des Leistungsverzeichnisses der GOZ sind nur bei Vorliegen folgender Indikationen beihilfefähig:
 - Einzelzahnimplantat, auch als Brückenpfeiler,

- Freiendsattel-Implantat,
- Fixierung von Totalprothesen.

Nr. 39

Bekanntmachung

der vom Ev.-luth. Oberkirchenrat genehmigten Kirchensiegel

Der Oberkirchenrat hat gemäß §26 der Verwaltungsanordnung betreffend Siegelordnung für die Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg (GVBl. XVI. Band, Seite 104) folgende Dienstsiegel genehmigt:

Ev.-luth. Kirchengemeinde	Siegelgenehmigung vom	Siegelumschrift	Zeichen
Rastede	28. 3. 1989	EV.-LUTH. KIRCHENGEMEINDE RASTEDE	Kreuz mit Kugel
Schortens	31. 10. 1989	† Evangelisch-lutherische Kirchengemeinde Schortens †	Kirche zu Schortens
Zetel	15. 1. 1990	† EV.-LUTH. KIRCHENGEMEINDE † ZETEL	Kirche zu Zetel

Oldenburg, den 18. Mai 1990

Der Oberkirchenrat
der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg
Schrader
Oberkirchenrat

Nachrichten

Berufen

- 01.01.1990 Pastor Manfred Rose, nach Dötlingen
01.04.1990 Pfarrer Ernst-Gerhard Wolter, auf die landeskirchliche Pfarrstelle für Mitarbeiterfortbildung und Gemeindeberatung
01.05.1990 Pfarrer Harald Hartung, nach Osternburg I
01.05.1990 Pfarrer Ronald Potreck, nach St. Stephanus II
01.09.1990 Pfarrer Berend Rauterberg, auf die landeskirchliche Pfarrstelle für Seelsorge am Ev. Krankenhaus in Oldenburg

Eingeführt

- 10.12.1989 Pastor Daniel Ramsauer, in Bloherfelde
20.12.1989 Pfarrerin Renate Koch-Liebel, in Oldenburg
04.03.1990 Pastor Manfred Rose, Dötlingen
18.05.1990 Pfarrer Ernst-Gerhard Wolter, in Eversten

Zu Hilfspredigern ernannt

- 01.05.1990 Pastorin Beate Bühler-Egdorf, Delmenhorst
01.05.1990 Pastor Thomas Fritsch, Wilhelmshaven
01.05.1990 Pastor Hans-Benno Gliemann, Oldenburg
01.05.1990 Pastor Rüdiger Gryczan, Oldenburg
01.05.1990 Pastorin Sygun Hundt, Oldenburg
01.05.1990 Pastorin Beate Körner-Fritsch, Wilhelmshaven
01.05.1990 Pastor Martin Kubatta, Elsfleth
01.05.1990 Pastor Ralf Scholz-Wieners
01.05.1990 Pastor Anselm Stuckenberg, Wilhelmshaven

Zu Pfarrvikaren ernannt

- 01.04.1990 Elke Andrae, Wilhelmshaven
01.04.1990 Anette Domke, Apen
01.04.1990 Gundolf Krauel, Oldenburg
01.04.1990 Jürgen Schwartz, Oldenburg
01.04.1990 Manuela Wüsteney, Loxstedt

Eingewiesen/beauftragt/angestellt

01.05.1990 Pastorin Barbara Bockentin zur Mithilfe bei der Krankenhausseelsorge am Ev. Krankenhaus in Oldenburg

Ordiniert

22.04.1990 Pfarrvikar Reiner W. Backenköhler, Damme
 22.04.1990 Pfarrvikarin Barbara Bockentin, Oldenburg
 22.04.1990 Pfarrvikar Uwe Böning, Oldenburg
 22.04.1990 Pfarrvikarin Beate Bühler-Egdorf, Delmenhorst
 22.04.1990 Pfarrvikar Dr. Jörg Dierken, Heidelberg
 22.04.1990 Pfarrvikar Thomas Fritsch, Wilhelmshaven
 22.04.1990 Pfarrvikar Hans-Benno Gliemann, Oldenburg
 22.04.1990 Pfarrvikar Rüdiger Gryczan, Oldenburg
 22.04.1990 Pfarrvikarin Sygun Hundt, Oldenburg
 22.04.1990 Pfarrvikarin Beate Körner-Fritsch, Wilhelmshaven
 22.04.1990 Pfarrvikar Martin Kubatta, Elsfleth
 22.04.1990 Pfarrvikar Ralf Scholz-Wieners, Oldenburg
 22.04.1990 Pfarrvikar Anselm Stuckenberg, Wilhelmshaven
 17.06.1990 Pfarrvikarin Hiltrud Warntjen-Nebe

Bewerbungsfähigkeit zuerkannt

01.04.1990 Pastorin Renate Boltjes, Oldenburg

Theologische Prüfungen

1. Examen

20.02.1990 Heiko Behrens
 20.02.1990 Jochen Bröckmann
 20.02.1990 Peter Gabriel
 20.02.1990 Katja Kowalewsky
 20.02.1990 Meike Küster
 21.02.1990 Ralf Diers
 21.02.1990 Achim Neubauer
 21.02.1990 Martina Rambusch
 21.02.1990 Holger Rauer
 21.02.1990 Hans-Martin Röker
 21.02.1990 Dietrich Schneider

2. Examen

05.03.1990 Reiner W. Backenköhler, Damme
 05.03.1990 Barbara Bockentin, Oldenburg
 05.03.1990 Beate Bühler-Egdorf, Delmenhorst
 05.03.1990 Dr. Jörg Dierken, Heidelberg
 06.03.1990 Uwe Böning, Oldenburg
 06.03.1990 Thomas Fritsch, Wilhelmshaven
 06.03.1990 Rüdiger Gryczan, Hermannsburg
 06.03.1990 Sygun Hundt, Oldenburg
 06.03.1990 Beate Körner-Fritsch, Wilhelmshaven
 06.03.1990 Ralf Scholz-Wieners, Oldenburg
 07.03.1990 Hans-Benno Gliemann, Oldenburg
 07.03.1990 Martin Kubatta, Elsfleth
 07.03.1990 Anselm Stuckenberg, Wilhelmshaven
 07.03.1990 Hiltrud Warntjen-Nebe, Damme

Für den Ausbildungsdienst als Lehrvikar angestellt

16.04.1990 Heiko Behrens, nach Damme zu Pfarrer Frebel
 16.04.1990 Jochen Bröckmann, nach Bardenfleth zu Kreispfarrer Wiepken
 16.04.1990 Ralf Diers, nach Jever zu Kreispfarrer Harrack
 16.04.1990 Susanne Duwe, nach Eversten zu Pfarrer Taurat
 16.04.1990 Aliet Jürgens, nach Oldenburg zu Pfarrer Eckhart
 16.04.1990 Inge Kocks, nach Westerstede zu Pfarrer Schroer
 16.04.1990 Achim Neubauer, nach Bant zu Pfarrerin Plote
 16.04.1990 Martina Rambusch, nach Oldenburg zu Pfarrer Hinrichs
 16.04.1990 Holger Rauer, nach Osternburg zu Pfarrer Struß
 16.04.1990 Hans-Martin Röker, nach Neuengroden zu Pfarrerin Dr. Albrecht
 16.04.1990 Dietrich Schneider, nach Lohne zu Pfarrer Meyer

In den Ruhestand getreten

31.10.1989 Pfarrer Klaus Nebelung, Delmenhorst
 31.01.1990 Pfarrer Ernst Bultmann, Oldenburg
 01.04.1990 Pfarrer Wolf-Albrecht Muther, Oldenburg

Gestorben

14.02.1990 Pfarrer i. R. Ernst Hasheider, Oldenburg
 17.03.1990 Superintendent i. R. Gerhard Küttler, Oldenburg
 19.05.1990 Pfarrer i. R. Egon Kollmann, Varel