



# Amtsblatt für Brandenburg

## Gemeinsames Ministerialblatt für das Land Brandenburg

15. Jahrgang

Potsdam, den 5. Mai 2004

Nummer 17

Inhalt	Seite
<b>Ministerium des Innern</b>	
Förderrichtlinie des Ministeriums des Innern zur Forcierung der Einrichtung der Automatisierten Liegenschaftskarte (ALK) - FALKE-Förderrichtlinie - .....	250
Genehmigung der Zweiten Änderung der Satzung des Kommunalen Versorgungsverbandes Brandenburg - Zusatzversorgungskasse - .....	251
<b>Ministerium für Wirtschaft</b>	
Richtlinie des Ministeriums für Wirtschaft zur Förderung von Forschungs- und Entwicklungsvorhaben von kleinen und mittleren Unternehmen im Land Brandenburg .....	258
Richtlinie des Ministeriums für Wirtschaft zur Förderung der rationellen Energieverwendung und der Nutzung erneuerbarer Energiequellen (REN-Programm) .....	261
<b>Ministerium für Stadtentwicklung, Wohnen und Verkehr</b>	
Richtlinie zur Förderung des Erwerbs von Geschäftsanteilen an neu gegründeten Wohnungsgenossenschaften (GenossenschaftsR) .....	266
<b>Ministerium der Finanzen</b>	
Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach den Beihilfavorschriften des Bundes - Neufassung der ab 1. Januar 2004 gültigen Beihilfavorschriften - .....	268
<b>Landeswahlleiter</b>	
Wahl zum 6. Europäischen Parlament am 13. Juni 2004 .....	291
<b>Beilage:</b> Amtlicher Anzeiger Nr. 17/2004	

**Förderrichtlinie des Ministeriums des Innern zur  
Forcierung der Einrichtung der Automatisierten  
Liegenchaftskarte (ALK)  
- FALKE-Förderrichtlinie -**

Vom 23. März 2004

**1 Zuwendungszweck**

- 1.1 Das Land gewährt nach Maßgabe dieser Förderrichtlinie und der für den Europäischen Fonds für Regionale Entwicklung (EFRE) geltenden EU-Vorschriften, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 1260/1999, sowie der Verwaltungsvorschriften für Gemeinden zu § 44 der Landeshaushaltsordnung (VVG zu § 44 LHO) Zuwendungen zur Einrichtung des Basisinformationssystems Automatisierte Liegenchaftskarte.
- 1.2 Ziel dieser Richtlinie ist die Überführung der in analoger Form vorliegenden Liegenchaftskarten und Bodenschätzungsdaten in das Basisinformationssystem Automatisierte Liegenchaftskarte (ALK). Die ALK mit ihren stets aktuellen grundstücksscharfen raumbezogenen Daten hat Basisfunktion für Wirtschaft und Verwaltung in der Informationsgesellschaft.
- 1.3 Ein Anspruch auf Gewährung der Zuwendung besteht nicht. Die bewilligende Stelle (Nummer 7.2) entscheidet aufgrund ihres pflichtgemäßen Ermessens im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel.

**2 Gegenstand der Förderung**

Gefördert werden im Rahmen der Einrichtung des Basisinformationssystems ALK insbesondere:

- a) Vergabeleistungen zur Bestimmung von Pass- und Objektpunkten, Befliegung von größeren, im Zusammenhang bebauten Gebieten einschließlich Auswertung, Digitalisierung, Objektbildung, Randanpassung und Homogenisierung,
- b) Vergabeleistungen zur Einarbeitung der Daten der Bodenschätzung in die ALK sowie
- c) die Beschaffung von Hard- und Software sowie Mess- und Auswertesystemen, soweit sie für die Einrichtung der ALK verwendet werden.

**3 Zuwendungsempfänger**

Zuwendungsempfänger sind die Landkreise und kreisfreien Städte des Landes Brandenburg.

**4 Zuwendungsvoraussetzungen**

Neben den in Nummer 1 VVG zu § 44 LHO genannten Bewilligungsvoraussetzungen kann eine Förderung nur erfolgen, wenn die jeweilige Maßnahme:

- a) im Falle der Nummer 2 Buchstabe a und b den Richtlinien für die Einrichtung der Automatisierten

Liegenchaftskarte in Brandenburg (ALK-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung genügt, wobei im Falle der Nummer 2 Buchstabe a die Förderung nur die Einrichtung des Grunddatenbestandes im Sinne der Nummer 3.1 der FALKE-Richtlinien (Teil D ALK-Richtlinien) umfassen soll, oder

- b) im Falle der Nummer 2 Buchstabe c den Regelungen über Unterstützungssysteme im Runderlass zur Beschaffung, Ersatzbeschaffung und Unterhaltung von Mess-, Auswerte- und Informationssystemen im Sinne des Ersten Funktionalreformgesetzes (MAIS-Erlass, Runderlass III Nr. 8/1999 des Ministeriums des Innern vom 23. Februar 1999) in der jeweils geltenden Fassung genügt.

**5 Art, Umfang und Höhe der Zuwendungen**

- 5.1 Die Zuwendung wird im Rahmen der Projektförderung als Zuweisung (Zuschuss) gewährt. Sie erfolgt im Wege der Anteilfinanzierung in Höhe von bis zu 87,5 Prozent (bis zu 75 Prozent aus EFRE-Mitteln und bis zu 12,5 Prozent aus Landesmitteln) der zuwendungsfähigen Ausgaben. Eine Zuwendung soll nur bewilligt werden, wenn sie mehr als 5.000 Euro beträgt.
- 5.2 Zuwendungsfähig sind alle notwendigen und angemessenen öffentlichen Ausgaben, die in unmittelbarem Zusammenhang mit Lieferungen und Leistungen nach Nummer 2 entstehen. Nicht zuwendungsfähig sind insbesondere Personal- und Sachausgaben des Antragstellers für Arbeiten im Rahmen der Projektabwicklung.

**6 Sonstige Zuwendungsbestimmungen**

Es gelten die Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung an Gemeinden (ANBest-G) der VVG in der jeweils geltenden Fassung. Die Zuwendung kann mit weiteren Nebenbestimmungen versehen werden.

**7 Verfahren**

- 7.1 Antragsverfahren
- 7.1.1 Antragsteller teilen der Vorprüfstelle bis zum 31. Oktober des Jahres, das dem Förderjahr vorausgeht, mit, welche Anträge sie für das Förderjahr zu stellen beabsichtigen.

Vorprüfstelle ist der Landesbetrieb

Landesvermessung und Geobasisinformation  
Brandenburg  
Robert-Havemann-Str. 2  
15236 Frankfurt (Oder).

Die Vorprüfstelle gleicht die Mitteilungen ab, erstellt im Einvernehmen mit dem Ministerium des Innern den Förderplan für das Förderjahr und fordert die Antragsteller auf, ihre Anträge zu stellen.

- 7.1.2 Die Anträge auf Gewährung einer Zuwendung sind

formgebunden an die InvestitionsBank des Landes Brandenburg als bewilligende Stelle (Nummer 7.2) über die Vorprüfstelle zu richten.

7.1.3 Der Antrag muss mindestens enthalten:

- a) im Fall der Nummer 2 Buchstabe a oder b die Angabe der Arbeiten, die durchgeführt werden sollen, sowie Angabe der Fluren, die bearbeitet werden sollen, einschließlich der jeweiligen Flächengröße. Sollen eine oder mehrere Fluren nur zum Teil bearbeitet werden, ist dies besonders zu begründen,
- b) im Fall der Nummer 2 Buchstabe c die Angabe der Hard- und Software oder der Mess- oder Auswertesysteme, die beschafft werden sollen. Die Notwendigkeit der Beschaffung ist zu begründen,
- c) Angabe der zu erwartenden Kosten. Die Kosten sind beispielsweise durch Vorlage von Kostenvoranschlägen oder durch Kostenschätzung nach der Kostenordnung für die Datenerhebung zur Forcierten Einrichtung der Automatisierten Liegenschaftskarte im Land Brandenburg (FALKO) glaubhaft zu machen,
- d) Nachweis, dass die Finanzierung seitens des Antragstellers gesichert ist, und
- e) Zeitplan für die Durchführung des Projekts.

7.1.4 Die Vorprüfstelle fügt dem Antrag eine eigene Stellungnahme bei und reicht sie gemeinsam mit dem Antrag bei der bewilligenden Stelle ein.

7.2 Bewilligungsverfahren

Bewilligende Stelle ist die

InvestitionsBank des Landes Brandenburg  
Steinstraße 104 - 106  
14480 Potsdam.

Grundlage der Bewilligung einer Zuwendung ist die Stellungnahme der Vorprüfstelle.

7.3 Anforderungs- und Auszahlungsverfahren

Nach Vorlage der bezahlten Rechnung durch den Zuwendungsempfänger zahlt die bewilligende Stelle auf Anforderung des Zuwendungsempfängers die Zuwendung aus. Die Auszahlung erfolgt entsprechend den VVG zu § 44 LHO und den für EFRE geltenden EU-Vorschriften. Abweichungen können im Zuwendungsbescheid geregelt werden. 10 Prozent der Zuwendung werden erst ausgezahlt, wenn der Nachweis der Verwendung erbracht ist.

7.4 Verwendungsnachweisverfahren

Der Verwendungsnachweis ist nach VVG zu § 44 LHO über die Vorprüfstelle der bewilligenden Stelle zuzuführen. Zwischennachweise können gefordert werden.

7.5 Zu beachtende Vorschriften

Für die Bewilligung, Auszahlung und Abrechnung der

Zuwendung sowie für den Nachweis und die Prüfung der Verwendung und die gegebenenfalls erforderliche Aufhebung des Zuwendungsbescheides und die Rückforderung der gewährten Zuwendung gelten die Verwaltungsvorschriften für Zuwendungen an Gemeinden der VVG zu § 44 LHO und das Verwaltungsverfahrensgesetz für das Land Brandenburg, insbesondere die §§ 49 und 49 a, soweit nicht in dieser Richtlinie Abweichungen zugelassen worden sind. Über die Landeshaushaltsordnung hinaus sind die Regelungen auf der Grundlage bestehender und vorbehaltlich noch zu erlassender einschlägiger Vorschriften der EU für den Strukturfondsförderzeitraum 2000 bis 2006 zu beachten, insbesondere bezüglich der Auszahlungs- und Abrechnungsverfahren.

**8 Geltungsdauer**

Diese Richtlinie tritt mit Wirkung vom 1. April 2004 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2006.

**Genehmigung der Zweiten Änderung  
der Satzung des Kommunalen  
Versorgungsverbandes Brandenburg  
- Zusatzversorgungskasse -**

Bekanntmachung des Ministeriums des Innern  
Vom 16. März 2004

Hiermit genehmige ich gemäß § 3 Abs. 2 des Gesetzes über den Kommunalen Versorgungsverband Brandenburg in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Juni 1999 (GVBl. I S. 206) die am 27. November 2003 durch den Fachausschuss Zusatzversorgungskasse beschlossene Zweite Änderung der Satzung des Kommunalen Versorgungsverbandes Brandenburg - Zusatzversorgungskasse.

Potsdam, den 16. März 2004

Im Auftrag

Hoffmann

**Zweite Änderung der Satzung des Kommunalen  
Versorgungsverbandes Brandenburg  
- Zusatzversorgungskasse -**

Aufgrund des § 3 Abs. 1 des Gesetzes über den Kommunalen Versorgungsverband Brandenburg (KVBbg) hat der Fachausschuss in seiner Sitzung vom 27. November 2003 wie folgt beschlossen:

**I.**

Die Satzung des Kommunalen Versorgungsverbandes Brandenburg - Zusatzversorgungskasse - in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. Juli 2002 (ABl. S. 883), zuletzt geändert durch die Erste Änderung der Satzung vom 10. Februar 2003 (ABl. S. 310), wird wie folgt geändert:

## 1. Das Inhaltsverzeichnis wird wie folgt geändert:

## a) Die Angabe zu § 29 wird wie folgt gefasst:

„Gruppenüberleitung und Kassenwechsel des Arbeitgebers“.

## b) Die Angabe zu § 48 wird wie folgt gefasst:

„Pflichten der Versicherten und Betriebsrentenberechtigten“.

## c) Es wird die Angabe „§ 52a Verjährung“ neu aufgenommen.

## d) Die Angabe zu § 56 wird wie folgt gefasst:

„Versicherungstechnische Rückstellung“.

## e) Die Angabe zu § 60 wird hinter dem Wort „Finanzbedarfs“ um die Worte „im Abrechnungsverband I“ ergänzt.

## f) Es wird die Angabe „§ 77a Sonderregelung für Beschäftigte im Beitrittsgebiet“ neu aufgenommen.

## 2. In § 6 Abs. 1 erhält Satz 2 folgende Fassung:

„Bei der Durchführung der betrieblichen Altersversorgung steht die Kasse nicht im Wettbewerb zu anderen Zusatzversorgungseinrichtungen.“

## 3. § 7a wird wie folgt geändert:

## a) In Absatz 1 werden im Punkt 3 hinter dem Wort „Umlagesatz“ die Wörter „und den Pflichtbeitrag“ eingefügt.

## b) In Absatz 1 erhält Punkt 10 folgenden Wortlaut:

„10. Richtlinien für die Vermögensanlage (§ 54),“.

## c) Der bisherige Punkt 10 wird Punkt 11.

## 4. In § 9 Abs. 3 werden die Worte „dem Fachausschuss der Kasse“ gestrichen und die Worte „dem Fachausschuss“ hinter den Worten „ermitteln und“ eingefügt.

## 5. In § 11 Abs. 4 wird das Wort „das“ hinter dem Wort „Arbeitgeber“ durch das Wort „ein“ ersetzt sowie anstelle des Wortes „geltende“ das Wort „geltendes“ eingesetzt.

## 6. § 13 wird wie folgt geändert:

## a) In Absatz 2 werden die Sätze 2, 3 und 4 zu den Sätzen 3, 4 und 5. Ferner wird folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„In dem Aufnahmeantrag ist anzugeben, in welchem Abrechnungsverband der Pflichtversicherung (§ 55 Abs. 6) eine Mitgliedschaft gewünscht wird.“

## b) In Absatz 3 Buchstabe b werden die Worte „Pflichtversicherung den Versicherungsnachweis gemäß § 51 Abs. 1“ durch die Worte „Versicherung einen Versicherungsnachweis der Kasse (§ 51 Abs. 1)“ ersetzt.

## c) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „Pflichtbeiträge,“ hinter dem Wort „geschuldeten“ ergänzt.

## d) In Absatz 4 Satz 2 wird das Wort „Pflichtversicherung“ durch das Wort „Beschäftigung“ ersetzt.

## 7. § 14 wird wie folgt geändert:

## a) In Absatz 2 wird in Satz 1 folgender Halbsatz angefügt:

„oder wenn ein Mitglied im Abrechnungsverband I (§ 55 Abs. 6a) keine/n versicherungspflichtige/n Beschäftigte/n mehr beschäftigt.“

## b) Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Ein wichtiger Grund zur Kündigung liegt insbesondere vor, wenn ein Mitglied im Abrechnungsverband I einen wesentlichen Teil seiner Pflichtversicherten auf einen Arbeitgeber übertragen hat, der nicht Mitglied im Abrechnungsverband I der Kasse ist oder mit dem die Fortsetzung der Mitgliedschaft nach § 12 nicht vereinbart ist.“

## 8. § 15 wird wie folgt geändert:

## a) In Absatz 1 Satz 1 werden vor den Worten „ausscheidende Mitglied“ die Worte „aus dem Abrechnungsverband I“ eingefügt.

## b) In Absatz 2 werden die Sätze 2 bis 4 wie folgt geändert sowie die Sätze 5 bis 9 eingefügt:

„Dabei ist als Rechnungszins der Durchschnittszins der in den letzten fünf Geschäftsjahren vor dem Ausscheiden erzielten Kapitalerträge im Sinne von § 66 Abs. 1 Satz 2 und 3, höchstens aber ein Zinssatz von 5,25 v. H. zugrunde zu legen. Bei Ermittlung des Barwerts ist als künftige jährliche Erhöhung der Durchschnitt der Erhöhungen und Verminderungen der Gehälter und Renten in den letzten fünf Kalenderjahren vor dem Ausscheiden zu berücksichtigen, mindestens aber eine Erhöhung von jährlich 2,5 v. H. Die Kosten für die versicherungsmathematischen Berechnungen werden dem ausscheidenden Mitglied in Rechnung gestellt. Geschäftsgrundlage

für die Berechnung des Barwerts sind die zu diesem Zeitpunkt geltenden §§ 69 bis 74; der Barwert steht daher unter dem Vorbehalt einer Neuberechnung infolge einer geänderten Bewertung der zu berücksichtigenden Ansprüche und Anwartschaften durch höchstrichterliche Rechtsprechung und hierauf beruhender tarifvertraglicher Änderungen. Ist das Mitglied durch eine Ausgliederung ganz oder teilweise aus einem anderen Mitglied hervorgegangen, sind ihm auch Ansprüche und Anwartschaften aufgrund früherer Pflichtversicherungen über das ausgliedernde Mitglied zuzurechnen. Kann nicht festgestellt werden, welche der bei dem ausgliedernden Mitglied entstandenen Ansprüche und Anwartschaften dem ausgegliederten Bereich zuzuordnen sind, werden diese dem durch Ausgliederung entstandenen Mitglied in dem Verhältnis zugerechnet, das dem Verhältnis der Zahl der ausgegliederten Beschäftigten zur Gesamtzahl der Beschäftigten entspricht, die am Tag vor der Ausgliederung über das ausgliedernde Mitglied pflichtversichert waren. Für die Höhe der Ansprüche und Anwartschaften nach Satz 7 kann die Kasse Durchschnittsbeträge errechnen.

Der Barwert der Verpflichtung nach Satz 7 vermindert sich um jeweils ein Zwanzigstel für je zwölf der in der Zeit zwischen dem Beginn und dem Ende der Mitgliedschaft im Abrechnungsverband I zurückgelegten vollen Monate.“

- c) In Absatz 3 Satz 1 werden vor dem Wort „fortgesetzt“ die Worte „im Abrechnungsverband I“ eingefügt.
- d) Absatz 4 wird gestrichen. Absatz 5 wird zu Absatz 4.
- e) Absatz 6 wird Absatz 5. Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„(5) Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend, soweit ein Pflichtmitglied im Abrechnungsverband I einen wesentlichen Teil seiner Pflichtversicherten auf einen Arbeitgeber überträgt, der nicht Mitglied im Abrechnungsverband I der Kasse ist oder mit dem die Fortsetzung der Mitgliedschaft nach § 12 nicht vereinbart ist.“

- 9. In § 16 Abs. 2 Satz 2 wird das Wort „Versicherungsnehmer“ durch das Wort „Versicherungsnehmer/in“ ersetzt.

- 10. § 19 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Buchstabe 1 wird anstelle des Punktzeichens das Wort „ , oder“ angefügt und folgender Buchstabe m aufgenommen:

„m) in einem befristeten Arbeitsverhältnis mit einer wissenschaftlichen Tätigkeit an Hochschulen oder Forschungseinrichtungen eingestellt werden, bisher nicht in der Zusatzversorgung pflichtversichert waren und auf ihren Antrag vom Mitglied von der Pflicht zur Versicherung befreit worden sind, weil sie wegen der Dauer der Befristung die Wartezeit nach § 32 Abs. 1 nicht erfüllen können.“

- b) In Absatz 2 werden die Sätze 1 und 2 gestrichen. Satz 3 wird Satz 1. In dem verbleibenden Satz werden hinter dem Wort „wird“ die Worte „ in den Fällen von Absatz 1 Buchstabe m“ eingefügt.

- 11. In § 20 wird die bisherige Regelung zu Absatz 1 und folgender Absatz 2 neu eingefügt:

„(2) Die Abmeldung von der Pflichtversicherung (§ 13 Abs. 3 Satz 2 Buchstabe a) kann unterbleiben, wenn das Arbeitsverhältnis unter den in § 66 Abs. 3 Satz 2 genannten Voraussetzungen beendet worden ist. Die Abmeldung ist auf den Zeitpunkt der Beendigung des Arbeitsverhältnisses nachzuholen, falls der Pflichtversicherte von seinem Anspruch auf Wiedereinstellung keinen Gebrauch macht.“

- 12. § 21 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 Buchstabe a werden hinter den Worten „des Arbeitgebers“ die Worte „in den Abrechnungsverbänden I und II“ eingefügt.

- b) In Absatz 2 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Sie endet ferner, wenn die/der Versicherte, die/der die Wartezeit nicht erfüllt hat, das 67. Lebensjahr vollendet.“

- 13. § 23 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 wird hinter dem Wort „beginnt“ das Wort „frühestens“ eingefügt.

- b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „mit Wirkung für die Zukunft auf schriftlichen Antrag der/des Versicherten“ gestrichen und es werden folgende neue Sätze 2 und 3 aufgenommen:

„Ausgeschlossene Leistungen können wieder eingeschlossen werden. Risikoänderungen können nur auf schriftlichen Antrag mit Wirkung für die Zukunft vereinbart werden; die Vertragsänderungen werden frühestens mit dem Ersten des auf den Eingang der Erklärung folgenden Monats wirksam.“

- 14. § 24 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 werden die Worte „; sie wird spätestens mit Ablauf des Monats beitragsfrei gestellt, für den der letzte Beitrag entrichtet worden ist“ gestrichen. Es wird folgender Satz 2 aufgenommen:

„Sie wird jedoch automatisch beitragsfrei gestellt, wenn der/die Versicherungsnehmer/in mit mehr als einem Monatsbeitrag im Rückstand ist.“



b) Absatz 2 wird gestrichen.

15. § 25 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden im Satz 1 hinter dem Wort „Versicherungsnehmer/in“ die Worte „zum Ende der Beschäftigung oder“ eingefügt; ferner werden der 2. Halbsatz von Satz 1 sowie der Satz 2 gestrichen.

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Ist die/die Versicherte selbst Versicherungsnehmer/in, werden im Falle der Kündigung die eingezahlten Beiträge - abzüglich einer etwaigen staatlichen Förderung - ohne Zinsen erstattet, soweit sie nicht für einen biometrischen Risikoausgleich verbraucht worden sind. Ist der Arbeitgeber Versicherungsnehmer, behält die/die Versicherte ihre/seine bis dahin erworbene Anwartschaft, solange sie/er nicht die Erstattung der Beiträge verlangt; insoweit gilt Satz 1 entsprechend.“

16. § 26 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird zu Absatz 1. Ferner werden nach dem Wort „Versicherungsfalles“ die Worte „in der freiwilligen Versicherung“ eingefügt.

b) Es wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Bei einer Zeitrente wegen Erwerbsminderung endet die freiwillige Versicherung nicht, wenn sie durch schriftliche Erklärung der/des Versicherten fortgeführt wird; das Risiko der Erwerbsminderung kann nicht mehr versichert werden. Ist die freiwillige Versicherung nicht fortgeführt worden, lebt sie als beitragsfreie Versicherung wieder auf, wenn der Anspruch auf Erwerbsminderungsrente erloschen ist.“

17. In § 27 werden im Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b hinter den Worten „Pflichtversicherung und“ die Worte „Anwartschaften aus“ eingefügt. Ferner werden im folgenden Satz hinter dem Wort „Versorgungspunkten“ die Worte „und Anwartschaften“ eingefügt.

18. In § 28 Abs. 1 erhält Satz 4 folgende Fassung:

„Die Einzelheiten sind in Überleitungsabkommen zu regeln; dabei ist der finanzielle Ausgleich der von der Kasse übernommenen Anwartschaften sicherzustellen.“

19. § 29 erhält folgende Fassung:

„§ 29  
**Gruppenüberleitung und Kassenwechsel  
des Arbeitgebers**

(1) Werden pflichtversicherte Beschäftigte eines Mitglieds

an Rechts- oder Aufgabennachfolger abgegeben, die nicht Mitglied der Kasse sind, oder werden sie von einem Mitglied im Wege der Rechts- oder Aufgabennachfolge übernommen, so dürfen Versicherungen dieser Beschäftigten nur abgegeben oder übernommen werden, wenn die Mitglieder und die Versicherten der Kasse wegen der fortbestehenden oder übernommenen Verpflichtungen keine Nachteile erleiden. Satz 1 gilt bei einem Kassenwechsel eines Mitglieds entsprechend.

(2) Die Einzelheiten zur Durchführung von Gruppenüberleitungen sowie eines Kassenwechsels im Sinn von Absatz 1 sind in Überleitungsabkommen auf der Grundlage der Gegenseitigkeit zu regeln.“

20. In § 34 Abs. 1 Satz 3 werden die Worte „unter gemeinüblicher Rundung berechnet“ durch folgende Formulierung ersetzt:

„gerundet; ist die dritte Nachkommastelle eine 5 bis 9, wird dabei die zweite Nachkommastelle um 1 erhöht, sonst bleibt die zweite Nachkommastelle unverändert.“

21. § 35 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Für jeden vollen Kalendermonat, in dem das Arbeitsverhältnis wegen einer Elternzeit nach § 15 des Bundeserziehungsgeldgesetzes ruht, sowie für Zeiten nach § 6 Abs. 1 MuSchG werden für jedes Kind, für das ein Anspruch auf Elternzeit besteht, die Versorgungspunkte berücksichtigt, die sich bei einem zusatzversorgungspflichtigen Entgelt von 500 Euro in diesem Monat ergeben würden; es werden jedoch höchstens je Kind 36 Kalendermonate berücksichtigt. Bestehen mehrere zusatzversorgungspflichtige Arbeitsverhältnisse im Sinne des Satzes 1, bestimmt die/die Pflichtversicherte, für welches Arbeitsverhältnis die Versorgungspunkte nach Satz 1 berücksichtigt werden.“

b) In Absatz 2 Satz 1 wird hinter den Worten „fehlende Kalendermonate“ das Wort „(Zurechnungszeit)“ eingefügt.

22. In § 36 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „(prozentualer Bemessungssatz)“ durch die Worte „(der nach Ablauf des Sterbevierteljahres maßgebende Rentenartfaktor nach § 67 Nr. 5 und 6 und § 255 Abs. 1 SGB VI)“ ersetzt.

23. § 38 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird hinter den Worten „wenn bei“ das Wort „einer/“ eingefügt.

b) In Absatz 3 Satz 3 wird das Wort „Sätze“ durch das Wort „Absätze“ ersetzt.

c) In Absatz 3 wird folgender Satz 4 als eigener Unterabsatz eingefügt:

„Bei Neuberechnung der Betriebsrente sind Versorgungspunkte nach § 35 Abs. 2, die aufgrund des früheren Versicherungsfalls berücksichtigt wurden, nur noch insoweit anzurechnen, als sie die zusätzlichen Versorgungspunkte - ohne Bonuspunkte nach § 66 - aus einer Pflichtversicherung übersteigen, oder soweit in dem nach § 35 Abs. 2 maßgebenden Zeitraum keine Pflichtversicherung mehr bestanden hat.“

- d) In Absatz 4 werden vor dem Wort „entsprechend“ die Worte „Sätze 1 bis 3“ eingefügt.

24. In § 39 Abs. 1 wird folgender Satz 3 als eigener Unterabsatz aufgenommen:

„Wird die Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung nach Eintritt des Versicherungsfalls (§ 31) als Teilrente gezahlt, wird die Betriebsrente nur in Höhe eines entsprechenden Anteils gezahlt.“

25. § 41 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden hinter dem Wort „abgefunden“ die Worte „; Waisenrenten und Erwerbsminderungsrenten sowie Betriebsrenten, bei denen Betriebsrentenanteile nach §§ 10a, 79 ff. EStG gefördert werden, jedoch nur auf Antrag“ eingefügt.

- b) In Absatz 1 wird Satz 2 wie folgt gefasst:

„Überschreitet die Betriebsrente diesen Monatsbetrag, so kann sie auf Antrag abgefunden werden, wenn die Überweisungskosten unverhältnismäßig hoch sind.“

- c) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Unabhängig von der Höhe der Betriebsrente können Betriebsrentenanteile aus der freiwilligen Versicherung auf Antrag abgefunden werden; überschreiten dabei die verbleibenden Betriebsrentenanteile aus der Pflichtversicherung nicht den Betrag nach Absatz 1 Satz 1, wird auch dieser Anteil mit abgefunden.“

26. § 48 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird in Nummer 1 c hinter dem Wort „Übergangskrankengeld“ das Wort „; Unterhaltsgeld“ eingefügt.

- b) In Absatz 1 Nr. 1 wird folgender Buchstabe d angefügt:

„d) der Bezug einer Teilrente,“

- c) In Absatz 1 Nr. 3 wird vor den Worten „die erneute Eheschließung“ der Buchstabe a eingesetzt und daran anschließend der folgende Buchstabe b eingefügt:

„b) den Bezug von Alters- oder Erwerbsminderungsrenten aus eigener Versicherung, Ruhegehalt oder ver-

gleichbare Dienstbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis, Rentenleistungen berufsständischer Versorgungseinrichtungen,“

- d) Der Absatz 3 wird gestrichen. Die bisherigen Absätze 4 und 5 werden zu Absätzen 3 und 4.

- e) Im jetzigen Absatz 3 werden vor den Worten „nicht nachkommt“ die Worte „oder seiner Verpflichtung, die Überleitung der Versicherung auf die Kasse zu beantragen,“ eingefügt.

27. § 50 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Dies gilt nicht für Ansprüche aus der Pflichtversicherung, die an einen Arbeitgeber, der die/den Anspruchsberechtigte/n zur Pflichtversicherung in der Zusatzversorgung angemeldet hat, oder an eine andere Zusatzversorgungseinrichtung im Sinne von § 27 Abs. 1 abgetreten werden.“

28. In § 52 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Diese Vorschrift gilt nicht für die freiwillige Versicherung.“

29. Folgender § 52a wird eingefügt:

**„§ 52a  
Verjährung**

(1) Ein Anspruch aus einer freiwilligen Versicherung verjährt in fünf Jahren; die Verjährung beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.

(2) Ist ein Anspruch schriftlich geltend gemacht worden, ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung der Kasse beim Berechtigten gehemmt.

(3) Lehnt die Kasse gegenüber dem Berechtigten den geltend gemachten Anspruch ab, ist sie von der Verpflichtung zur Zahlung frei, wenn der Anspruch nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt mit der schriftlichen Ablehnung des Anspruchs unter Angabe der mit dem Fristablauf verbundenen Rechtsfolge.“

30. In § 53 Abs. 2 Buchstabe a wird vor dem Wort „Umlagen“ das Wort „Pflichtbeiträge,“ eingefügt.

31. § 55 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 6 erhält folgende Fassung:

„(6) Für die Pflichtversicherung wird ein Abrechnungsverband I und II und für die freiwillige Versicherung ein weiterer Abrechnungsverband geführt. Die Einrichtung

eines Abrechnungsverbandes II setzt voraus, dass eine ausreichende Bestandsgröße vorhanden ist. Für jeden Abrechnungsverband wird eine eigene versicherungstechnische Bilanz erstellt, die vom Verantwortlichen Aktuar zu testieren ist. Ein Arbeitgeber, der am 31. Dezember 2003 Mitglied der Kasse ist, gehört dem Abrechnungsverband I an.“

b) Es wird folgender Absatz 6a eingefügt:

„(6a) In der Pflichtversicherung wird der Abrechnungsverband I im Umlageverfahren so wie der Abrechnungsverband II im Kapitaldeckungsverfahren geführt. Jedes Mitglied kann vom Abrechnungsverband I in den Abrechnungsverband II wechseln. § 14 Abs. 3, § 15 Abs. 1, 2 und 4 gelten entsprechend; der Ausgleichsbetrag ist dem Abrechnungsverband I zuzuführen.“

c) In Absatz 7 wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Die Verwaltungskosten sind auf die Abrechnungsbände verursachungsgerecht aufzuteilen.“

32. § 56 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 wird in Satz 1 hinter dem Wort „Pflichtversicherung“ das Wort „(Abrechnungsverband I)“ eingefügt.

b) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Für die Pflichtversicherung (Abrechnungsverband II) und die freiwillige Versicherung ist jeweils eine Rückstellung in Höhe des versicherungsmathematischen Barwerts aller am Bilanzstichtag bestehenden Anwartschaften und Ansprüche in die Bilanz einzustellen.“

33. In § 57 Satz 1 werden hinter den Wörtern „Fehlbeiträgen in“ die Worte „der Pflichtversicherung (Abrechnungsverband II) und“ eingefügt. Ferner werden hinter den Wörtern „eine Verlustrücklage“ die Worte „für jeden Abrechnungsverband“ eingefügt.

34. § 58 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden hinter den Worten „Überschuss in“ die Worte „der Pflichtversicherung (Abrechnungsverband II) und“ eingefügt.

b) In Satz 2 werden hinter dem Wort „Teildeckungsrückstellung“ die Worte „in der Pflichtversicherung (Abrechnungsverband I)“ eingefügt.

35. § 59 wird wie folgt geändert:

a) Die bisherigen Absätze 1 und 2 werden zu Absätzen 2 und 3 und es wird folgender neuer Absatz 1 eingefügt:

„(1) Reicht die Verlustrücklage in der Pflichtversicherung (Abrechnungsverband II) zur Deckung von Fehlbeiträgen nicht aus, kann die Kasse den Pflichtbeitrag (§ 62) erhöhen, soweit nicht die Rückstellung für Leistungsverbesserung in Anspruch genommen wird.“

b) Im jetzigen Absatz 2 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Reicht auch diese Maßnahme nicht aus, gilt Absatz 1 entsprechend.“

c) Im jetzigen Absatz 3 werden die Worte „Absatz 1“ durch die Worte „den Absätzen 1 und 2“ ersetzt.

36. § 60 wird wie folgt geändert:

In der Überschrift werden hinter dem Wort „Finanzbedarfs“ die Worte „im Abrechnungsverband I“ eingefügt.

37. § 61 wird wie folgt geändert:

a) Buchstabe a erhält folgenden Wortlaut:

„a) Pflichtbeiträge (§ 62 Abs. 1),“.

b) Die bisherigen Buchstaben a und b werden Buchstaben b und c.

38. § 62 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird hinter dem Wort „Umlagen“ das Wort „/Pflichtbeiträge“ eingefügt.

b) In Absatz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Im Abrechnungsverband II wird der Pflichtbeitrag als Vomhundertsatz des zusatzversorgungspflichtigen Entgelts (Absatz 2) festgelegt.“

c) In Absatz 2 Satz 3 werden hinter dem Wort „Rentenversicherung“ die Worte „(West bzw. Ost)“ eingefügt.

d) In Absatz 2 Satz 6 und 7 wird jeweils vor dem Wort „Umlagen“ das Wort „Pflichtbeiträge,“ eingefügt.

e) In Absatz 3 wird Satz 1 wie folgt neu gefasst:

„(3) Wird Altersteilzeit nach dem 31. Dezember 2002 vereinbart, ist - unter Berücksichtigung des Absatzes 2 Satz 1 - zusatzversorgungspflichtiges Entgelt während des Altersteilzeitarbeitsverhältnisses das 1,8fache der zur Hälfte zustehenden Bezüge nach § 4 des Tarifvertrags zur Regelung der Altersteilzeitarbeit (TV ATZ) zuzüglich derjenigen Bezüge, die in voller Höhe zustehen.“

39. § 64 wird wie folgt geändert:

a) Die bisherige Regelung wird Absatz 1 und hinter dem



Wort „Zusatzbeiträge“ werden die Worte „im Abrechnungsverband I“ eingefügt.

- b) Es wird folgender Absatz 2 angefügt:

„(2) Die Beiträge im Sinne des Absatzes 1 einschließlich der darauf entfallenden Erträge werden für jede/n Versicherte/n angesammelt und getrennt von den sonstigen Einnahmen geführt.“

40. § 65 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift sowie in den Sätzen 1 und 3 wird jeweils vor dem Wort „Umlagen“ das Wort „Pflichtbeiträge,“ eingefügt.
- b) In Satz 3 werden die Worte „an diesem Tage“ durch die Worte „am Ende des jeweiligen Zinsberechnungszeitraumes“ ersetzt.

41. § 66 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 werden hinter dem Wort „Geschäftsjahr“ die Worte „jeweils getrennt für den Abrechnungsverband I und II“ eingefügt. In Absatz 1 Satz 2 werden hinter dem Wort „Soweit“ die Worte „im Abrechnungsverband I“ eingefügt. In Absatz 1 Satz 3 wird hinter dem Wort „Soweit“ das Wort „dort“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „Umlagemonaten“ durch die Wörter „Umlage-/Pflichtbeitragsmonaten“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 wird Satz 2 wie folgt neu gefasst:

„Beschäftigte, deren Arbeitsverhältnis in Folge von Witterungseinflüssen oder wegen anderer Naturereignisse nach besonderen tarifvertraglichen Vorschriften geendet hat und die bei Wiederaufnahme der Arbeit Anspruch auf Wiedereinstellung haben, sowie Saisonbeschäftigte, die bei Beginn der nächsten Saison voraussichtlich wieder eingestellt werden, gelten als Pflichtversicherte im Sinne des Satzes 1.“

42. § 67 Abs. 3 wird gestrichen.

43. In § 69 Abs. 3 Buchstabe b wird die Zahl „39“ durch die Zahl „40“ ersetzt.

44. In § 72 Abs. 1 Satz 2 werden vor den Worten „in Versorgungspunkte“ die Worte „ohne Berücksichtigung der Altersfaktoren“ eingefügt. Es wird folgender Satz 3 eingefügt:

„Eine Verzinsung findet vorbehaltlich des § 66 nicht statt.“

45. § 73 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 2 Satz 1 werden die Worte „den Berechtigten“ durch die Worte „die/den Berechtigte/n“ ersetzt.
- b) In Absatz 2 Satz 4 werden vor den Worten „eine Rente“ die Worte „das 52. Lebensjahr vollendet haben und“ eingefügt.
- c) In Absatz 2 wird folgender Satz 5 angefügt:

„Werden in den Fällen des Satzes 4 die Voraussetzungen für die Mindestgesamtversorgung zwischen dem Zeitpunkt der Hochrechnung nach Satz 4 und der Vollendung des 63. Lebensjahres erfüllt, erfolgt die Berechnung der Anwartschaft abweichend von Satz 4 bezogen auf den Zeitpunkt, zu dem die Voraussetzungen der Mindestgesamtversorgung erfüllt wären.“

- d) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Für Beschäftigte im Tarifgebiet West bzw. für Beschäftigte, die Pflichtversicherungszeiten in der Zusatzversorgung vor dem 1. Januar 1997 haben und die vor dem 14. November 2001 Altersteilzeit oder einen Vorruhestand vereinbart haben, gilt Absatz 2 mit folgenden Maßgaben:

- a) An die Stelle des 63. Lebensjahres tritt das vereinbarte Ende des Altersteilzeitarbeitsverhältnisses bzw. in den Fällen des Vorruhestandes das Alter, zu dem nach der Vorruhestandsvereinbarung die Rente beginnen würde.
- b) Der anzurechnende Bezug nach Absatz 4 wird in den Fällen, in denen die Mindestgesamtversorgung nach dem bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Zusatzversicherungsrecht maßgeblich gewesen wäre, um die Abschläge vermindert, die sich zu dem Zeitpunkt, auf den die Startgutschrift hochgerechnet wird, voraussichtlich ergeben werden; diese Abschläge sind der Zusatzversicherungseinrichtung vom Beschäftigten in geeigneter Weise nachzuweisen. Die Startgutschrift ist in den Fällen des Satzes 1 um den Betrag der sich im Zeitpunkt der Hochrechnung nach Satz 1 voraussichtlich ergebenden Abschläge gemäß § 33 Abs. 4 zu erhöhen.“

- e) Es wird folgender Absatz 3a eingefügt:

„(3a) Pflichtversicherte, bei denen der Versicherungsfall der vollen Erwerbsminderung vor dem 1. Januar 2007 eingetreten ist, deren Startgutschrift nach Absatz 1 berechnet wurde und die am 31. Dezember 2001

- a) das 47. Lebensjahr vollendet sowie
- b) mindestens 120 Umlagemonate zurückgelegt hatten, erhalten in Abweichung von dem üblichen Verfahren eine zusätzliche Startgutschrift in Höhe des Betrages, um den die Startgutschrift nach Absatz 2

die Startgutschrift nach Absatz 1 übersteigt; bei Berechnung der Startgutschrift nach Absatz 2 sind die Maßgaben der Sätze 2 und 3 zu beachten. Die Berechnung erfolgt bezogen auf die Vollendung des 63. Lebensjahres. Als anzurechnender Bezug wird die tatsächliche, entsprechend Absatz 5 auf das vollendete 63. Lebensjahr hochgerechnete gesetzliche Rente zugrunde gelegt. Die sich nach den Sätzen 1 bis 3 ergebende zusätzliche Startgutschrift gilt bei Anwendung des § 66 als soziale Komponente im Sinne des § 35.“

46. In § 74 wird der Absatz 3 gestrichen; Absatz 4 wird Absatz 3.

47. In § 76 werden die Worte „schon am 31. Dezember 2001 und noch am 1. Januar 2002“ durch die Worte „für Dezember 2001 schon und für Januar 2002 noch“ ersetzt. Ferner werden vor dem Wort „zusätzlich“ die Worte „in diesem Arbeitsverhältnis“ und an Stelle des Wortes „Umlage“ die Wörter „Umlage/ein Pflichtbeitrag“ eingefügt.

48. Es wird folgender § 77a eingefügt:

„§ 77a  
**Sonderregelung für Beschäftigte  
im Beitrittsgebiet**

Beschäftigte im Beitrittsgebiet, bei denen der Versicherungsfall vor Erfüllung der Wartezeit (§ 32 Abs. 1) eingetreten ist, erhalten unter den Voraussetzungen des § 108a der Satzung in der am 31. Dezember 2001 maßgebenden Fassung eine Leistung in der Höhe, wie sie ihnen als Versicherungsrente nach § 35 Abs. 1 der Satzung in der am 31. Dezember 2001 maßgebenden Fassung zugestanden hätte, wenn sie in den dem Eintritt des Versicherungsfalles bzw. dem Ende des Arbeitsverhältnisses vorangegangenen 60 Kalendermonaten pflichtversichert gewesen wären. Satz 1 gilt für Hinterbliebene einer/eines vor Erfüllung der Wartezeit verstorbenen Versicherten entsprechend.“

49. In § 79 Abs. 2 erhält Satz 1 folgende Fassung:

„Anstelle von § 19 finden bis zum 31. Dezember 2002 § 16 Abs. 1 Buchstabe b und Abs. 3 Buchstabe b und § 17 der Satzung in der am 31. Dezember 2001 maßgebenden Fassung weiterhin Anwendung.“

## II.

### In-Kraft-Treten

Diese Satzungsänderung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2001 in Kraft. Abweichend von Satz 1 treten § 1 Nr. 24 am 1. Juli 2003 und § 1 Nr. 1 Buchstabe e, Nr. 5, Nr. 6 Buchstabe a, Nr. 7, Nr. 8

Buchstabe a, c und e, Nr. 12 Buchstabe a, Nr. 30 bis 37, Nr. 38 Buchstabe a, b und d, Nr. 39 Buchstabe a, Nr. 40 Buchstabe a und Nr. 41 Buchstabe a und b am 31. Dezember 2003 in Kraft.

Die vorstehende Satzungsänderung wird hiermit ausgefertigt.

Fürstenwalde, den 15. Januar 2004

Vorsitzender des Fachausschusses  
der Zusatzversorgungskasse

Reim

### **Richtlinie des Ministeriums für Wirtschaft zur Förderung von Forschungs- und Entwicklungsvorhaben von kleinen und mittleren Unternehmen im Land Brandenburg**

Vom 24. März 2004

#### **1 Zuwendungszweck, Rechtsgrundlagen**

1.1 Das Land Brandenburg gewährt nach Maßgabe dieser Richtlinie auf der Grundlage des Operationellen Programms (OP) für den Zeitraum 2000 - 2006 unter Beachtung der jeweils geltenden einschlägigen Bestimmungen aus den EU-Verordnungen, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 1260/1999, der §§ 23 und 44 der Landeshaushaltsordnung (LHO) und der dazu ergangenen Verwaltungsvorschriften (VV) sowie des jeweils gültigen Rahmenplanes der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“ (GA) Zuwendungen für Forschungs- und Entwicklungsvorhaben.

1.2 Die Vorhaben sollen der Verbesserung der Innovationsfähigkeit von Unternehmen und ihrer Marktchancen dienen. Sie müssen von wesentlicher wirtschaftlicher Bedeutung sein und ohne öffentliche Mittel aufgrund des hohen finanziellen und technischen Risikos nicht oder nur erheblich verzögert durchführbar sein.

1.3 Ein Anspruch des Antragstellers auf Gewährung der Zuwendung besteht nicht, vielmehr entscheidet die Bewilligungsbehörde nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel.

1.4 Diese Fördermaßnahme gilt als Beihilferegelung, die durch die Verordnung (EG) Nr. 70/2001 der Kommission vom 12. Januar 2001 über die Anwendung der Artikel 87 und 88 EG-Vertrag auf staatliche Beihilfen an kleine und mittlere Unternehmen (ABl. EG Nr. L 10 S. 33 vom 13. Januar 2001), geändert durch Verordnung (EG) Nr. 364/2004 der Kommission vom 25. Februar 2004 (ABl. EG Nr. L 63 S. 22 vom 28. Februar 2004) freigestellt ist.

## 2 Gegenstand der Förderung

Gefördert werden innovative Forschungs- und Entwicklungsprojekte, die der Entwicklung von neuen Produkten, Verfahren und Technologien auf dem Gebiet der innovationspolitischen Schwerpunktfelder des Landes Brandenburg dienen, insbesondere:

- Biotechnologie, Medizintechnik,
- Medien-, Informations- und Kommunikationstechnologien,
- Halbleiter-, Werkstoff- und optische Technologien,
- Verkehrs- und Luftfahrttechnologien.

Ein Produkt oder Verfahren gilt als neu, wenn es auf dem relevanten Markt noch nicht wirtschaftlich verwertet wird. Ein Produkt oder Verfahren gilt auch als neu, wenn es auf der Weiterentwicklung eines auf dem Markt befindlichen Produktes oder Verfahrens beruht.

## 3 Zuwendungsempfänger

3.1 Zuwendungsempfänger sind kleine und mittlere Unternehmen (KMU) der gewerblichen Wirtschaft und des Dienstleistungssektors, die eine Betriebsstätte im Land Brandenburg haben.

3.2 Kleine und mittlere Unternehmen sind Unternehmen, die entsprechend der geltenden Definition der EU bis 31. Dezember 2004 (vgl. ABl. EG Nr. L 10 S. 33 vom 13. Januar 2001)\*

- weniger als 250 Personen beschäftigen,
- einen Jahresumsatz von höchstens 40 Millionen Euro oder eine Jahresbilanzsumme von höchstens 27 Millionen Euro haben und
- die das im folgenden Absatz definierte Unabhängigkeitskriterium erfüllen.

Als unabhängig gelten Unternehmen, die nicht zu 25 Prozent oder mehr des Kapitals oder der Stimmanteile im Besitz von einem oder von mehreren Unternehmen gemeinsam stehen, welche die Definition der KMU beziehungsweise der kleinen Unternehmen nicht erfüllen.

Dieser Schwellenwert kann überschritten werden:

- wenn das Unternehmen im Besitz von öffentlichen Beteiligungsgesellschaften, Risikokapitalgesellschaften oder institutionellen Anlegern steht und diese weder einzeln noch gemeinsam eine Kontrolle über das Unternehmen ausüben;
- wenn aufgrund der Kapitalsteuerung nicht ermittelt werden kann, wer die Anteile hält, und das Unternehmen erklärt, dass es nach bestem Wissen davon ausgehen kann,

dass es nicht zu 25 Prozent oder mehr seines Kapitals im Besitz von einem oder mehreren Unternehmen gemeinsam steht, die die Definition der KMU beziehungsweise der kleinen Unternehmen nicht erfüllen.

Zur Berechnung der aufgeführten Schwellenwerte müssen die Zahlen des jeweiligen Unternehmens sowie alle Unternehmen, von denen es direkt oder indirekt 25 Prozent oder mehr des Kapitals oder der Stimmanteile hält, addiert werden.

3.3 Eine Förderung kann nur in Anspruch genommen werden, wenn das antragstellende Unternehmen den Primäreffekt des jeweils gültigen Rahmenplans der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“ erfüllt beziehungsweise diesen unter den Bedingungen des Rahmenplans künftig erfüllen wird und das Vorhaben gemäß den Vorgaben des Rahmenplans als förderfähig und förderwürdig eingestuft ist und nicht gemäß Ziffer 3 des jeweils gültigen Rahmenplans Teil II in folgenden Branchen durchgeführt wird:

- Land- und Forstwirtschaft, Fischerei, soweit nicht Verarbeitung,
- Bergbau, Abbau von Sand, Kies, Ton, Steinen und vergleichbare Zweige der Urproduktion,
- Energie- und Wasserversorgung, außer Kraftwerken und Wasserversorgungsanlagen, die überwiegend dem betrieblichen Eigenbedarf dienen,
- Baugewerbe,
- Einzelhandel, soweit nicht Versandhandel,
- Transport- und Lagergewerbe,
- Krankenhäuser, Kliniken, Sanatorien oder ähnliche Einrichtungen.

## 4 Zuwendungsvoraussetzungen

Vorhaben können nur gefördert werden, wenn

- sie noch nicht begonnen wurden,
- sie im Land Brandenburg durchgeführt werden,
- sie hinreichend konkret, technisch und wirtschaftlich machbar sind,
- ein neues Produkt oder Verfahren entwickelt werden soll, das der relevante Markt noch nicht anbietet, was durch geeignete Marktrecherchen zu belegen ist,
- der Antragsteller nachvollziehbar darstellt, dass er zur Durchführung des Projektes in der Lage ist,
- ein wirtschaftlicher Nutzen erwartet werden kann,
- die Gesamtfinanzierung gesichert ist und
- der Durchführungszeitraum in der Regel zwei Jahre, höchstens jedoch drei Jahre nicht überschreitet.

## 5 Art, Umfang und Höhe der Zuwendung

5.1 Die Zuwendung wird im Rahmen der Projektförderung als Zuschuss im Wege der Anteilfinanzierung gewährt.

5.2 Die Bruttobeihilfeintensität von 50 Prozent für die industrielle Forschung und 25 Prozent für die vorwettbewerbliche Entwicklung kann durch folgende Zuschläge erhöht werden:

\* Ab 1. Januar 2005 kommt die KMU-Definition mit neuen Grenzwerten aus der Empfehlung der Kommission vom 6. Mai 2003 (Abl. EG Nr. L 124 S. 36 vom 20. Mai 2003) zur Anwendung. Mitarbeiterzahl/Zahl der Jahreseinheiten der im Unternehmen Beschäftigten mit weniger als 250 Personen, Jahresumsatz höchstens 50 Millionen Euro oder Jahresbilanz höchstens 43 Millionen Euro, gegebenenfalls sind Partnerunternehmen und verbundene Unternehmen zu berücksichtigen.

- um 10 Prozent für KMU gemäß Nummer 3.2,
- um 10 Prozent für Vorhaben in Gebieten gemäß Artikel 87 Abs. 3 Buchstabe a EG-Vertrag,
- um 5 Prozent für Vorhaben in Gebieten gemäß Artikel 87 Abs. 3 Buchstabe c EG-Vertrag,
- um 15 Prozent, wenn das Forschungsvorhaben zur Verwirklichung eines der Ziele eines bestimmten unter das gemeinschaftliche FuE-Rahmenprogramm fallenden Projektes oder Programms beiträgt.

Es gelten folgende Förderhöchstgrenzen (brutto):

Industrielle Forschung	für KMU 75 %
Vorwettbewerbliche Entwicklung	für KMU 50 %

Umfasst die FuE-Tätigkeit sowohl industrielle Forschung als auch vorwettbewerbliche Entwicklung, so darf die zulässige Beihilfeintensität das gewogene Mittel für die beiden Forschungsarten nicht überschreiten.

Die Förderhöchstsumme beträgt 200.000 Euro.

### 5.3 Förderfähige Ausgaben

Folgende vorhabenbezogene Ausgaben (ohne Umsatzsteuer) sind zuwendungsfähig:

Ausgaben für:

- Material,
- Forschungs- und Entwicklungsfremdleistungen,
- Personal, ermittelt aus den lohnsteuerpflichtigen Bruttolöhnen und -gehältern einschließlich Arbeitgeberanteils (ohne umsatz- oder gewinnabhängige sowie andere üblicherweise nicht monatlich gezahlte Lohn- und Gehaltsbestandteile; bei ohne feste Entlohnung tätigen Unternehmen können Personalausgaben entsprechend dem Gehalt eines vergleichbaren Mitarbeiters berücksichtigt werden, wenn in dieser Höhe Entnahmen getätigt werden).  
Es dürfen nur vorhabenbezogene produktive Stunden - und zwar nicht mehr als arbeitsvertraglich festgelegte Stunden pro Monat - abgerechnet werden,
- unbedingt erforderliche Reisen (ohne Beschaffungsfahrten),
- die Anschaffung beziehungsweise Herstellung vorhabenspezifischer Anlagen,
- sonstige unmittelbar durch das Vorhaben verursachte Ausgaben (z. B. Leistungen Dritter, die nicht FuE-Leistungen sind, Zulassungsgebühren, Ausgaben für die Anmeldung von Schutzrechten),
- indirekt dem Vorhaben zuzurechnende Ausgaben für anteilige Miet-, Betriebs- und Verwaltungsausgaben bezogen auf die Brandenburger Betriebsstätte.

Der Zuwendungsempfänger hat für die im Vorhaben beschafften oder hergestellten Gegenstände ihm zustehende Investitionszulagen in Anspruch zu nehmen. Die Zuwendung verringert sich anteilig entsprechend der gewährten Investitionszulage.

## 6 Sonstige Zuwendungsbestimmungen

Der Zuwendungsgeber ist berechtigt, über das Vorhaben folgende Angaben bekannt zu geben:

- Thema des Vorhabens,
- Zuwendungsempfänger und ausführende Stelle,
- den für die Durchführung des Vorhabens verantwortlichen Projektleiter,
- Bewilligungszeitraum,
- Höhe der Zuwendung und Eigenbeteiligung des Zuwendungsempfängers,
- Anzahl der erhaltenen beziehungsweise neu eingerichteten Arbeitsplätze.

Der Zuwendungsempfänger ist verpflichtet, das Ergebnis in seinen wesentlichen Teilen innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss des Vorhabens auf geeignete Weise fachlich interessierten Stellen im Land Brandenburg zugänglich zu machen beziehungsweise auf Fachkongressen und Ausstellungen vorzustellen oder in angemessener Weise zu veröffentlichen (z. B. Fachpublikationen).

Bei Veröffentlichungen ist der Zuwendungsempfänger verpflichtet, an deutlich sichtbarer Stelle folgenden Hinweis aufzunehmen: „Das diesem Bericht zugrunde liegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Ministeriums für Wirtschaft des Landes Brandenburg und der EU gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt der Veröffentlichung liegt beim Autor.“

Der Zuwendungsgeber erhält von allen Veröffentlichungen ein Belegexemplar und ist berechtigt, eine Kurzfassung des Vorhabensergebnisses gesondert zu veröffentlichen.

## 7 Verfahren

### 7.1 Antragsverfahren

Anträge sind in dreifacher Ausfertigung nach einer Erstberatung durch die ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH zu richten an:

Investitionsbank des Landes Brandenburg  
Steinstraße 104 - 106  
14480 Potsdam.

Die Antragsunterlagen sind bei den Geschäftsstellen der Investitionsbank des Landes Brandenburg und der ZukunftsAgentur Brandenburg zu beziehen.

### 7.2 Bewilligungsverfahren

Über den Antrag entscheidet die Investitionsbank des Landes Brandenburg (Bewilligungsbehörde) auf der Grundlage der eingereichten Unterlagen und der fachlichen Stellungnahme der ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH im Einvernehmen mit dem Ministerium für Wirtschaft.

### 7.3 Zu beachtende Vorschriften

Die Investitionsbank, die ZukunftsAgentur Brandenburg

GmbH und das Ministerium für Wirtschaft sind berechtigt, den Fortgang der Arbeiten zu kontrollieren, alle hierfür notwendigen Unterlagen einschließlich Niederschriften über Material und Arbeitsaufwand einzusehen und die Einhaltung der Vorgaben zu überwachen.

Im Rahmen des Verwendungsnachweises sind zur Erfolgskontrolle insbesondere die Aspekte Markterfolg, zukunftsorientierte Arbeitsplatzschaffung und -erhaltung, Technologietransfer und Innovationsgrad zu bewerten.

Für die Bewilligung, Auszahlung und Abrechnung der Zuwendung sowie für den Nachweis und die Prüfung der Verwendung und die gegebenenfalls erforderliche Aufhebung des Zuwendungsbescheides und die Rückforderung der gewährten Zuwendung gelten die VV zu § 44 LHO, soweit nicht in dieser Förderrichtlinie Abweichungen zugelassen worden sind.

Über die Landeshaushaltsordnung hinaus sind die Regelungen auf der Grundlage bestehender und vorbehaltlich noch zu erlassender Vorschriften der EU für den Strukturzeitraum 2000 - 2006 zu beachten, insbesondere der Auszahlungs- und Abrechnungsverfahren.

7.4 Abweichend zu den Verwaltungsvorschriften zu § 44 LHO wird bestimmt:

- a) Zuwendungs(teil)beträge dürfen nur auf der Basis bezahlter Rechnungen für die im Rahmen des Zuwendungszwecks tatsächlich entstandenen Ausgaben gemäß VV Nr. 7 zu § 44 LHO ausgezahlt werden.
- b) Ein letzter Teilbetrag von 5 Prozent der Gesamtzuwendung darf darüber hinaus erst gezahlt werden, wenn der Zuwendungsempfänger den Verwendungsnachweis gemäß Nummer 6 der Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (ANBest-P) vollständig und in prüffähiger Form vorgelegt hat.

7.5 Gemäß dem Brandenburgischen Subventionsgesetz vom 11. November 1996 (GVBl. I S. 306) gelten für Leistungen nach Landesrecht, die Subventionen im Sinne des § 264 des Strafgesetzbuches (StGB) sind, die §§ 2 bis 6 des Gesetzes gegen missbräuchliche Inanspruchnahme von Subventionen (Bundesgesetz) vom 29. Juli 1976 (BGBl. I S. 2034).

Die Bewilligungsbehörde hat gegenüber den Antragstellern in geeigneter Weise deutlich zu machen, dass es sich bei den Zuwendungen in der gewerblichen Wirtschaft um Subventionen im Sinne von § 264 StGB handelt. Die subventionserheblichen Tatsachen im Sinne des § 264 StGB werden dem Zuwendungsempfänger im Rahmen des Antrags- und Bewilligungsverfahrens als subventionserheblich bezeichnet.

## 8 In-Kraft-Treten

Diese Richtlinie tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2004 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2005.

## **Richtlinie des Ministeriums für Wirtschaft zur Förderung der rationellen Energieverwendung und der Nutzung erneuerbarer Energiequellen (REN-Programm)**

Vom 31. März 2004

### **1 Zuwendungszweck, Rechtsgrundlage**

1.1 Das Land Brandenburg gewährt auf der Grundlage des Operationellen Programms Brandenburg 2000 - 2006 unter Beachtung der jeweils geltenden einschlägigen Bestimmungen aus den EU-Verordnungen, insbesondere der Verordnung (EG) Nr. 1260/1999 und Verordnung (EG) Nr. 1145/2003, der §§ 23, 44 der Landeshaushaltsordnung (LHO) und der dazu ergangenen Verwaltungsvorschriften und nach Maßgabe dieser Richtlinie Zuwendungen zur:

- Steigerung der Effizienz des Energieeinsatzes
- Erhöhung des Anteils erneuerbarer Energien am Primärenergieaufkommen durch Nutzung der vorhandenen Potenziale an Biomasse, Erdwärme, Wasserkraft und Sonnenenergie
- Entwicklung und zum Einsatz innovativer Technologien zur Nutzung der erneuerbaren Energien und zur rationellen Energieanwendung
- Erarbeitung umsetzungsfähiger Energiekonzepte und -studien
- Durchführung von Veranstaltungen im Sinne der brandenburgischen Energiestrategie 2010.

Der Anteil erneuerbarer Energien am Primärenergieaufkommen des Landes Brandenburg soll auf 5 Prozent im Jahre 2010 erhöht werden. Eine Reduzierung der Umweltbelastung durch Kohlendioxid, Schwefeldioxid, Kohlenmonoxid und Staub ist hierdurch zu erreichen.

1.2 Ein Rechtsanspruch des Antragstellers auf Gewährung der Zuwendung besteht nicht. Vielmehr entscheidet die Bewilligungsbehörde aufgrund ihres pflichtgemäßen Ermessens im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel.

1.3 Diese Fördermaßnahme gilt als Maßnahme nach der Verordnung (EG) Nr. 70/2001 der Kommission über die Anwendung der Artikel 87 und 88 EG-Vertrag auf staatliche Beihilfen an kleine und mittlere Unternehmen (ABl. EG Nr. L 10 S. 33 vom 13. Januar 2001).

### **2 Gegenstand der Förderung und Höhe der Zuwendungen**

2.1 Rationelle Energieverwendung

2.1.1 Energierückgewinnung

Gefördert werden können Maßnahmen zur Energierückgewinnung und zur Nutzung der rückgewonnenen Ener-



gie an Anlagen, die nicht nach dem Bundes-Immissionsschutzgesetz (BImSchG) genehmigungsbedürftig oder durch andere gesetzliche Bestimmungen beziehungsweise behördliche Auflagen vorgeschrieben sind.

(Hinweis: Maßnahmen zur Wärmenutzung bei Anlagen, die nach dem BImSchG genehmigungsbedürftig sind, können durch das Ministerium für Landwirtschaft, Umweltschutz und Raumordnung [MLUR] des Landes Brandenburg gefördert werden.)

Grundlage für die Förderung ist der Nachweis der Nutzung der rückgewonnenen Energie durch eine vorzulegende Energiebedarfsanalyse.

Gefördert werden können auch Energierückgewinnungsanlagen innerhalb kontrollierter Be- und Entlüftungssysteme zur Raumbeheizung.

Die Förderung beträgt bis zu 25 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben, wobei der Höchstförderbetrag je Einzelanlage auf 150.000 Euro begrenzt ist.

Wärmerückgewinnungseinrichtungen in Wärmeerzeugungsanlagen zur Raumbeheizung (zum Beispiel Brennwertkessel, Abgaswärmetauscher etc.) werden nicht gefördert.

### 2.1.2 Wärmepumpenanlagen

Gefördert werden kann der Einsatz von Wärmepumpenanlagen zur Erwärmung von Brauch- und/oder Heizungswasser.

Die Förderhöhe beträgt bis zu 30 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben, wobei diese auf 600 Euro/kW nachzuweisenden Wärmebedarf begrenzt sind. Der Höchstförderbetrag je Einzelanlage beträgt 100.000 Euro.

Die Jahresarbeitszahl von erdgekoppelten Wärmepumpenanlagen muss mindestens 3,8 betragen, die Jahresarbeitszahl bei Luft/Wasser-Wärmepumpenanlagen muss mindestens 3,2 betragen. Diese sind projektbezogen nachzuweisen.

Die Wärmeverteilungsanlagen im Gebäude werden nicht gefördert.

## 2.2 Erneuerbare Energiequellen

### 2.2.1 Biomasse

Gefördert werden können zentrale Anlagen zur energetischen Nutzung von Biomasse (Holz, Stroh, andere pflanzliche Rohstoffe, Deponie-, Klärgas, Rapsöl, Rapsmethylester, Klärrückstände etc.), sofern sie nicht im Rahmen integrierter Konzepte zur Umweltentlastung durch das Ministerium für Landwirtschaft, Umweltschutz und Raumordnung (MLUR) gefördert werden.

Die Förderhöhe ist abhängig von einer vorzulegenden Wirtschaftlichkeitsberechnung und beträgt

- für Anlagen zur Gewinnung von Gas aus Biomasse bis zu 35 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben,
- bei Strom- und Wärmeerzeugungsanlagen mittels Kraft-Wärme-Kopplung (KWK) bis zu 35 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben, wobei diese auf 1.170 Euro/kW<sub>el</sub> begrenzt sind. Der Förderhöchstsatz kann nur dann gewährt werden, wenn mindestens ein jahresgemittelter Brennstoffnutzungsgrad von 70 Prozent erreicht wird,
- für Anlagen, bei denen ausschließlich der erzeugte Strom energetisch genutzt wird, bis zu 25 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben, wobei diese auf 1.120 Euro/kW<sub>el</sub> begrenzt sind,
- für Anlagen zur ausschließlichen thermischen Nutzung bis zu 25 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben, wobei diese bei Anlagen ≤ 40 kW auf 400 Euro/kW<sub>th</sub> begrenzt sind. Oberhalb von 40 kW werden die zuwendungsfähigen Ausgaben auf 300 Euro/kW<sub>th</sub> begrenzt. Die notwendige Anlagengröße ist durch eine Wärmebedarfsrechnung nachzuweisen,
- für Anlagen der Nahwärmeversorgung mit vorgeschaltetem Wärmeerzeuger auf Basis von Biomasse bis zu 30 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben, wobei diese auf 250 Euro/kW<sub>th</sub> begrenzt sind. Die notwendige Anlagengröße ist durch eine Wärmebedarfsrechnung nachzuweisen.

Förderfähig sind auch gegebenenfalls notwendige Infrastrukturmaßnahmen, die der eigentlichen „Anlage zur energetischen Nutzung von Biomasse“ vorgeschaltet werden müssen. Die Förderhöhe beträgt im Förderfall bis zu 25 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben.

Der Höchstförderbetrag für Maßnahmen nach Nummer 2.2.1 beträgt je Einzelanlage 765.000 Euro.

### 2.2.2 Wasserkraftanlagen

Gefördert werden können Wasserkraftanlagen in Abhängigkeit einer vorzulegenden Wirtschaftlichkeitsberechnung, wobei die Förderhöhe bis zu 25 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben beträgt. Der Höchstförderbetrag je Einzelanlage beträgt 380.000 Euro.

### 2.2.3 Sonnenenergie

#### 2.2.3.1 Thermische Solaranlagen

Gefördert werden können die Errichtung und die Erweiterung thermischer Solaranlagen zur Brauchwassererwärmung, zur Raumheizung sowie zur Bereitstellung von Prozesswärme.

Es werden nur thermische Solaranlagen gefördert, die die Anforderungen des Umweltzeichens RAL-UZ 73 „Sonnenkollektoren“ (blauer Engel) erfüllen. Demzufolge muss unter anderem der Jahresenergieertrag min-

destens 525 kWh/m<sup>2</sup> Kollektorfläche und Jahr betragen.

Hierzu sind die entsprechenden Herstellernachweise bei Antragstellung vorzulegen.

Die Förderhöhe beträgt 110 Euro/m<sup>2</sup> Kollektorfläche, höchstens jedoch bis zu 25 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben. Der Höchstförderbetrag je Einzelanlage beträgt 125.000 Euro.

#### 2.2.3.2 Photovoltaikanlagen

Gefördert werden können Photovoltaikanlagen einschließlich der für die Nutzung erforderlichen Speicher- und Umformeinrichtungen in Abhängigkeit einer vorzulegenden Wirtschaftlichkeitsberechnung.

Die Förderhöhe beträgt bis zu 50 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben, wobei diese auf maximal 6.000 Euro/kW<sub>peak</sub> begrenzt sind.

Der Höchstförderbetrag je Einzelanlage beträgt 380.000 Euro.

#### 2.2.4 Geothermie

Gefördert werden kann die Erschließung und energetische Nutzung von Erdwärme. Die Zuwendungshöhe beträgt bis zu 50 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben, höchstens jedoch 2.000.000 Euro je Einzelanlage.

Voraussetzung der Förderung ist ein wirtschaftlich tragfähiges Nutzungskonzept.

#### 2.3 Einführung und Anwendung neuer innovativer Technologien der rationellen Energieverwendung und Nutzung erneuerbarer Energien

Gefördert werden können Pilot- und Demonstrationsprojekte für neue Technologien und Verfahren zur

- rationellen Energienutzung,
- Nutzung der erneuerbaren Energien,
- Nutzung der Braunkohle,

die im Land Brandenburg realisiert werden.

Die Zuwendungshöhe beträgt bis zu 40 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben.

Der Förderhöchstbetrag beläuft sich je Vorhaben auf 500.000 Euro.

Zuwendungsfähig sind nur die Ausgaben, die in unmittelbarem Zusammenhang zum Förderprojekt stehen. Sind bereits entsprechende konventionelle Lösungen bekannt, werden nur die nachweisbaren Mehrausgaben der neuen Technologie beziehungsweise Verfahren als zuwendungsfähig anerkannt.

#### 2.4 Konzepte, Programme, Studien, Maßnahmen und Veranstaltungen zur Verwirklichung der energiepolitischen Ziele des Landes Brandenburg

Gefördert werden kann die Erarbeitung von Konzepten, Programmen und Studien, die der Umsetzung der energiepolitischen Ziele des Landes Brandenburg dienen.

Gefördert werden können des Weiteren Maßnahmen zur Kommunikations- und Motivationsstrategie, die im Sinne der Energiestrategie 2010 des Landes Brandenburg durchgeführt werden.

Gefördert werden können auch Veranstaltungen von Vereinen, Verbänden und Institutionen, die nachweislich der rationellen Energieanwendung, der Nutzung erneuerbarer Energieträger sowie der Gestaltung einer umweltfreundlichen und effizienten Energieversorgung dienen. Dazu zählen Workshops, Seminare und Zusammenkünfte zum Informationsaustausch.

Die Förderhöhe beträgt bis zu 50 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben, höchstens jedoch 150.000 Euro je Vorhaben.

### 3 Zuwendungsempfänger

Zuwendungsempfänger sind

- a) juristische Personen des öffentlichen und privaten Rechts mit Ausnahme des Bundes sowie
- b) kleine und mittlere Unternehmen (KMU) der gewerblichen Wirtschaft im Sinne der jeweils gültigen Definition der Europäischen Kommission<sup>1</sup>, sofern sie in Brandenburg eine Betriebsstätte unterhalten,
- c) natürliche Personen, die im Rahmen der Richtlinie vom 1. Februar 2001 zum REN-Programm bis zum 31. Dezember 2003 einen Förderantrag gestellt haben.

### 4 Zuwendungsvoraussetzungen

4.1 Gefördert werden ausschließlich Maßnahmen, die im Land Brandenburg durchgeführt werden.

4.2 Die zur Durchführung einer Maßnahme benötigten öffentlichen Genehmigungen (zum Beispiel Baugeneh-

<sup>1</sup> Vgl. Anhang I der Verordnung (EG) Nr. 70/2001 der Kommission über die Anwendung der Artikel 87 und 88 EG-Vertrag auf staatliche Beihilfen an kleine und mittlere Unternehmen, ABl. EG Nr. L 10 vom 13. Januar 2001; die dort genannte KMU-Definition gilt bis 31. Dezember 2004 (Unternehmen mit weniger als 250 Beschäftigten, einem Jahresumsatz von höchstens 40 Millionen Euro oder einer Bilanzsumme von nicht mehr als 27 Millionen Euro; das Kapital oder die Stimmanteile des Unternehmens befinden sich nicht zu einem Viertel oder mehr im Besitz eines oder mehrerer Unternehmen, die diese Grenzen überschreiten). - Hinweis: Für alle Zuwendungsentscheidungen ab 1. Januar 2005 kommt die KMU-Definition mit neuen Grenzwerten aus der Empfehlung der Kommission vom 6. Mai 2003 (ABl. EG Nr. L 124 S. 36 vom 20. Mai 2003) zur Anwendung: Mitarbeiterzahl/Zahl der Jahresarbeits-einheiten der im Unternehmen Beschäftigten mit weniger als 250 Personen, Jahresumsatz höchstens 50 Millionen Euro oder Jahresbilanzsumme höchstens 43 Millionen Euro, gegebenenfalls sind Partnerunternehmen und verbundene Unternehmen zu berücksichtigen.

migungen, immissionsschutzrechtliche Genehmigungen nach dem Bundes-Immissionsschutzgesetz etc.) sowie alle zum Errichten und Betreiben notwendigen Verträge (zum Beispiel Pachtverträge, Nutzungsverträge, Darlehenszusagen, Netzanschlusszusagen etc.) sollen bei Antragstellung vorliegen, jedoch mindestens beantragt oder vorbereitet sein.

- 4.3 Zuwendungen werden nur für solche Vorhaben gewährt, mit denen zum Zeitpunkt des Antragseinganges bei der zuständigen Stelle noch nicht begonnen worden ist. Beginn des Vorhabens ist grundsätzlich der Abschluss eines der Ausführung zuzurechnenden Liefer- und Leistungsvertrages.

Bei Baumaßnahmen gelten Planung und Bodenuntersuchungen nicht als Beginn des Vorhabens. Der Grunderwerb ist nicht als Beginn des Vorhabens anzusehen.

- 4.4 Soweit Maßnahmen nach Nummer 2.2.1 (Biomasse) und Nummer 2.2.3.1 (Thermische Solaranlagen) im Rahmen des Programms „Förderung von Maßnahmen zur Nutzung erneuerbarer Energien“ des Bundeswirtschaftsministeriums gefördert werden können (Bundesanzeiger Nummer 234 vom 23. November 2003), sind diese Maßnahmen im Rahmen dieser Richtlinie **nicht** förderfähig.

- 4.5 Maßnahmen, deren Amortisationszeiten unter drei Jahren liegen, werden nicht gefördert.

- 4.6 Maßnahmen mit einer Zuwendung unter 2.500 Euro werden nicht gefördert.

Bei Antragstellern nach Nummer 3 Buchstabe c dieser Richtlinie werden Maßnahmen mit zuwendungsfähigen Ausgaben unter 2.500 Euro nicht gefördert.

## 5 Art und Umfang der Zuwendung

- 5.1 Zuwendungsart: Projektförderung
- 5.2 Finanzierungsart: Anteilfinanzierung
- 5.3 Form der Zuwendung: Zuschuss/Zuweisung
- 5.4 Bemessungsgrundlage

Zuwendungsfähig sind die im unmittelbaren Zusammenhang mit der beantragten Maßnahme stehenden nachgewiesenen, notwendigen und angemessenen Ausgaben für Planung und Realisierung.

Die Festlegung der zuwendungsfähigen Ausgaben für die jeweils beantragte Maßnahme erfolgt durch die Bewilligungsbehörde.

Nicht förderfähig sind:

- Investitionen, die nicht aktivierungsfähig sind oder durch bilanzpflichtige Zuwendungsempfänger nicht aktiviert werden

- Finanzierungskosten, rechts-, steuer- und betriebswirtschaftliche Beratungen
- Preisaufschläge bei Verkäufen zwischen verbundenen Unternehmen
- Planungsleistungen für Vorhaben im Ein- und Zweifamilienhausbereich
- Grunderwerbskosten, Baunebenkosten
- Reparatur- und/oder Ersatzteilbeschaffung (Ausnahme: Nummer 2.2.3 Wasserkraftanlagen)
- Maßnahmen, die auf der Grundlage von Mietkaufverträgen durchgeführt werden
- Maßnahmen, die gesetzlich vorgeschrieben und/oder behördlich angeordnet wurden
- unbare Eigenleistungen (nicht kassenwirksame Ausgaben wie eigene Planungsleistungen, Selbstbau und Selbstmontage von Anlagen) mit Ausnahme bei Maßnahmen der Nummer 2.4 unter Beachtung der Bestimmungen in Nummer 3 der Ergänzenden Hinweise in den Vorbemerkungen zu den Verwaltungsvorschriften zu § 44 LHO.

## 6 Sonstige Zuwendungsbestimmungen

### 6.1 Kumulation öffentlicher Mittel

- 6.1.1 Die Kumulation von Mitteln, die im Rahmen dieser Richtlinie bewilligt werden, mit anderen Mitteln des Landes Brandenburg für dieselbe Maßnahme ist nicht zulässig.

- 6.1.2 Eine Kumulation mit Mitteln des Bundes auf Zuschuss- und/oder Darlehensbasis ist zulässig.

- 6.1.3 Soweit bei der zu fördernden Maßnahme ein Rechtsanspruch auf eine Investitionszulage im Rahmen des Investitionszulagengesetzes besteht, hat die Bewilligungsbehörde die Investitionszulage als Deckungsmittel bei der Ermittlung der Zuwendungshöhe und im Rahmen der Subventionswertberechnung zu berücksichtigen.

- 6.1.4 Bei der Kumulation aller Förder- und sonstigen für das Vorhaben eingesetzten öffentlichen Mittel (z. B. Investitionszulagen, zinsgünstige öffentliche Darlehen) ist zu beachten, dass die Summe aller Subventionswerte der gewährten Mittel den Höchstbetrag von 50 Prozent (brutto) nicht übersteigen darf.

Bei der Kumulation aller Förder- und sonstigen für das Vorhaben eingesetzten öffentlichen Mittel (z. B. Investitionszulagen, zinsgünstige öffentliche Darlehen) ist in der Arbeitsmarktreion Berlin-Brandenburg zu beachten, dass die Summe aller Subventionswerte der gewährten Mittel bei der Förderung von KMU im Einzelfall eine Beihilfehöchstintensität von 20 Prozent netto zuzüglich 10 Prozent brutto nicht übersteigen darf.

- 6.2 Die Eigenbeteiligung des begünstigten Unternehmens muss mindestens 25 Prozent des förderfähigen Investitionsvolumens betragen.

- 6.3 Abweichend von Nummer 3 der Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (ANBest-P) und der Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung an Gemeinden (ANBest-G) wird zugelassen, dass vom Antragsteller drei auf das Vorhaben bezogene, voneinander unabhängige, detaillierte Kostenvoranschläge mit dem Antrag vorzulegen sind, es sei denn, dass nur ein oder zwei Anbieter in Betracht kommen. In solchen Fällen ist dieses gegenüber der Bewilligungsbehörde zu begründen.

Grundlage der Berechnung des Zuwendungsbetrages sind, sofern nicht eine Förderung mit Pauschalsätzen vorgesehen ist, grundsätzlich die niedrigeren Kostenvoranschläge.

Die Bewilligungsbehörde kann Nebenbestimmungen zum Bestandteil des Zuwendungsbescheides machen (z. B. technische Auflagen, Berichterstattung über mehrere Betriebsjahre der geförderten Anlage, die insbesondere eine spätere Erfolgsmessung und -bewertung ermöglicht etc.).

- 6.4 Die durch die Zuschüsse geförderten Gegenstände müssen mindestens fünf Jahre nach Abschluss des Vorhabens am Investitionsort beziehungsweise in der Betriebsstätte verbleiben (verwendet werden), es sei denn, sie werden durch gleich- oder höherwertige Wirtschaftsgüter ersetzt (Verbleibefrist). Die Verbleibefrist beginnt am Ende des im Zuwendungsbescheid bestimmten Investitions- beziehungsweise Durchführungszeitraumes.
- 6.5 Im Zeitraum zwischen der Anschaffung oder der Herstellung und dem Ende der Verbleibefrist unterliegen die geförderten Wirtschaftsgüter der Zweckbindung (Zweckbindungsfrist).

## 7 Verfahren

### 7.1 Antragsverfahren

Anträge sind formgebunden bei der Investitionsbank des Landes Brandenburg (ILB), Steinstraße 104 - 106, 14480 Potsdam, Telefon: (03 31) 6 60-0, vor Beginn der Maßnahme auf Antragsvordruck unter Beifügung der im Antrag genannten Anlagen zu stellen. Die Antragsformulare sind bei der ILB erhältlich.

Anträge können im Rahmen dieser Richtlinie bis zum 30. September 2006 (Eingang bei der Bewilligungsbehörde) gestellt werden.

### 7.2 Bewilligungsverfahren

- 7.2.1 Bewilligungsbehörde ist die Investitionsbank des Landes Brandenburg.

- 7.2.2 Der Antragsteller kann nach Antragseingang bei der Bewilligungsstelle mit der Durchführung der beantragten Maßnahme beginnen. Aus dieser Erlaubnis zum

vorzeitigen Baubeginn leitet sich jedoch kein Anspruch auf eine Zuwendung ab.

### 7.3 Auszahlungs- und Verwendungsnachweisverfahren

- 7.3.1 Voraussetzung für eine Auszahlung ist, dass für die zu fördernden Maßnahmen alle Genehmigungen (vgl. Nummer 4.2, z. B. Bundes-Immissionsschutzgesetz und die dazu erlassenen Verordnungen etc.) vorliegen beziehungsweise alle behördlichen Auflagen (z. B. Energieeinsparverordnung etc.) erfüllt sind.

- 7.3.2 Abweichend von den Verwaltungsvorschriften zu § 44 LHO wird bestimmt:

- a) Zuwendungs(teil)beträge dürfen nur unter Vorlage von Nachweisen über die im Rahmen des Zuwendungszwecks tatsächlich getätigten Ausgaben gemäß VV Nr. 7 zu § 44 LHO ausbezahlt werden.
- b) Ein letzter Teilbetrag von 5 Prozent der Gesamtzuwendung darf darüber hinaus erst gezahlt werden, wenn der Zuwendungsempfänger den Verwendungsnachweis gemäß der Nummer 6 der „Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung“ (ANBest-P) beziehungsweise der Nummer 7 der „Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung an Gemeinden“ (ANBest-G) vollständig und in prüffähiger Form vorgelegt hat.

### 7.4 Zu beachtende Vorschriften

Für die Bewilligung, Auszahlung und Abrechnung der Zuwendung sowie für den Nachweis und die Prüfung der Verwendung und die gegebenenfalls erforderliche Aufhebung des Zuwendungsbescheides und die Rückforderung der gewährten Zuwendung gelten die VV und VVG zu § 44 LHO, soweit nicht in dieser Förderrichtlinie oder im Zuwendungsbescheid Abweichungen zugelassen worden sind.

Über die Landeshaushaltsordnung hinaus sind die Regelungen auf der Grundlage bestehender und noch zu erlassender Vorschriften der EU für den Strukturfondsförderzeitraum 2000 - 2006 zu beachten, insbesondere bezüglich der Auszahlungs- und Abrechnungsverfahren.

### 7.5 Subventionserhebliche Tatsachen

Gemäß dem Brandenburgischen Subventionsgesetz vom 11. November 1996 (GVBl. I S. 306) gelten für Leistungen nach Landesrecht, die Subventionen im Sinne des § 264 des Strafgesetzbuches (StGB) sind, die §§ 2 bis 6 des Gesetzes gegen missbräuchliche Inanspruchnahme von Subventionen (Bundesgesetz) vom 29. Juli 1976 (BGBl. I S. 2034).

Die Bewilligungsbehörde hat gegenüber den Antragstellern in geeigneter Weise deutlich zu machen, dass es sich

bei den Zuwendungen in der gewerblichen Wirtschaft um Subventionen im Sinne des § 264 StGB handelt. Die subventionserheblichen Tatsachen im Sinne des § 264 StGB werden dem Zuwendungsempfänger im Rahmen des Antrags- und Bewilligungsverfahrens als subventionserheblich bezeichnet.

## 8 In-Kraft-Treten

Diese Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 2006 (letztes Datum für die Gewährung von Beihilfen).

### **Richtlinie zur Förderung des Erwerbs von Geschäftsanteilen an neu gegründeten Wohnungsgenossenschaften (GenossenschaftsR)**

Runderlass des Ministeriums für  
Stadtentwicklung, Wohnen und Verkehr  
Vom 23. März 2004

#### **Inhaltsübersicht**

- 1 Zuwendungszweck, Rechtsgrundlage
- 2 Gegenstand der Förderung
- 3 Zuwendungsempfänger
- 4 Zuwendungsvoraussetzungen
- 5 Art und Umfang, Höhe der Zuwendung
- 6 Sonstige Zuwendungsbestimmungen
- 7 Verfahren
- 8 Geltungsdauer

#### **1 Zuwendungszweck, Rechtsgrundlage**

Das Land gewährt nach Maßgabe dieser Richtlinie und der Verwaltungsvorschriften zu § 44 der Landeshaushaltsordnung (LHO) Zuwendungen zum Erwerb von Geschäftsanteilen an neu gegründeten, eigentumsorientierten Wohnungsgenossenschaften als Beitrag zur Bildung von Wohneigentum und Vermögen privater Haushalte und zur Sicherung der dauerhaften Eigenkapitalausstattung neu gegründeter Wohnungsgenossenschaften.

Insbesondere unterstützt wird der Erwerb von Geschäftsanteilen an neu gegründeten, eigentumsorientierten Wohnungsgenossenschaften, die im Zusammenhang mit der Umsetzung von abgestimmten Konzepten zum Stadtumbau entstehen und entwicklungsfähige Wohnungsbestände aufwerten wollen, um einen Beitrag zur Stabilisierung und Identitätsbildung von Quartieren zu leisten.

Ein Rechtsanspruch auf Gewährung der Zuwendungen besteht nicht. Die Bewilligungsstelle entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der verfügbaren Mittel.

#### **2 Gegenstand der Förderung**

Gegenstand der Förderung ist der Erwerb von Geschäftsanteilen durch eigenheimzulagenberechtigte Mieter an nach dem 1. Januar 1995 neu gegründeten, eigentumsorientierten Wohnungsgenossenschaften.

#### **3 Zuwendungsempfänger**

Zuwendungsempfänger ist jede natürliche Person als künftiges Mitglied einer Wohnungsgenossenschaft, sofern sie anspruchsberechtigt im Sinne des § 17 des Eigenheimzulagengesetzes ist.

#### **4 Zuwendungsvoraussetzungen**

Der Erwerb der Geschäftsanteile darf nur gefördert werden, wenn

- das nach den §§ 20 bis 24 des Wohnraumförderungsgesetzes (WoFG) zu ermittelnde Gesamteinkommen des Antragstellers und seiner zum Haushalt zählenden Personen die Einkommensgrenze des § 9 Abs. 2 WoFG um nicht mehr als 60 vom Hundert überschreitet,
- der Zuwendungsempfänger bereits Mieter der von der Genossenschaft erworbenen Wohnung ist **oder** die Wohnung leer steht und durch den Zuwendungsempfänger innerhalb von sechs Monaten nach Zeichnung der Geschäftsanteile bezogen wird und
- der Geschäftsanteil noch nicht rechtsverbindlich gezeichnet worden ist und
- die Wirtschaftlichkeit der Genossenschaft unter Berücksichtigung der Finanzierung des Kaufpreises und einer erforderlichen Modernisierung und Instandsetzung des erworbenen Wohnungsbestandes durch Vorlage eines schlüssigen Finanzierungskonzeptes, insbesondere des Testats des Prüfungsverbandes, nachgewiesen ist, jährlich der Prüfbericht des Prüfungsverbandes über die wirtschaftliche Situation der Genossenschaft vorgelegt wird und
- die Genossenschaft die Voraussetzungen im Sinne des § 11 des Genossenschaftsgesetzes erfüllt, insbesondere der Vorstand bestellt und die Eintragung in das Genossenschaftsregister beantragt ist, und
- die Satzung der Genossenschaft die Voraussetzungen im Sinne des § 17 des Eigenheimzulagengesetzes erfüllt,
- eine Verpflichtungserklärung der Genossenschaft vorliegt, den Auszug, die Kündigung oder sonstige Beendigung der Mitgliedschaft des Zuwendungsempfängers in der Genossenschaft der Bewilligungsstelle unverzüglich anzuzeigen und vorrangig Erstattungsansprüche aus diesem Zuwendungsverhältnis zu befriedigen.

#### **5 Art und Umfang, Höhe der Zuwendung**

- |                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| 5.1 Zuwendungsart:      | Projektförderung   |
| 5.2 Finanzierungsart:   | Anteilfinanzierung |
| 5.3 Form der Zuwendung: | Darlehen           |



5.4 Zuwendungsfähig ist der Betrag der gezeichneten Geschäftsanteile (Bemessungsgrundlage). Das Darlehen beträgt 80 vom Hundert des gezeichneten Geschäftsanteils, höchstens jedoch 4.000 Euro.

Das Darlehen ist zinslos und in Höhe des jährlichen Eigenheimzulagenanspruchs (einschließlich Kinderzulagen) zu tilgen; mindestens jährlich in Höhe von 500 Euro.

## 6 Sonstige Zuwendungsbestimmungen

Der Zuwendungsempfänger ist verpflichtet, bis zur vollständigen Tilgung des Darlehens, mindestens jedoch über einen Zeitraum von acht Jahren nach Bewilligung des Darlehens eine Genossenschaftswohnung selbst zu nutzen und Mitglied der Genossenschaft zu bleiben. Dies gilt auch bei Erwerb der Wohnung im Zuge der Bildung von Einzeleigentum als Folge der miethnahen Privatisierungsverpflichtung.

Im Fall des vorzeitigen Ausscheidens aus der Genossenschaft hat der Zuwendungsempfänger oder sein Rechtsnachfolger das Restdarlehen innerhalb von drei Monaten nach dem Tag des Ausscheidens vollständig zu tilgen. Auf Antrag kann die Rückzahlung des Restdarlehens bis zur Erstattung des erworbenen Geschäftsanteils durch die Wohnungsgenossenschaft gestundet werden.

Verstößt der Zuwendungsempfänger gegen die Bedingungen oder Auflagen des Bewilligungsbescheides oder gegen die Verpflichtungen aus dem Darlehensvertrag oder gibt er den Verwendungszweck auf, kann der Bewilligungsbescheid aufgehoben und das gewährte Darlehen zurückgefordert werden.

Wird der Bewilligungsbescheid vollständig oder teilweise aufgehoben oder sonst unwirksam, ist der Erstattungsanspruch nach Maßgabe des § 49 a des Verwaltungsverfahrensgesetzes für das Land Brandenburg (VwVfGBbg) in der jeweils geltenden Fassung vom Zeitpunkt der Unwirksamkeit des Bewilligungsbescheides an zu verzinsen.

## 7 Verfahren

### 7.1 Antragsverfahren

Förderanträge sind in Form von Einzelanträgen oder Samelanträgen auf den vorgesehenen Antragsvordrucken mit der amtlichen Meldebestätigung zum Nachweis des ersten Wohnsitzes bei der Bewilligungsstelle zu stellen. Dem Antrag sind die sich aus Nummer 4 ergebenden Erklärungen und Nachweise beizufügen. Das maßgebliche Haushaltseinkommen wird durch eine Einkommensbescheinigung der für die Erteilung von Wohnberechtigungsscheinen zuständigen Stelle (Ämter, amtsfreie Gemeinden und kreisfreie Städte) nachgewiesen.

### 7.2 Bewilligungsverfahren

Bewilligungsstelle ist die InvestitionsBank des Landes Brandenburg (ILB).

Die Bewilligungsstelle entscheidet anhand der vorliegenden formgerechten Anträge und der vollständig vorgelegten Nachweise in der Reihenfolge des Antragseinganges im Rahmen der verfügbaren Mittel.

### 7.3 Auszahlung

Die Auszahlung des Darlehens erfolgt auf ein vom Zuwendungsempfänger zu benennendes Konto, sobald der Bewilligungsstelle die rechtsverbindliche Zeichnung des Geschäftsanteils durch den Mieter, die Fälligkeit des Geschäftsanteils mindestens in Höhe des bewilligten Darlehens sowie seitens der Genossenschaft der Erwerb der Wohnungen durch Vorlage einer beglaubigten Kopie des notariellen Kaufvertrages nachgewiesen wurde.

Zur Sicherung des Rückzahlungsanspruchs ist der Zuwendungsempfänger verpflichtet, der ILB eine Einzugsermächtigung zu erteilen.

### 7.4 Verwendungsnachweisverfahren

Der Zuwendungsempfänger hat bis zum Ablauf von sechs Monaten nach der Bewilligung den Verwendungsnachweis zu führen. Dem Verwendungsnachweis sind die Belege (Rechnungen, beglaubigter Grundbuchauszug, Bestätigung des Registergerichts über die Eintragung der Genossenschaft in das Genossenschaftsregister, Zahlungsnachweise, Festsetzungsbescheide nach dem Eigenheimzulagengesetz) im Original beizufügen, soweit diese nicht bereits durch die Wohnungsgenossenschaft vorgelegt wurden.

Die Bewilligungsstelle kann auf Antrag die Frist verlängern, wenn ihre Einhaltung dem Zuwendungsempfänger aus Umständen nicht möglich ist, die er nicht zu vertreten hat. Die Belege sind fünf Jahre aufzubewahren.

### 7.5 Verwaltungskostenbeiträge

Für die mit der Darlehensgewährung verbundene Verwaltungstätigkeit ist ein einmaliger Verwaltungskostenbeitrag in Höhe von 1 vom Hundert des bewilligten Darlehens zu zahlen, der bei der Auszahlung des Darlehens einbehalten wird. Vom Darlehensrestbetrag ist jeweils ein laufender Verwaltungskostenbeitrag von 0,5 vom Hundert jährlich zu zahlen.

### 7.6 Zu beachtende Vorschriften

Für die Bewilligung, Auszahlung und Abrechnung der Zuwendung sowie für den Nachweis und die Prüfung der Verwendung und die gegebenenfalls erforderliche Aufhebung des Zuwendungsbescheides und die Rückforderung der gewährten Zuwendung gelten die Verwaltungsvorschriften zu § 44 LHO, soweit nicht in diesen Förderrichtlinien Abweichungen zugelassen worden sind.

### 7.7 Ausnahmen

Ausnahmeentscheidungen von dieser Richtlinie bedürfen der Zustimmung des Ministeriums für Stadtentwicklung, Wohnen und Verkehr (MSWV). Ausnahmeentscheidungen,

die über den Einzelfall hinaus von Bedeutung sind, ergehen im Einvernehmen des MSWV mit dem Ministerium der Finanzen.

## 8 Geltungsdauer

Diese Bestimmungen treten am 1. Januar 2004 in Kraft. Sie treten am 31. Dezember 2005 außer Kraft.

### **Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach den Beihilfevorschriften des Bundes - Neufassung der ab 1. Januar 2004 gültigen Beihilfevorschriften -**

Bekanntmachungen des Ministeriums der Finanzen  
Vom 6. Januar 2004 und  
vom 3. Februar 2004

Gemäß § 45 Abs. 3 des Landesbeamtengesetzes erhalten Beamte und Versorgungsempfänger Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach den für die Beamten und Versorgungsempfänger des Bundes jeweils geltenden Vorschriften mit der Maßgabe, dass Aufwendungen für Wahlleistungen bei stationärer Behandlung (§ 6 Abs. 1 Nr. 6 Buchstabe b der Beihilfevorschriften - BhV) nicht beihilfefähig sind.

Die Beihilfevorschriften wurden zuletzt mit Bekanntmachung des Ministeriums der Finanzen vom 9. November 2001 (ABl. 2002 S. 90) veröffentlicht. Die Beihilfevorschriften wurden vom Bundesministerium des Innern durch die 27. Änderungsvorschrift vom 17. Dezember 2003 und die 28. Änderungsvorschrift vom 30. Januar 2004 geändert, die beide zum 1. Januar 2004 in Kraft gesetzt wurden.

Die Neufassung der seit dem 1. Januar 2004 geltenden Beihilfevorschriften wird nachstehend bekannt gegeben:

#### **Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen (Beihilfevorschriften - BhV) Stand 1. Januar 2004**

##### § 1

#### **Anwendungsbereich, Zweckbestimmung und Rechtsnatur**

(1) <sup>1</sup>Diese Vorschrift regelt die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen. <sup>2</sup>Die Beihilfen ergänzen in diesen Fällen die Eigenvorsorge, die aus den laufenden Bezügen zu bestreiten ist.

(2) Diese Vorschrift gilt für Bundesbeamte und Richter im Bundesdienst sowie Versorgungsempfänger des Bundes.

(3) <sup>1</sup>Auf die Beihilfe besteht ein Rechtsanspruch. <sup>2</sup>Der Anspruch kann nicht abgetreten, verpfändet oder gepfändet werden; er ist nicht vererblich; jedoch ist die Pfändung durch einen

Forderungsgläubiger bezüglich des für seine Forderung zustehenden und noch nicht ausgezahlten Betrages einer Beihilfe zulässig.

(4) Beihilfen werden zu den beihilfefähigen Aufwendungen der beihilfeberechtigten Personen und ihrer berücksichtigungsfähigen Angehörigen oder als Pauschale 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 Beamtenversorgungsgesetz genannten Kinder der in Nummer 1 und 2 bezeichneten Personen.

(2) <sup>1</sup>Beihilfeberechtigung der in Absatz 1 bezeichneten Personen besteht, wenn und solange sie Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühnergebnisse auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag erhalten. <sup>2</sup>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, 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. 6 des Bundesbesoldungsgesetzes) beschäftigt sind,
3. Beamte, Richter und Versorgungsempfänger, denen Leistungen nach § 11 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften zustehen.

##### § 3

#### **Berücksichtigungsfähige Angehörige**

(1) <sup>1</sup>Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

1. der Ehegatte des Beihilfeberechtigten,
2. die im Familienzuschlag nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähigen Kinder des Beihilfeberechtigten.

<sup>2</sup>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<sup>\*)</sup> eines Beihilfeberechtigten hinsichtlich der Geburt eines Kindes.

#### § 4

##### Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen

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

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

aus.

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

(3) <sup>1</sup>Die Beihilfeberechtigung auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften schließt die Berücksichtigungsfähigkeit als Angehöriger aus. <sup>2</sup>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 Europaabgeordnetengesetz, § 27 Abgeordnetengesetz oder entsprechenden vorrangigen landesrechtlichen Vorschriften, nach § 79 Bundesbeamtengesetz gegen das Bundeseisenbahnvermögen oder entsprechenden kirchenrechtlichen Vorschriften gleich.

(5) <sup>1</sup>Eine Beihilfeberechtigung nach anderen als beamtenrechtlichen Vorschriften ist gegeben, wenn ein Anspruch auf Beihilfen auf Grund privatrechtlicher Rechtsbeziehungen nach einer den Beihilfevorschriften des Bundes im Wesentlichen vergleichbaren Regelung besteht. <sup>2</sup>Keine im Wesentlichen vergleichbare Regelung stellt der bei teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern zu quotelnde Beihilfeanspruch dar.

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

\*) Ausnahme siehe Rundschreiben vom 18. September 1985 (GMBl S. 524)

#### § 5

##### Beihilfefähigkeit der Aufwendungen

(1) <sup>1</sup>Beihilfefähig sind nach den folgenden Vorschriften Aufwendungen, wenn

1. sie dem Grunde nach notwendig,
2. sie der Höhe nach angemessen sind und
3. die Beihilfefähigkeit nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

<sup>2</sup>Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte sowie für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten; soweit keine begründeten besonderen Umstände vorliegen, kann nur eine Gebühr, die den Schwellenwert des Gebührenrahmens nicht überschreitet, als angemessen angesehen werden. <sup>3</sup>Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers sind angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des im April 1985 geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker, jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der Gebührenordnung für Ärzte bei vergleichbaren Leistungen. <sup>4</sup>Über die Notwendigkeit und die Angemessenheit entscheidet die Festsetzungsstelle; sie kann hierzu Gutachten des Amts- oder Vertrauensarztes (-zahnarztes) einholen.

(2) <sup>1</sup>Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit ist, dass im Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen Beihilfeberechtigung besteht und bei Aufwendungen für einen Angehörigen dieser berücksichtigungsfähig ist. <sup>2</sup>Die Aufwendungen gelten in dem Zeitpunkt als entstanden, in dem die sie begründende Leistung erbracht wird.

(3) <sup>1</sup>Bei Ansprüchen auf Heilfürsorge, Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen sind vor Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. <sup>2</sup>Bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen sind nach Maßgabe der Anlage 2 65 vom Hundert als gewährte Leistung anzurechnen; Berechnungsgrundlage ist der Betrag, aus dem sich der Zuschuss der Krankenkasse errechnet. <sup>3</sup>Sind zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so sind sie gleichwohl bei der Beihilfefestsetzung zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Hierbei sind Aufwendungen für Arznei- 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.

<sup>5</sup>Sätze 3 und 4 gelten nicht für Leistungen

1. nach § 10 Abs. 2, 4 und 6 Bundesversorgungsgesetz oder hierauf Bezug nehmende 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.

<sup>6</sup>Bei in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Personen sind Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers und für von diesem verordnete Arznei- und Verbandmittel ohne Anwendung der Sätze 3 und 4 beihilfefähig.

(4) <sup>1</sup>Nicht beihilfefähig sind

1. Sach- und Dienstleistungen. <sup>2</sup>Als Sach- und Dienstleistung gilt auch die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung. <sup>3</sup>Bei Personen, denen ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil und dergleichen zum Krankenversicherungsbeitrag gewährt wird oder bei denen sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes (§ 240 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) bemisst oder die einen Anspruch auf beitragsfreie Krankenfürsorge haben, gelten als Sach- und Dienstleistungen auch

- a) Festbeträge für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel nach dem Fünftes 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 auch, wenn Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union in Anspruch genommen werden.

<sup>4</sup>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,  
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 Einkommensteuergesetz) des Ehegatten im Vorvorkalenderjahr vor der Stellung des Beihilfeantrags 18.000,00 Euro übersteigt, es sei denn, dass dem Ehegatten trotz ausreichender und rechtzeitiger Krankenversicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund eines individuellen Ausschlusses keine Versicherungsleistungen gewährt werden oder dass die Leistungen hierfür auf Dauer eingestellt worden sind (Aussteuerung). <sup>2</sup>Die oberste Dienstbehörde kann in anderen besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium 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 auf Grund von § 70 Bundesbesoldungsgesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften Heilfürsorge zusteht,

6. Aufwendungen für die persönliche Tätigkeit eines nahen Angehörigen bei einer Heilbehandlung; als nahe Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder der jeweils behandelten Person. <sup>2</sup>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 auf Grund eines vorgehenden Beihilfeanspruchs (§ 4 Abs. 2 und 3 Satz 2) beihilfefähig sind,  
8. Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass eine Kostenerstattung nach § 64 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch verlangt wird,  
9. Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; werden diese nicht nachgewiesen, gelten 15 vom Hundert der gewährten Leistung als Abschlagsbetrag.

(5) Abweichend von Absatz 4 Nr. 4 sind Aufwendungen beihilfefähig, die auf einem Ereignis beruhen, das nach § 87a Bundesbeamtenengesetz oder entsprechenden landesrechtlichen Vorschriften zum Übergang des gesetzlichen Schadenersatzanspruchs auf den Dienstherrn führt.

## § 6

### Beihilfefähige Aufwendungen bei Krankheit

(1) <sup>1</sup>Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für

1. ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen und Leistungen eines Heilpraktikers. <sup>2</sup>Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen bestimmen sich nach Anlage 1, von Aufwendungen für zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen nach Anlage 2. <sup>3</sup>Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Begutachtungen, die weder im Rahmen einer Behandlung noch bei der Durchführung dieser Vorschriften erbracht werden,  
2. die vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker bei Leistungen nach Nummer 1 verbraucht oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arznei-, Verbandmittel und dergleichen.

<sup>2</sup>Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach den Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auf Grund § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind,  
b) Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind. Ausgenommen sind solche Arzneimittel, die nach den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Fünftes Buch



Sozialgesetzbuch auf Grund von § 34 Abs. 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch ausnahmsweise verordnet werden dürfen. Satz 2 gilt nicht für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr,

3. eine vom Arzt schriftlich verordnete Heilbehandlung und die dabei verbrauchten Stoffe. <sup>2</sup>Zur Heilbehandlung gehören auch ärztlich verordnete Bäder (ausgenommen Saunabäder und Aufenthalte in Mineral- oder Thermalbädern außerhalb einer Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur), Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapien. <sup>3</sup>Die Heilbehandlung muss von einem Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister oder Podologen durchgeführt werden. <sup>4</sup>Das Bundesministerium des Innern kann Höchstbeträge für die Angemessenheit der Aufwendungen für Heilbehandlungen festlegen,
4. Anschaffung (ggf. Miete), Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der vom Arzt schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. <sup>2</sup>Voraussetzungen und Umfang der Beihilfefähigkeit bestimmen sich nach Anlage 3. <sup>3</sup>Dabei kann das Bundesministerium des Innern für einzelne Hilfsmittel Höchstbeträge und Eigenbehalte festlegen,
5. Erste Hilfe,
6. die vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch;

die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), und zwar

- a) allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPflV, § 2 Abs. 2 KHEntgG),
- b) Wahlleistungen (- im Land Brandenburg nicht beihilfefähig -)
  - aa) gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 22 BPflV, §§ 16 und 17 KHEntgG),
  - bb) gesondert berechnete Unterkunft (§ 22 BPflV, §§ 16 und 17 KHEntgG) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich,
  - cc) andere im Zusammenhang damit berechnete Leistungen im Rahmen der Nummern 1 und 2.

<sup>2</sup>Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden, sind die Kosten für Leistungen bis zur Höhe der Aufwendungen für Krankenhäuser der Maximalversorgung beihilfefähig,

7. eine nach ärztlicher Bescheinigung notwendige vorübergehende häusliche Krankenpflege (Grundpflege und hauswirt-

schaftliche Versorgung); die Grundpflege muss überwiegen. <sup>2</sup>Daneben sind Aufwendungen für Behandlungspflege beihilfefähig. <sup>3</sup>Bei einer Pflege durch Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Enkelkinder, Schwiegersöhne, Schwiegertöchter, Schwäger, Schwägerinnen, Schwiegereltern und Geschwister des Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

- a) Fahrtkosten,
- b) eine für die Pflege gewährte Vergütung bis zur Höhe des Ausfalls an Arbeitseinkommen, wenn wegen der Ausübung der Pflege eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben wird; eine an Ehegatten und Eltern des Pflegebedürftigen gewährte Vergütung ist nicht beihilfefähig.

<sup>4</sup>Aufwendungen nach den Sätzen 1 bis 3 sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag),

8. eine Familien- und Haushaltshilfe bis zu 6,00 Euro stündlich, höchstens 36,00 Euro täglich. <sup>2</sup>Voraussetzung ist, dass
  - a) die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung (Nummern 6 und 10 Buchstabe a, §§ 7, 8 und 9 Abs. 7) oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,
  - b) im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Abs. 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
  - c) keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann und
  - d) die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person - ausgenommen Alleinerziehende - nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist.

<sup>3</sup>Dies gilt auch für die ersten sieben Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung. <sup>4</sup>Die Aufwendungen im Todesfall der haushaltführenden Person (Buchstabe a) sind höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig. <sup>5</sup>Nummer 7 Satz 3 gilt entsprechend. <sup>6</sup>Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. <sup>7</sup>Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in Nummer 7 Satz 3 genannten Personen sind - mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten bis zu 36,00 Euro täglich - nicht beihilfefähig,

9. Fahrten
  - a) im Zusammenhang mit Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein ande-



res Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Festsetzungsstelle erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, ausgenommen eine Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubsreise oder anderen privaten Reise,

- b) als Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- c) als Begleitfahrten von Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
- d) zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer vor- oder nachstationären Behandlung, zur Durchführung einer ambulanten Operation oder eines stationärsersetzenden Eingriffs im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht durchführbar ist, wie zu einer stationären Krankenhausbehandlung bis zu einer Höhe von 200,00 Euro,
- e) zu ambulanten Behandlungen in besonderen Ausnahmefällen nach vorheriger Genehmigung der Festsetzungsstelle.

<sup>2</sup>Dabei sind beihilfefähig Fahrtkosten bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel und Kosten einer Gepäckbeförderung. <sup>3</sup>Höhere Fahrtkosten sind nur beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar waren; wurde ein privater Personenkraftwagen benutzt, ist höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 des Bundesreisekostengesetzes genannte Betrag beihilfefähig. <sup>4</sup>Bei Fahrten nach den Buchstaben b und c sind die nach jeweiligem Landesrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

- 10. a) Unterkunft bei notwendigen auswärtigen ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich. <sup>2</sup>Ist eine Begleitperson erforderlich, so sind deren Kosten für Unterkunft ebenfalls bis zum Höchstbetrag von 26,00 Euro täglich beihilfefähig. <sup>3</sup>Die Vorschrift findet bei einer Heilkur oder bei kurähnlichen Maßnahmen keine Anwendung,
  - b) Unterkunft und Verpflegung bei einer ärztlich verordneten Heilbehandlung in einer Einrichtung, die der Betreuung und der Behandlung von Kranken oder Behinderten dient, bis zur Höhe von 5,50 Euro täglich; dies gilt nicht bei Leistungen nach § 9 Abs. 7 oder 9,
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. <sup>2</sup>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,

13. eine künstliche Befruchtung einschließlich der im Zusammenhang damit verordneten Arzneimittel. Die Regelungen des § 27a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle der Krankenkasse die Festsetzungsstelle tritt,

14. eine Sterilisation, die aufgrund einer Krankheit erforderlich ist.

(2) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Untersuchung oder Behandlung nach einer wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methode begrenzen oder ausschließen.

(3) Das Bundesministerium des Innern kann die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für bestimmte ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Leistungen, insbesondere der Kieferorthopädie, vom Vorliegen von Indikationen abhängig machen.

(4) <sup>1</sup>Werden Leistungen nach Absatz 1 Nr. 1 und 3 in Form von ambulanten oder voll- oder teilstationären Komplextherapien erbracht und pauschal berechnet, sind abweichend von § 5 Abs. 1 und § 6 Abs. 1 Nr. 3 die entstandenen Aufwendungen unter den Voraussetzungen und bis zur Höhe der Vergütungen, die von gesetzlichen Krankenkassen oder Rentenversicherungsträgern auf Grund entsprechender Vereinbarungen auf Bundes- oder Landesebene für medizinische Leistungen zu tragen sind, beihilfefähig. <sup>2</sup>Eine Komplextherapie wird von einem berufsgruppenübergreifenden Team von Therapeuten erbracht, dem auch Ärzte, Psychotherapeuten oder Angehörige von Gesundheits- und Medizinalfachberufen im Sinne von Absatz 1 Nr. 3 Satz 3 angehören müssen.

(5) Das Bundesministerium 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.

## § 7

### Beihilfefähige Aufwendungen bei Sanatoriumsbehandlung

(1) <sup>1</sup>Aus Anlass einer Sanatoriumsbehandlung sind beihilfefähig die Aufwendungen

- 1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
- 2. für Unterkunft, Verpflegung und Pflege für höchstens drei Wochen, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich; die Aufwendungen sind beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes des Sanatoriums und unter Minderung nach § 12 Abs. 1. <sup>2</sup>Für

Begleitpersonen schwer behinderter Menschen, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zu 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes des Sanatoriums beihilfefähig; Voraussetzung ist, dass

- a) die Notwendigkeit einer Begleitperson behördlich festgestellt ist und
  - b) die Notwendigkeit ihrer Anwesenheit für eine Erfolg versprechende Behandlung durch das Sanatorium bestätigt wurde,
3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
  4. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,
  5. für den ärztlichen Schlussbericht und
  6. für die An- und Abreise in Höhe von 0,20 Euro je Entfernungskilometer, höchstens bis zu 200 Euro, unabhängig vom benutzten Beförderungsmittel. <sup>4</sup>Die Entfernungskilometer bestimmen sich regelmäßig nach der kürzesten üblicherweise mit einem Kraftfahrzeug zwischen Wohnung und Sanatorium zurückzulegenden Strecke. <sup>5</sup>Außerdem sind bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig.

(2) <sup>1</sup>Die Aufwendungen nach Absatz 1 - ausschließlich Nummer 1 - 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. <sup>2</sup>Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(3) <sup>1</sup>Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. <sup>2</sup>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) mit Dienstbezügen, Amtsbezügen und Beamte mit Anwärterbezügen.

(2) <sup>1</sup>Aus Anlass einer Heilkur sind beihilfefähig die Aufwendungen

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3,
2. für Unterkunft und Verpflegung für höchstens drei Wochen bis zum Betrag von 16,00 Euro täglich, für notwendige Begleitpersonen von schwer behinderten Menschen im Sinne von § 7 Abs. 1 Nr. 2 bis zum Betrag von 13,00 Euro täglich, soweit die Aufwendungen über 12,50 Euro täglich beziehungsweise 10,00 Euro täglich für die Begleitperson hinausgehen,
3. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 mit Ausnahme des Satzes 3,
4. für die Kurtaxe, gegebenenfalls auch für die Begleitperson,
5. für den ärztlichen Schlussbericht und
6. für die An- und Abreise nach § 7 Abs. 1 Nr. 6.

<sup>3</sup>Sofern die Aufwendungen nach den Nummern 1 und 2 pauschal in Rechnung gestellt werden und für diese eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht, ist die Beihilfefähigkeit auf den Pauschalpreis unter Minderung nach § 12 Abs. 1 begrenzt.

(3) <sup>1</sup>Die Aufwendungen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 bis 4 und 6 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 klimatherapeutische 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 Bundesumzugskostengesetzes, ersetzt werden kann,
2. die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vorher anerkannt hat. <sup>2</sup>Diese Anerkennung gilt nur, wenn die Behandlung innerhalb von vier Monaten seit Bekanntgabe des Bescheides begonnen wird.

(4) <sup>1</sup>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 öffent-

lichen Dienst beschäftigt gewesen ist. <sup>2</sup>Eine Beschäftigung gilt nicht als unterbrochen während der Elternzeit und der Beurlaubung nach § 72a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 7 des Bundesbeamtengesetzes oder § 48a Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 Deutsches Richtergesetz 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,

2. wenn im laufenden oder den drei vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig anerkannte Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur durchgeführt und beendet worden ist. <sup>2</sup>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 enthoben 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 enthaltenen Kurort durchgeführt wird; die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein.

(7) <sup>1</sup>Aufwendungen für Müttergenesungskuren oder Mutter-Kind-Kuren in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch als gleichwertig anerkannten Einrichtung, sind nach Maßgabe des Absatzes 2 für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige beihilfefähig. <sup>2</sup>Die Absätze 3 und 4 gelten sinngemäß. <sup>3</sup>Dies gilt auch für Vater-Kind-Maßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen.

## § 9

### Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) <sup>1</sup>Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder stationäre Pflege neben anderen nach § 6 Abs. 1 beihilfefähigen Aufwendungen beihilfefähig. <sup>2</sup>Aufwendungen für Pflegehilfsmittel so-

wie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. <sup>3</sup>Bei in der privaten Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wurde. <sup>4</sup>Bei Personen nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch wird entsprechend Absatz 6 Satz 1 verfahren.

(2) <sup>1</sup>Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. <sup>2</sup>Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

(3) <sup>1</sup>Bei einer häuslichen oder teilstationären Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind entsprechend den Pflegestufen des § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig die Aufwendungen für Pflegebedürftige

1. der Stufe I bis zu dreißig Pflegeeinsätzen monatlich,
2. der Stufe II bis zu sechzig Pflegeeinsätzen monatlich,
3. der Stufe III bis zu neunzig Pflegeeinsätzen monatlich.

<sup>2</sup>Bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand der Stufe III sind auch Aufwendungen für zusätzliche Pflegeeinsätze beihilfefähig, insgesamt höchstens bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1 b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag).

(4) <sup>1</sup>Bei einer häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird eine Pauschalbeihilfe gewährt. <sup>2</sup>Sie richtet sich nach den Pflegestufen des § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch und beträgt monatlich

- |                 |              |
|-----------------|--------------|
| 1. in Stufe I   | 205,00 Euro, |
| 2. in Stufe II  | 410,00 Euro, |
| 3. in Stufe III | 665,00 Euro. |

<sup>3</sup>Ein aus der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften sind anzurechnen. <sup>4</sup>Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen nach Satz 2 zur Hälfte gewährt.

(5) Wird die Pflege teilweise durch Pflegekräfte (Absatz 3) und durch andere geeignete Personen (Absatz 4) erbracht, wird die Beihilfe nach Absatz 3 und 4 anteilig gewährt.

(6) <sup>1</sup>Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in den Fällen des Absatzes 3 in wertmäßig gleicher Höhe ei-

ne Beihilfe gewährt; § 5 Abs. 3 und § 14 sind hierbei nicht anzuwenden. <sup>3</sup>Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des Absatzes 3 beihilfefähig.

(7) <sup>1</sup>Bei stationärer Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen (§ 84 Abs. 2 Satz 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch) beihilfefähig. <sup>2</sup>Beihilfefähig sind pflegebedingte Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Pauschalbetrag von monatlich

1. 1023,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe I,
2. 1279,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe II,
3. 1432,00 Euro für Pflegebedürftige der Pflegestufe III,
4. 1688,00 Euro für Pflegebedürftige, die nach § 43 Abs. 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch als Härtefall anerkannt sind.

Absatz 6 Satz 1 gilt entsprechend. <sup>4</sup>Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt, es sei denn, dass sie einen Eigenanteil des Einkommens nach Satz 6 übersteigen. <sup>5</sup>Einkommen sind die Dienst- und Versorgungsbezüge (ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag) nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sowie die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten einschließlich dessen laufenden Erwerbseinkommens. <sup>6</sup>Der Eigenanteil beträgt

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einkommen bis zur Höhe des Endgehaltes der Besoldungsgruppe A 9 Bundesbesoldungsgesetz
  - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 vom Hundert des Einkommens,
  - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 vom Hundert des Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höherem Einkommen
  - a) mit einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 vom Hundert des Einkommens,
  - b) mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 vom Hundert des Einkommens,
3. bei allein stehenden Beihilfeberechtigten und bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 vom Hundert des Einkommens.

<sup>7</sup>Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

(8) <sup>1</sup>Die Festsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das

zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt. <sup>2</sup>Bei Versicherten der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist auf Grund des für die Versicherung erstellten Gutachtens zu entscheiden. <sup>3</sup>In anderen Fällen bedarf es eines amts- oder vertrauensärztlichen Gutachtens. <sup>4</sup>Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

(9) <sup>1</sup>Aufwendungen für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4 Elftes Buch Sozialgesetzbuch), sind nach Art und Umfang des § 43a Elftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig. <sup>2</sup>Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt Absatz 6 entsprechend.

#### § 9a

#### **Beihilfefähige Aufwendungen in Hospizen**

<sup>1</sup>Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben Anspruch auf Beihilfe zu den Aufwendungen stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im eigenen Haushalt oder in der Familie nicht erbracht werden kann. <sup>2</sup>Die Aufwendungen sind nach Maßgabe einer ärztlichen Bescheinigung beihilfefähig für die Versorgung (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) in Hospizen im Sinne des § 39a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, jedoch höchstens bis zur Höhe des Zuschusses, den die gesetzliche Krankenversicherung erbringt. <sup>3</sup>Darüber hinaus können Leistungen nach § 9 erbracht werden, sofern die zuständige Pflegekasse anteilig Leistungen erbringt. <sup>4</sup>Die Beihilfe ist insoweit zu mindern, als unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten überschritten werden.

#### § 10

#### **Beihilfefähige Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen**

(1) <sup>1</sup>Aus Anlass von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten sind nach Maßgabe der hierzu ergangenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen 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 Kindern und Jugendlichen die Kosten für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu zwölf Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann (Toleranzgrenze),



3. bei Frauen vom Beginn des zwanzigsten, bei Männern vom Beginn des fünfundvierzigsten Lebensjahres an die Kosten für jährlich eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,
4. 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. <sup>2</sup>Diese Aufwendungen sind jedes zweite Jahr beihilfefähig.

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

(3) Beihilfefähig sind Aufwendungen für amtlich empfohlene Schutzimpfungen, jedoch nicht anlässlich privater Reisen in Gebiete außerhalb der Europäischen Union.

#### § 11

##### Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt

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 und den Entbindungspfleger,
4. für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei Hausentbindung oder ambulanter 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 3 ist anzuwenden,
4. entsprechend § 6 Abs. 1 Nr. 6 für das Kind.

[Absatz 2 ist aufgehoben]

#### § 12

##### Eigenbehalte, Belastungsgrenzen

(1) <sup>1</sup>Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich

1. um zehn vom Hundert der Kosten, mindestens um fünf Euro, höchstens um zehn Euro, jeweils um nicht mehr als die tatsächlichen Kosten bei
  - a) Arznei- und Verbandmitteln im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 2,
  - b) Hilfsmitteln im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 4, bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln höchstens um zehn Euro für den Monatsbedarf je Indikation,
  - c) Fahrtkosten im Sinne von § 6 Abs. 1 Nr. 9,

2. um zehn Euro je Kalendertag bei

- a) vollstationären Krankenhausleistungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 Satz 1 Buchstabe a und Satz 2 und im unmittelbaren Anschluss oder engen zeitlichen Zusammenhang an vollstationäre Krankenhausleistungen durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr,
- b) Aufwendungen nach § 7 Abs. 1 Nr. 2,
- c) Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Satz 2,

3. um zehn vom Hundert der Kosten und zehn Euro je Verordnung für die ersten 28 Tage der Inanspruchnahme bei häuslicher Krankenpflege nach § 6 Abs. 1 Nr. 7.

<sup>2</sup>Die Beihilfe mindert sich um einen Betrag von 10 Euro je Kalendervierteljahr je Beihilfeberechtigten und je berücksichtigungsfähigen Angehörigen für jede erste Inanspruchnahme von ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen; dies gilt nicht für Aufwendungen nach Satz 3.

<sup>3</sup>Beträge nach Satz 1 und 2 sind nicht abzuziehen bei Aufwendungen für

- a) Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, ausgenommen Fahrten nach § 6 Abs. 1 Nr. 9,
- b) Schwangere im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung,
- c) ambulante ärztliche und zahnärztliche Vorsorgeleistungen sowie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten,
- d) Leistungen, soweit nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 und 4 vom Bundesministerium des Innern beihilfefähige Höchstbeträge festgesetzt worden sind.

(2) <sup>1</sup>Beträge nach Absatz 1 sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Beihilfeberechtigten und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. <sup>2</sup>Diese beträgt

- a) zwei vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 5;
- b) für chronisch Kranke, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, eins vom Hundert des jährlichen Einkommens im Sinne von § 9 Abs. 7 Satz 5.

<sup>3</sup>Die Abzugsbeträge gelten mit dem Datum des Entstehens der Aufwendungen als erbracht. <sup>4</sup>Das Einkommen des Ehegatten wird nicht berücksichtigt, wenn dieser Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder selbst beihilfeberechtigt ist. <sup>5</sup>Das Einkommen vermindert sich bei verheirateten Beihilfeberechtigten um 15 vom Hundert und für jedes Kind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des Einkommensteuergesetzes ergebenden Betrag. <sup>6</sup>Maßgebend für die Feststellung der Belastungsgrenze ist jeweils das jährliche Einkommen des vorangegangenen Kalenderjahres.

(3) Das Bundesministerium des Innern kann für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die sich besonders gesundheitsbewusst verhalten, indem sie regelmäßig an Vorsorgeprogrammen, Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und dergleichen teilnehmen, geringere als in Absatz 1 vorgesehene Abzugsbeträge festlegen.



§ 13

**Beihilfefähige, außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen**

(1) <sup>1</sup>Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn es sich um Aufwendungen nach § 6 und §§ 9 bis 11 handelt, und nur insoweit und bis zu der Höhe, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland beim Verbleiben am Wohnort entstanden und beihilfefähig gewesen wären. <sup>2</sup>Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für den Kostenvergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, kann die Festsetzungsstelle im Rahmen des Satzes 1 nach billigem Ermessen die Angemessenheit der Aufwendungen feststellen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Bescheinigung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt. <sup>3</sup>Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen einschließlich stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt.

(2) <sup>1</sup>Aufwendungen nach Absatz 1 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig, wenn

1. 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. die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise anerkannt worden ist. <sup>2</sup>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. <sup>3</sup>Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen, die im Zusammenhang mit einer Kur oder ähnlichen Maßnahmen entstehen, ist nach Maßgabe der Absätze 1 und 3 zulässig,
3. sie für ärztliche und zahnärztliche Leistungen 550,00 Euro je Krankheitsfall nicht übersteigen oder bei in der Nähe der deutschen Grenze wohnenden Personen aus akutem Anlass das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden muss.

(3) <sup>1</sup>Aus Anlass stationärer oder ambulanter Maßnahmen im Sinne von § 7 Abs. 1 und § 8 Abs. 2 außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind ausnahmsweise beihilfefähig, wenn bei Antritt der Reise

1. bei ambulanten Heilkuren der Kurort im Heilkurortverzeichnis Ausland aufgeführt ist, die Voraussetzungen des § 8 vorliegen und
2. bei Maßnahmen außerhalb der Europäischen Union durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten nachgewiesen ist, dass die Maßnahme wegen der wesentlich größeren Erfolgsaussicht außerhalb der Europäischen Union zwingend notwendig ist.

<sup>2</sup>Die Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1, 3, 5 und Satz 2 sind ohne Beschränkung auf die Kosten in der Bundesrepublik Deutschland beihilfefähig. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

[Absatz 4 ist aufgehoben]

§ 14

**Bemessung der Beihilfen**

(1) <sup>1</sup>Die Beihilfe bemisst sich nach einem Vomhundertsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). <sup>2</sup>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.

<sup>3</sup>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 kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden. <sup>4</sup>Satz 2 Nr. 2 gilt auch für den entpflichteten Hochschullehrer, dem auf Grund einer weiteren Beihilfeberechtigung nach § 2 Abs. 1 Nr. 2, die jedoch gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 2 nachrangig ist, ein Bemessungssatz von 70 vom Hundert zustehen würde.

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

1. nach § 6 Abs. 1 Nr. 8 als Aufwendungen der jüngsten verbleibenden Person,
2. einer Begleitperson als Aufwendungen des Begleiteten,
3. nach § 11 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 als Aufwendungen der Mutter,
4. nach § 11 Abs. 1 Nr. 5 für das gesunde Neugeborene als Aufwendungen der Mutter.

[Nr. 5 ist aufgehoben]

(3) <sup>1</sup>Für beihilfefähige Aufwendungen, für die trotz ausreichender und rechtzeitiger Versicherung wegen angeborener Leiden oder bestimmter Krankheiten auf Grund 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. <sup>2</sup>Ab 1. Juli 1994 gilt Satz 1 nur, wenn das Versicherungsunternehmen die Bedingungen nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 1 bis 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch erfüllt.

(4) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Dies gilt nicht, wenn sich der Beitrag nach der Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes bemisst (§ 240 Abs. 3a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch), oder wenn ein Zuschuss, Arbeitgeberanteil oder dergleichen von mindestens 21,00 Euro monatlich zum Krankenkassenbeitrag gewährt wird.

(5) <sup>1</sup>Für beihilfefähige Aufwendungen der in § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 bezeichneten Personen, zu deren Beiträgen für eine private Krankenversicherung ein Zuschuss auf Grund von Rechtsvorschriften oder eines Beschäftigungsverhältnisses mindestens in Höhe von 41,00 Euro monatlich gewährt wird, ermäßigt sich der Bemessungssatz für den Zuschussempfänger um 20 vom Hundert. <sup>2</sup>Beiträge für Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben außer Betracht.

(6) <sup>1</sup>Die oberste Dienstbehörde kann den Bemessungssatz erhöhen

1. für Aufwendungen infolge einer Dienstbeschädigung,
2. im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern in besonderen Ausnahmefällen, die nur bei Anlegung des strengsten Maßstabes anzunehmen sind. Eine Erhöhung ist ausgeschlossen in Fällen des § 9.

<sup>2</sup>Die oberste Dienstbehörde kann die Zuständigkeit nach Satz 1 auf eine andere Behörde übertragen.

## § 15

### Begrenzung der Beihilfen

(1) <sup>1</sup>Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. <sup>2</sup>Hierbei bleiben Leistungen aus Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld-, Pflegerentenzusatz- und Pflegerentenversicherungen - soweit diese nicht der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 22 Elftes Buch Sozialgesetzbuch dienen - unberücksichtigt. <sup>3</sup>Dem Grunde nach beihilfefähig sind die in den §§ 6 bis 13 genannten Aufwendungen in tatsächlicher Höhe, für die im Einzelfall eine Beihilfe gewährt wird. *[Satz 4 ist aufgehoben]*

(2) <sup>1</sup>Die in Absatz 1 bezeichneten Leistungen sind durch Belege nachzuweisen. <sup>2</sup>Soweit Leistungen aus einer Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nachweislich nach einem Vorphundertatz bemessen werden, ist ein Einzelnachweis nicht erforderlich. <sup>3</sup>In diesem Fall wird die Leistung der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung nach diesem Vorphundertatz von dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen errechnet. <sup>4</sup>Der Summe der mit einem Antrag geltend gemachten Aufwendungen ist die Summe der hierauf entfallenden Versicherungsleistungen gegenüberzustellen; Aufwendungen nach §§ 8, 9 werden getrennt abgerechnet.

(3) <sup>1</sup>Die Festsetzungsstelle kann mit Personen oder Einrichtungen, die Leistungen erbringen oder Rechnungen ausstellen, mit Versicherungen und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen Verträge über Beihilfeangelegenheiten abschließen, wenn dies im Interesse einer wirtschaftlicheren Krankenfürsorge liegt. <sup>2</sup>Dabei sollen auch feste Preise vereinbart werden, die deutlich unter den maßgeblichen Gebührensätzen und Höchstbeträgen liegen.

## § 16

### Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten

(1) <sup>1</sup>Der hinterbliebene Ehegatte, die leiblichen Kinder und Adoptivkinder eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten Beihilfen zu den bis zu dessen Tod entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen. <sup>2</sup>Die Beihilfe bemisst sich nach den Verhältnissen am Tage vor dem Tod. <sup>3</sup>Die Beihilfe wird demjenigen gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt.

(2) <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Sind diese Personen Erben des Beihilfeberechtigten, erhalten sie eine Beihilfe auch zu Aufwendungen des Erblassers, die von diesem bezahlt worden sind. *[Absatz 2 Satz 3 ist aufgehoben]*

## § 17

### Verfahren

(1) <sup>1</sup>Beihilfe wird auf schriftlichen Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt. <sup>2</sup>Es sind die vom Bundesministerium des Innern herausgegebenen Formblätter zu verwenden; zulässig sind auch amtliche EDV-Ausdrucke.

(2) <sup>1</sup>Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200,00 Euro betragen. <sup>2</sup>Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, kann abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe gewährt werden, wenn diese Aufwendungen 15,00 Euro übersteigen.

(3) <sup>1</sup>Beihilfen werden nur zu den Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. <sup>2</sup>Verordnete Arzneimittel müssen auf dem Rezept eine Pharmazentralnummer aufweisen, es sei denn, die Arzneimittel sind im Ausland gekauft worden. <sup>3</sup>Würden mehreren Beihilfeberechtigten zu denselben Aufwendungen Beihilfen zustehen, wird eine Beihilfe nur dem gewährt, der die Originalbelege zuerst vorlegt; dies gilt auch für die Gewährung von Beihilfen zu Aufwendungen für Halbwaisen.

(4) <sup>1</sup>Die Beihilfeanträge sind unter Beifügung der Belege der Festsetzungsstelle vorzulegen. <sup>2</sup>Die bei der Bearbeitung der Beihilfen bekannt gewordenen Angelegenheiten sind geheim zu halten. <sup>3</sup>Sie dürfen nur für den Zweck verwandt werden, für den sie bekannt gegeben sind, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Berechtigung oder Verpflichtung zur Offenbarung oder der Beihilfeberechtigte oder der Angehörige ist damit schriftlich einverstanden.

(5) <sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>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) 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.

(9) <sup>1</sup>Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. <sup>2</sup>Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen nach § 9 Abs. 4 Satz 2 der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde, und bei Aufwendungen nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 der Tag der Beendigung der Heilkur maßgebend. <sup>3</sup>Hat ein Sozialhilfeträger vorgeleistet, beginnt die Frist mit dem Ersten des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Sozialhilfeträger die Aufwendungen bezahlt.

## § 18

### Übergangs- und Schlussvorschriften

(1) <sup>\*)</sup>Auf die im Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens 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) <sup>\*)</sup>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 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) Das Bundesministerium des Innern regelt nach Anhörung des Auswärtigen Amtes, mit welchen Abweichungen diese Verwaltungsvorschriften auf die in das Ausland abgeordneten Beamten und die Beamten mit dienstlichem Wohnsitz im Ausland anzuwenden sind.

(6) Diese Verwaltungsvorschriften gelten nicht für die Deutsche Bundesbahn und diejenigen Beamten des Bundeseisenbahnvermögens, die zum Zeitpunkt der Zusammenführung der Deutschen Bundesbahn und der Deutschen Reichsbahn Beamte der Deutschen Bundesbahn waren.

(7) Die Bundesanstalt für Post und Telekommunikation Deutsche Bundespost kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium des Innern für die A-Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse besondere Vorschriften erlassen.

<sup>\*)</sup> durch Zeitablauf gegenstandslos

<sup>\*)</sup> durch Zeitablauf gegenstandslos

**Anlage 1**  
(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

**Ambulant durchgeführte psychotherapeutische  
Behandlungen und Maßnahmen der  
psychosomatischen Grundversorgung**

1 Allgemeines

1.1 <sup>1</sup>Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV sind Aufwendungen für ambulante psychotherapeutische Leistungen mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren nach den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nach Maßgabe der folgenden Nummern 2 bis 4 beihilfefähig.

<sup>2</sup>Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen im Rahmen einer stationären Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung wird hierdurch nicht eingeschränkt.

1.2 <sup>1</sup>Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben. <sup>2</sup>Deshalb sind Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung (z. B. zur Berufsförderung oder zur Erziehungsberatung) bestimmt sind, nicht beihilfefähig.

1.3 Gleichzeitige Behandlungen nach den Nummern 2, 3 und 4 schließen sich aus.

2 Tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie

2.1 <sup>1</sup>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

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- beim Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese, gegebenenfalls 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.

<sup>2</sup>Die Aufwendungen für die biographische Anamnese (Nummer 860 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ)

und höchstens fünf probatorische Sitzungen sind beihilfefähig. <sup>3</sup>Dies gilt auch dann, wenn sich eine psychotherapeutische Behandlung als nicht notwendig erweist.

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, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- 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 <sup>1</sup>Die Aufwendungen für eine Behandlung sind je Krankheitsfall nur in folgendem Umfang beihilfefähig:

2.3.1 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. <sup>2</sup>Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer von höchstens 20 Sitzungen anerkannt werden. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere tiefenpsychologisch fundierte Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. <sup>4</sup>Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.2 bei analytischer Psychotherapie 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach jeweils einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung ent-



sprechend Nummer 2.1 weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 80 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 40 Doppelstunden. <sup>2</sup>Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. <sup>4</sup>Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.3 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Kindern 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 Doppelstunden, darüber hinaus nach einer erneuten eingehenden Begründung des Therapeuten und der vorherigen Anerkennung entsprechend Nummer 2.1 weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden; in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 30 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 15 Doppelstunden. <sup>2</sup>Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. <sup>4</sup>Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.4 bei tiefenpsychologisch fundierter oder analytischer Psychotherapie von Jugendlichen 70 Stunden, bei Gruppenbehandlung 40 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, in besonderen Ausnahmefällen nochmals weitere 50 Stunden, bei Gruppenbehandlung weitere 20 Doppelstunden. <sup>2</sup>Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl noch nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Einzelfällen eine weitere begrenzte Behandlungsdauer anerkannt werden. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 2.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere analytische Bearbeitung erfordert und eine hinreichende Prognose über das Erreichen des Behandlungszieles erlaubt. <sup>4</sup>Die Anerkennung, die erst im letzten Behandlungsabschnitt erfolgen darf, erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters;

2.3.5 bei einer die tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen begleitenden Einbeziehung ihrer Bezugspersonen in der Regel im Verhältnis 1 zu 4. <sup>2</sup>Abweichungen bedürfen der Begründung. <sup>3</sup>Bei Vermehrung der Begleittherapie sind die Leistungen bei den Leistungen für das Kind oder den Jugendlichen abzuziehen.

2.4.1 <sup>1</sup>Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ oder „Psychoanalyse“ sein. <sup>2</sup>Ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder für Psychiatrie und Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie ein Arzt mit der Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann nur tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Nummern 860 bis 862 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen. <sup>3</sup>Ein Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ oder mit der vor dem 1. April 1984 verliehenen Bereichsbezeichnung „Psychotherapie“ kann auch analytische Psychotherapie (Nummern 863, 864 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) erbringen.

2.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz - PsychThG - kann Leistungen für diejenige anerkannte Psychotherapieform erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

2.4.2.2 <sup>1</sup>Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.

<sup>2</sup>Ein Psychologischer Psychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. <sup>3</sup>Ein Psychologischer Psychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

2.4.3.1 Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Leistungen für



diejenige Psychotherapieform bei Kindern und Jugendlichen erbringen, für die er eine vertiefte Ausbildung erfahren hat (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie).

2.4.3.2 <sup>1</sup>Wird die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er

- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
- in das Arztregister eingetragen sein oder
- über eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügen.

<sup>2</sup>Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut kann nur Leistungen für diejenige Psychotherapieform (tiefenpsychologisch fundierte und/oder analytische Psychotherapie) erbringen, für die er zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder in das Arztregister eingetragen ist. <sup>3</sup>Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, der über eine abgeschlossene Ausbildung an einem anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verfügt, kann tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie erbringen (Nummern 860, 861 und 863 GOÄ).

2.4.4 <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

<sup>2</sup>Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 2.4.1, 2.4.2.1 oder 2.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

2.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).

3 Verhaltenstherapie

3.1 <sup>1</sup>Aufwendungen für eine Verhaltenstherapie nach den Nummern 870 und 871 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind nur dann beihilfefähig, wenn

- die vorgenommene Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist, dient und
- beim Patienten nach Erstellen einer Verhaltensanalyse und gegebenenfalls 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.

<sup>2</sup>Die Aufwendungen für höchstens fünf probatorische Sitzungen einschließlich des Erstellens der Verhaltensanalyse sind beihilfefähig. <sup>3</sup>Dies gilt auch dann, wenn sich die Verhaltenstherapie als nicht notwendig erweist.

<sup>4</sup>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 50-minütiger Dauer nicht mehr als zehn Sitzungen sowie bei Gruppenbehandlung bei je mindestens 100-minütiger Dauer nicht mehr als 20 Sitzungen erfordert. <sup>5</sup>Muss in besonders begründeten Ausnahmefällen die Behandlung über die festgestellte Zahl dieser Sitzungen hinaus verlängert werden, ist die Festsetzungsstelle hiervon unverzüglich zu unterrichten. <sup>6</sup>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.

3.2 Indikationen zur Anwendung der Verhaltenstherapie sind nur:

- psychoneurotische Störungen (z. B. Angstneurosen, Phobien),
- vegetativ-funktionelle Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie,
- Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz,
- 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),
- seelische Behinderung aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände, in Ausnahmefällen seelische Behinderungen, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen,

- seelische Behinderung als Folge psychotischer Erkrankungen, die einen Ansatz für spezifische verhaltenstherapeutische Interventionen - besonders auch im Hinblick auf die Reduktion von Risikofaktoren für den Ausbruch neuer psychotischer Episoden - erkennen lassen.
- 3.3 <sup>1</sup>Die Aufwendungen für eine Behandlung sind nur in dem Umfang beihilfefähig, wie 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.
- <sup>2</sup>Bei Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen und einer Dauer von mindestens 100 Minuten sind die Aufwendungen für 40 Sitzungen beihilfefähig. <sup>3</sup>Zeigt sich bei der Therapie, dass das Behandlungsziel innerhalb der Stundenzahl nicht erreicht wird, kann in medizinisch besonders begründeten Fällen eine weitere Behandlungsdauer von höchstens 40 weiteren Sitzungen anerkannt werden. <sup>4</sup>Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen einer Erkrankung nach Nummer 3.2, die nach ihrer besonderen Symptomatik und Struktur eine besondere Bearbeitung erfordert und eine hinreichend gesicherte Prognose über das Erreichen des Behandlungsziels erlaubt. <sup>5</sup>Die Anerkennung erfordert eine Stellungnahme eines vertrauensärztlichen Gutachters.
- 3.4.1 <sup>1</sup>Wird die Behandlung durch einen ärztlichen Psychotherapeuten durchgeführt, muss dieser Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Arzt mit der Bereichs- oder Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ sein. <sup>2</sup>Ärztliche Psychotherapeuten können die Behandlung durchführen, wenn sie den Nachweis erbringen, dass sie während ihrer Weiterbildung schwerpunktmäßig Kenntnisse und Erfahrungen in Verhaltenstherapie erworben haben.
- 3.4.2.1 Ein Psychologischer Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 PsychThG kann Verhaltenstherapie erbringen, wenn er dafür eine vertiefte Ausbildung erfahren hat.
- 3.4.2.2 Wird die Behandlung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer Approbation nach § 12 PsychThG durchgeführt, muss er
- zur vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen oder
  - in das Arztregister eingetragen sein oder
  - über eine abgeschlossene Ausbildung in Verhaltenstherapie an einem bis zum 31. Dezember 1998 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannten verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstitut verfügen.
- 3.4.3 <sup>1</sup>Die fachliche Befähigung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- <sup>2</sup>Die fachliche Befähigung für Gruppenbehandlungen ist, sofern die Behandlung nicht durch einen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erfolgt, neben der Berechtigung nach den Nummern 3.4.1, 3.4.2.1 oder 3.4.2.2, durch eine entsprechende Berechtigung einer Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
- 3.5 Erfolgt die Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, muss spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor der Begutachtung von einem Arzt der Nachweis einer somatischen (organischen) Abklärung erbracht werden (Konsiliarbericht).
- 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, Jacobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose).
- 4.1 <sup>1</sup>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 25 Sitzungen;
  - bei autogenem Training und bei der Jacobsonschen Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung zwölf Sitzungen;
  - bei Hypnose als Einzelbehandlung zwölf Sitzungen.
- <sup>2</sup>Neben den Aufwendungen für eine verbale Intervention im Rahmen der Nummer 849 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind Aufwendungen für körperbezogene Leistungen des Arztes beihilfefähig.
- 4.2 Aufwendungen für eine verbale Intervention sind ferner nur beihilfefähig, wenn die Behandlung von einem Facharzt für Allgemeinmedizin (auch praktischer Arzt), Facharzt für Augenheilkunde, Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Kinderheilkunde, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie,

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin oder Facharzt für 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, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, soweit dieser über entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen in der Anwendung übender und suggestiver Verfahren verfügt.

4.4 <sup>1</sup>Eine verbale Intervention kann nicht mit übenden und suggestiven Verfahren in derselben Sitzung durchgeführt werden. <sup>2</sup>Autogenes Training, Jacobsonsche Relaxationstherapie und Hypnose können während eines Krankheitsfalles nicht nebeneinander durchgeführt werden.

5 Nicht beihilfefähige Behandlungsverfahren

<sup>1</sup>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, Heileurhythmie, Psychodrama, respiratorisches Biofeedback, Transaktionsanalyse, neuropsychologische Behandlung.

<sup>2</sup>Katathymes Bilderleben ist nur im Rahmen eines übergeordneten tiefenpsychologischen Therapiekonzepts beihilfefähig.

<sup>3</sup>Rational Emotive Therapie ist nur im Rahmen eines umfassenden verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzepts beihilfefähig.

## Anlage 2

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV)

### Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen

Im Rahmen des § 6 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 3 sind Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den folgenden Maßgaben beihilfefähig.

#### 1. Zahntechnische Leistungen

Die bei einer zahnärztlichen Behandlung nach den Abschnitten C Nummern 213 bis 232, F und K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte entstandenen Aufwendungen für zahntechnische Leistungen, Edelmetalle und Keramik - außer Glaskeramik, nach Nummer 7 Buchstabe b - sind zu 40 vom Hundert beihilfefähig.

#### 2. Kieferorthopädische Leistungen

Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen sind beihilfefähig, wenn

- die behandelte Person bei Behandlungsbeginn das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat; die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern,
- ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wird.

#### 3. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

<sup>1</sup>Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur beihilfefähig bei Vorliegen folgender Indikationen:

- Kiefergelenk- und Muskelerkrankungen (Myoarthropathien),
- Zahnbetterkrankungen - Parodontopathien -,
- umfangreiche Gebiss-Sanierung, 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,
- umfangreiche kieferorthopädische Maßnahmen.

<sup>2</sup>Außerdem ist der erhobene Befund mit dem nach Nummer 800 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte vorgeschriebenen Formblatt zu belegen.

#### 4. Implantologische Leistungen

<sup>1</sup>Aufwendungen für implantologische Leistungen einschließlich aller damit verbundenen weiteren zahnärztlichen Leistungen sind nur bei Vorliegen einer der folgenden Indikationen beihilfefähig:

- a) Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
- b) Frendlücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,
- c) Fixierung einer Totalprothese.

<sup>2</sup>Aufwendungen für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Einzelzahnücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen beihilfefähig; Aufwendungen für mehr als vier Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

#### 5. Aufwendungen für große Brücken und Verbindungselemente

<sup>1</sup>Für große Brücken sind die Aufwendungen für bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer oder bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahngebiet beihilfefähig. <sup>2</sup>Für Verbindungselemente sind die Aufwendungen für bis zu zwei Verbindungselementen, bei einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen

bis zu drei Verbindungselementen, je Kiefer bei Kombinationsversorgungen, beihilfefähig.

<sup>3</sup>Werden durch mehrere Einzelbrücken je Kiefer im Einzelnen nicht mehr als drei beziehungsweise vier fehlende Zähne, insgesamt aber mehr als vier fehlende Zähne ersetzt, sind die Aufwendungen beihilfefähig.

6. Wartezeit für Beamte auf Widerruf

<sup>1</sup>Aufwendungen für prothetische Leistungen (Abschnitt F des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), Inlays und Zahnkronen (Abschnitt C Nummern 214 bis 217, 220 bis 224 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sowie implantologische Leistungen (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind für Beamte auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht beihilfefähig. <sup>2</sup>Dies gilt nicht, wenn die Leistungen auf einem Unfall beruhen, der während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetreten ist. <sup>3</sup>Dies gilt ferner nicht, wenn der Beihilfeberechtigte zuvor drei oder mehr Jahre ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt gewesen ist.

7. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für

- a) Leistungen, die auf der Grundlage einer Vereinbarung nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung für Zahnärzte erbracht werden,
- b) Glaskeramik einschließlich der anfallenden Nebenkosten, wie Charakterisierung.

**Anlage 3**

(zu § 6 Abs. 1 Nr. 4 BhV)

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

- 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/-sitzkoffer (Nielsen)/-stuhl  
 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, Polyarthrititis)  
 Badewannenverkürzer  
 Ballspritze  
 Behinderten-Dreirad  
 Bestrahlungsmaske für ambulante Strahlentherapie  
 Bettnässer-Weckgerät  
 Beugebandage  
 Billroth-Batist-Lätzchen  
 Blasenfistelbandage  
 Blindenführhund (einschl. Geschirr, Hundeleine, Halsband, Maulkorb)  
 Blindenleitgerät (Ultraschallbrille, Ultraschall-Leitgerät)  
 Blindenschriftmaschine  
 Blindenstock/-langstock/-taststock  
 Blutlanzette  
 Blutzuckermessgerät  
 Bracelet  
 Bruchband

Klosett-Matratze (im häuslichen Bereich bei dauernder Bettlägerigkeit und bestehender Inkontinenz)  
 Communicator (bei dysarthrischen Sprachstörungen)

Dekubitus-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 Querschnittgelähmten  
 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

- Gehgipsgalosche  
 Gehhilfen und -übungsgeräte  
 Gerät zur Behandlung mit elektromagnetischen Wechsel-  
 feldern bei atropher Pseudoarthrose, Endoprothesenlocke-  
 rung, idiopathischer Hüftnekrose und verzögerter Kno-  
 chenbruchheilung (in Verbindung mit einer sachgerechten  
 chirurgischen Therapie)  
 Gerät zur Behandlung von muskulären Inaktivitätsatro-  
 phien  
 Gerät zur Elektrostimulationsbehandlung der idiopathi-  
 schen 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, Taschengerate, Hörbrillen, C.R.O.S.-Ge-  
 räte, Infrarot-Kinnbügel-Hörer, drahtlose Hörhilfe, Oto-  
 plastik; IdO-Geräte bis zur Höhe der Kosten von HdO-Ge-  
 räten)  
 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 (Insulindosierge-  
 rät, -pumpe, -injektor)  
 Ipos-Redressions-Korrektur-Schühchen  
 Ipos-Vorfußentlastungsschuh
- 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 einschl. Zubehör  
 Kompressionsstrümpfe/-strumpf hose  
 Koordinator nach Schielbehandlung  
 Kopfring mit Stab, Kopfschreiber  
 Kopfschützer  
 Krabber für Spastiker  
 Krampfaderbinde  
 Krankenfahrstuhl mit Zubehör  
 Krankenstock
- Kreuzstützbandage  
 Krücke
- Latextrichter bei Querschnittlähmung  
 Leibbinde, jedoch nicht: Nieren-, Flanell- und Wärmeleib-  
 binden  
 Lesegeräte für Blinde/Optacon, computergesteuerte Lese-  
 geräte mit Sprachausgabe als offene Systeme hinsichtlich  
 behindertengerechter Mehraufwendungen  
 Lesehilfen (Leseständer, Blattwendestab, Blattwendege-  
 rät, Blattlesegerät, Auflagegestell)  
 Lichtsignalanlage für Gehörlose und hochgradig Schwer-  
 hörige  
 Lifter (Krankenlifter, Multilift, Bad-Helfer, Krankenheber,  
 Badewannenlifter)  
 Lispelsonde
- Mangoldsche Schnürbandage  
 Maßschuhe, orthopädische, die nicht serienmäßig herstell-  
 bar sind, soweit die Aufwendungen 64,00 Euro übersteigen  
 Milchpumpe  
 Mundsperrer  
 Mundstab/-greifstab
- Narbenschützer
- Orthese, Orthoprothese, Korrekturschienen, Korsetts u. Ä.,  
 auch Haltemanschetten usw.  
 Orthonyxie-Nagelkorrekturspange  
 Orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen
- Pavlikbandage  
 Penisklemme  
 Peronausschiene, Heidelberger Winkel  
 Pflegebett in behindertengerechter Ausrüstung  
 Polarimeter
- Quengelschiene
- Reflektometer  
 Rektophor  
 Rollbrett  
 Rutschbrett
- Schaumstoff-Therapie-Schuhe, soweit die Aufwendungen  
 64,00 Euro 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

(Talocrur) Sprunggelenkmanschette nach Dr. Grisar  
 Teleskoprampe  
 Tinnitus-Masker, auch in Kombination mit Hörgeräten  
 Toilettenhilfen bei Schwerbehinderten  
 Tracheostomaversorgungsartikel, auch Wasserschutzgerät  
 (Larchel)  
 Tragegurtsitz

Übungsschiene  
 Urinale  
 Urostomie-Beutel

Vibrationstrainer bei Taubheit

Wasserfeste Gehhilfe  
 Wechseldruckgerät  
 Wright-Peak-Flow-Meter

Zyklomat-Hormon-Pumpe und Set.

2. Mieten für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sind beihilfefähig, soweit sie nicht höher als die entsprechenden Anschaffungskosten sind und sich dadurch eine Anschaffung erübrigt.
3. 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 erfolgt.
4. Aufwendungen für Reparaturen der Hilfsmittel und Geräte sind stets ohne ärztliche Verordnung beihilfefähig.
5. <sup>1</sup>Die innerhalb eines Kalenderjahres über 100,00 Euro hinausgehenden Aufwendungen für Betrieb und Unterhaltung der Hilfsmittel und Geräte sind beihilfefähig. <sup>2</sup>Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte von Personen, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, und für Pflege- und Reinigungsmittel für Kontaktlinsen.
6. Aufwendungen für Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie sind beihilfefähig.
7. <sup>1</sup>Aufwendungen für ärztlich verordnete Perücken sind bis zum Betrag von 512,00 Euro beihilfefähig, wenn ein krankhafter entstellender Haarausfall (z. B. Alopecia areata), eine erhebliche Verunstaltung (z. B. infolge Schädelverletzung) oder ein totaler oder weitgehender Haarausfall vorliegt. <sup>2</sup>Die Aufwendungen für eine Zweitperücke sind nur beihilfefähig, wenn eine Perücke voraussichtlich länger als ein Jahr getragen werden muss. <sup>3</sup>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.

8. Aufwendungen für Erektionshilfen sind nicht beihilfefähig.
9. Zu den Hilfsmitteln gehören nicht Gegenstände, die nicht notwendig und angemessen (§ 5 Abs. 1), von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis (§ 6 Abs. 4 Nr. 3) sind oder der allgemeinen Lebenshaltung unterliegen, insbesondere:

Adimed-Stabil-Schuhe und vergleichbares Schuhwerk  
 Adju-Set/-Sano  
 Angorawäsche  
 Aqua-Therapie-Hose  
 Arbeitsplatte zum Rollstuhl  
 Augenheizkissen  
 Autofahrerrückenstütze  
 Autokindersitz  
 Autokofferraumlifter  
 Autolifter

Badewannengleitschutz/-kopfstütze/-matte  
 Bandagen (soweit nicht unter Nummer 1 aufgeführt)  
 Basalthermometer  
 Basisrampe  
 Bauchgurt  
 Behindertenstuhl „eibe“  
 Berkemannsandalen  
 Bestrahlungsgeräte/-lampen 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 (z. B. LARK, Graf Carello)  
 Elektro-Luftfilter  
 Elektronik-Muscle-Control (EMC 1000)  
 Elektronisches Notizbuch  
 Erektionshilfen  
 Ess- und Trinkhilfen  
 Expander

Farberkennungsgerät  
 Fieberthermometer  
 (Funk-)Lichtwecker  
 Fußgymnastik-Rolle, Fußwippe (WIP-Venentrainer)

Ganter-Aktiv-Schuhe (Mini)Garage für Krankenfahrzeuge	Sicherheitsschuh, orthopädisch Spezialsitze Spirometer Spranzbruchband Sprossenwand Sterilisator Stimmübungssystem für Kehlkopflose Stockroller Stockständer Stützstrümpfe Stufenbett SUNTRONIC-System (AS 43)
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	Taktellgerät Tamponapplikator Tandem für Behinderte Telefonverstärker Telefonhalter Therapeutische Wärmesegmente Therapeutisches Bewegungsgerät Transit-Rollstuhl Treppenlift, Monolift, Plattformlift Tüncers Butler
Intraschallgerät „NOVAFON“ Inuma-Gerät (alpha, beta, gamma) Ionisierungsgeräte (z. B. Ionisator, Pollimed 100) Ionopront, PermoX-Sauerstoffzeuger	Übungsmatte Umweltkontrollgerät Urin-Prüfgerät Uromat
Katapultsitz Katzenfell Klingelleuchte (soweit nicht unter Nummer 1 erfasst) Knickfußstrumpf Knoche Natur-Bruch-Slip Kolorimeter Kommunikationssystem Kraftfahrzeug einschl. behindertengerechter Umrüstung Krankenbett (Ausnahme: Pflegebett und Antidekubitusbett) Krankenunterlagen Kreislaufgerät „Schiele“	Venenkissen
Lagerungskissen/-stütze, außer Abduktionslagerungskeil Language-Master Linguaduc-Schreibmaschine Luftpolsterschuhe Luftreinigungsgeräte	Waage Wandstandgerät WC-Sitz
Magnetfolie Monophonator Munddusche	Zahnpflegemittel Zehenkorrektursandale Zweirad für Behinderte.
Nackenheizkissen Nagelspange Link	
Öldispersionsapparat Orthopädische Bade- und Turnschuhe	10. <sup>1</sup> Über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle, die weder in dieser Anlage aufgeführt noch den aufgeführten Gegenständen vergleichbar sind, entscheidet die oberste Dienstbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesministerium des Innern. <sup>2</sup> Das Bundesministerium des Innern kann das Einvernehmen bei einzelnen Hilfsmitteln oder bei Gruppen von Hilfsmitteln allgemein erteilen. <sup>3</sup> Soweit das Einvernehmen allgemein erteilt ist, kann die oberste Dienstbehörde ihre Zuständigkeit auf eine andere Behörde übertragen.
Prothesenschuh Pulsfrequenzmesser	11. Aufwendungen für Sehhilfen sind wie folgt beihilfefähig:
Rollstuhlzuggerät, auch handbetrieben Rotlichtlampe Rückentrainer	11.1 <sup>1</sup> Sehhilfen für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind beihilfefähig. <sup>2</sup> Voraussetzung für die Beschaffung einer Sehhilfe ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes. <sup>3</sup> Bei der Ersatzbeschaffung genügt die Refraktionsbestimmung eines Augenoptikers; die Aufwendungen hierfür sind bis zu 13,00 Euro je Sehhilfe beihilfefähig.
Salbenpinsel Sauerstoffgeräte Schlaftherapiegerät	11.2 Aufwendungen für Brillen sind - einschließlich Handwerksleistung, jedoch ohne Brillenfassung - bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

- a) für vergütete Gläser mit Gläserstärken bis +/- 6 Dioptrien (dpt):

Einstärkengläser:	für das sph. Glas	31,00 Euro
	für das cyl. Glas	41,00 Euro
Mehrstärkengläser:	für das sph. Glas	72,00 Euro
	für das cyl. Glas	92,50 Euro

- b) bei Gläserstärken über +/- 6 Dioptrien (dpt):  
zuzüglich je Glas 21,00 Euro
- c) Dreistufen- oder Multifokalgläser:  
zuzüglich je Glas 21,00 Euro
- d) Gläser mit prismatischer Wirkung:  
zuzüglich je Glas 21,00 Euro.

### 11.3 Brillen mit besonderen Gläsern

Die Mehraufwendungen für Brillen mit Kunststoff-, Leicht- und Lichtschutzgläsern sind bei folgenden Indikationen neben den Höchstbeträgen der Nr. 11.2 im jeweils genannten Umfang beihilfefähig:

- 11.3.1 Kunststoffgläser, Leichtgläser (hoch brechende mineralische Gläser)  
zuzüglich je Glas bis zu 21,00 Euro

- a) bei Gläserstärken ab +/- 6 dpt,
- b) bei Anisometropien ab 2 dpt,
- c) unabhängig von der Gläserstärke
- aa) bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr,  
bb) bei Patienten mit chronischem Druckekzem der Nase, mit Fehlbildungen oder Missbildungen des Gesichts, insbesondere im Nasen- und Ohrenbereich, wenn trotz optimaler Anpassung unter Verwendung von Silikatgläsern ein befriedigender Sitz der Brille nicht gewährleistet ist,  
cc) bei Spastikern, Epileptikern und Einäugigen.

- 11.3.2 Getönte Gläser (Lichtschutzgläser), phototrope Gläser  
zuzüglich je Glas bis zu 11,00 Euro

- a) bei umschriebenen Transparenzverlusten (Trübungen) im Bereich der brechenden Medien, die zu Lichtstreuungen führen (z. B. Hornhautnarben, Glaskörpertrübungen, Linsentrübungen),
- b) bei krankhaften, andauernden Pupillenerweiterungen sowie den Blendschutz herabsetzenden Substanzverlusten der Iris (z. B. Iriskolobom, Aniridie, traumatische Mydriasis, Iridodialyse),
- c) bei chronisch-rezidivierenden Reizzuständen der vorderen und mittleren Augenabschnitte, die medikamentös nicht behebbar sind (z. B. Keratokonjunktivitis, Iritis, Zyklitis),
- d) bei entstellenden Veränderungen im Bereich der Lider und ihrer Umgebung (z. B. Lidkolobom, Lagophthalmus, Narbenzug) und Behinderung der Tränenabfuhr,

- e) bei Ziliarneuralgie,
- f) bei blendungsbedingenden entzündlichen oder degenerativen Erkrankungen der Netzhaut/Aderhaut oder der Sehnerven,
- g) bei totaler Farbenblindheit,
- h) bei Albinismus,
- i) bei unerträglichen Blendungserscheinungen bei praktischer Blindheit,
- j) bei intrakraniellen Erkrankungen, bei denen nach ärztlicher Erfahrung eine pathologische Blendungsempfindlichkeit besteht (z. B. Hirnverletzungen, Hirntumoren),
- k) bei Gläsern ab +10 dpt,
- l) im Rahmen einer Fotochemotherapie,
- m) bei Aphakie als UV-Schutz der Netzhaut.

### 11.4 Kontaktlinsen

- 11.4.1 Mehraufwendungen für Kontaktlinsen sind nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen nach § 33 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch beihilfefähig.

- 11.4.2 Sofern ein Ausnahmefall nach Nummer 11.4.1 vorliegt, sind Aufwendungen für Kurzzeitlinsen bis zu 154,00 Euro (sphärisch) und 230,00 Euro (torisch) im Kalenderjahr beihilfefähig.

- 11.4.3 Liegt keine der Indikationen für Kontaktlinsen vor, sind nur die vergleichbaren Kosten für Brillengläser beihilfefähig.

- 11.4.4 Beihilfefähig sind ferner neben den Aufwendungen für Kontaktlinsen - im Rahmen der Nummern 11.2 und 11.3 - Aufwendungen für

- a) eine Reservebrille oder  
b) eine Nahbrille (bei eingesetzten Kontaktlinsen) sowie eine Reservebrille zum Ersatz der Kontaktlinsen und eine Reservebrille zum Ausgleich des Sehfehlers im Nahbereich bei Aphakie.

- 11.5 Müssen Schulkinder während des Schulsports eine Sportbrille tragen, sind notwendige Aufwendungen - einschließlich Handwerksleistung - in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) für Gläser im Rahmen der Höchstbeträge nach den Nummern 11.2 und 11.3 (die Voraussetzungen der Nummer 11.3.1 entfallen),  
b) für eine Brillenfassung bis zu 52,00 Euro.

<sup>2</sup>Lässt sich durch Verordnung einer Brille oder von Kontaktlinsen das Lesen normaler Zeitungsschrift nicht erreichen, können Aufwendungen für eine vergrößerte Sehhilfe (Lupe, Leselupe, Leselineale, Fernrohrbrille, Fernrohrbrille, elektronisches Lesegerät, Prismenlupenbrille u. Ä.) als beihilfefähig anerkannt werden.

- 11.6 Im Übrigen sind Aufwendungen für die erneute Beschaffung von Sehhilfen nur beihilfefähig, wenn bei

gleichbleibender Sehschärfe seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre - bei weichen Kontaktlinsen zwei Jahre - vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums die erneute Beschaffung der Sehhilfe notwendig ist, weil

- a) sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat,
- b) die bisherige Sehhilfe verlorengegangen oder unbrauchbar geworden ist oder
- c) sich die Kopfform geändert hat.

#### 11.7 Aufwendungen für

- a) Brillenversicherungen und
- b) Etais

sind nicht beihilfefähig.

#### 12. <sup>1</sup>Beihilfefähig sind ferner nach schriftlicher Verordnung eines Augenarztes Sehhilfen nach Nummer 11 für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige, die unter folgenden Erkrankungen leiden:

- a) Blindheit beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.0) oder
- b) Blindheit eines Auges und Sehschwäche des anderen Auges (Diagnoseschlüssel H 54.1) oder
- c) gravierende Sehschwäche beider Augen (Diagnoseschlüssel H 54.2) oder
- d) erhebliche Gesichtsfeldausfälle.

Die Aufwendungen für Speziallinsen und Brillengläser, die der Krankenbehandlung bei Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen (therapeutische Sehhilfen) sind in den nach § 33 Abs. 1 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch genannten Fällen beihilfefähig.

#### 13. <sup>1</sup>Aufwendungen für Blindenhilfsmittel sowie die erforderliche Unterweisung im Gebrauch (Mobilitätstraining) sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

- a) Anschaffungen zweier Langstöcke sowie gegebenenfalls elektronischer Blindenleitgeräte nach ärztlicher Verordnung,
- b) Aufwendungen für eine Ausbildung im Gebrauch des Langstockes sowie für eine Schulung in Orientierung und Mobilität bis zu folgenden Höchstbeträgen:
  - aa) Unterrichtsstunde a 60 Minuten, einschließlich 15 Minuten Vor- und Nachbereitung sowie der Erstellung von Unterrichtsmaterial bis zu 100 Stunden, 56,43 Euro,
  - bb) Fahrzeitentschädigung je Zeiteinheit, wobei jede angefangene Stunde im 5-Minuten-Takt anteilig berechnet wird, 44,87 Euro,

cc) Fahrtkostenerstattung für Fahrten des Trainers je gefahrenen Kilometer oder die niedrigsten Kosten eines regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels 0,30 Euro,

dd) Ersatz der notwendigen Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Trainers, soweit eine tägliche Rückkehr zum Wohnort des Trainers nicht zumutbar ist, 26,00 Euro.

<sup>2</sup>Das Mobilitätstraining erfolgt grundsätzlich als Einzeltraining und kann sowohl ambulant als auch in einer Spezialeinrichtung (stationär) durchgeführt werden. <sup>3</sup>Werden an einem Tag mehrere Blinde unterrichtet, können die genannten Aufwendungen des Trainers nur nach entsprechender Teilung berücksichtigt werden.

c) Aufwendungen für ein erforderliches Nachtraining (z. B. bei Wegfall eines noch vorhandenen Sehrestes, Wechsel des Wohnortes) entsprechend Buchstabe b.

d) Aufwendungen eines ergänzenden Trainings an Blindenleitgeräten können in der Regel bis zu 30 Stunden gegebenenfalls einschließlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie notwendiger Fahrkosten des Trainers in entsprechendem Umfang anerkannt werden. <sup>2</sup>Die Anerkennung weiterer Stunden ist bei entsprechender Bescheinigung der Notwendigkeit möglich.

<sup>3</sup>Die entstandenen Aufwendungen sind durch eine Rechnung einer Blindenorganisation nachzuweisen. <sup>3</sup>Ersatzweise kann auch eine unmittelbare Abrechnung durch den Mobilitätstrainer akzeptiert werden, falls dieser zur Rechnungsstellung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen berechtigt ist. <sup>4</sup>Sofern Umsatzsteuerpflicht besteht (es ist ein Nachweis des Finanzamtes vorzulegen), erhöhen sich die beihilfefähigen Aufwendungen um die jeweils gültige Umsatzsteuer.

Zum In-Kraft-Treten der Vorschriften gilt Folgendes:

1. Diese allgemeine Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Januar 2004 in Kraft, soweit nicht in den Absätzen zwei bis vier etwas Abweichendes bestimmt ist.
2. Abweichend von Absatz 1 tritt Anlage 2 am 1. Januar 2005 in Kraft.
3. Die Vorschrift des § 6 Abs. 1 Nr. 2 und die Vorschrift des § 17 Abs. 3 Satz 2 tritt an dem Tag in Kraft, an dem die nächste Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung in Kraft tritt. Den Tag des In-Kraft-Tretens gibt das Bundesministerium des Innern im Ge-

meinsamen Ministerialblatt bekannt. Bis dahin gilt § 6 Abs. 1 Nr. 2 in der bis zum 31. Dezember 2003 gültigen Fassung, mit der Maßgabe, dass die Abzugsbeträge des § 12 Abs. 1 anwendbar sind.

4. Für Aufwendungen, die vor dem jeweiligen In-Kraft-Treten entstanden sind, oder für Behandlungen, die vor dem jeweiligen In-Kraft-Treten dieser Allgemeinen Verwaltungsvorschriften begonnen wurden, gelten die Regelungen der Beihilfevorschriften in der bis zum In-Kraft-Treten dieser Allgemeinen Verwaltungsvorschrift geltenden Fassung.

### **Wahl zum 6. Europäischen Parlament am 13. Juni 2004**

Bekanntmachung des Landeswahlleiters  
Vom 19. April 2004

Nachdem der Bundeswahlausschuss und der Landeswahlausschuss jeweils in öffentlicher Sitzung am 16. April 2004 über die Zulassung der beim Bundes- oder Landeswahlleiter eingereichten Listenwahlvorschläge für die Wahl der Abgeordneten des 6. Europäischen Parlaments aus der Bundesrepublik Deutschland am 13. Juni 2004 entschieden hat, habe ich die zugelassenen Listenwahlvorschläge gemäß § 15 Abs. 3 des Europawahlgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 8. März 1994 (BGBl. I S. 423, 555), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. August 2003 (BGBl. I S. 1655), und § 37 Abs. 2 der Europawahlordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Mai 1994 (BGBl. I S. 957), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 12. Dezember 2003 (BGBl. I S. 2551), für das Land Brandenburg in folgender Reihenfolge geordnet, die ich hiermit öffentlich bekannt mache:

1. Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
2. Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU) - Liste für das Land Brandenburg,
3. Partei des Demokratischen Sozialismus (PDS) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
4. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (GRÜNE) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
5. Freie Demokratische Partei (FDP) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
6. DIE REPUBLIKANER (REP) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
7. Nationaldemokratische Partei Deutschlands (NPD) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
8. Mensch Umwelt Tierschutz (Die Tierschutzpartei) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
9. DIE GRAUEN - Graue Panther (GRAUE) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
10. Feministische Partei DIE FRAUEN (DIE FRAUEN) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
11. CHRISTLICHE MITTE - Für ein Deutschland nach GOTTES Geboten (CM) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
12. Ökologisch-Demokratische Partei (ödp) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
13. Partei Bibeltreuer Christen (PBC) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
14. Bürgerrechtsbewegung Solidarität (BüSo) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
15. Deutsche Zentrumspartei - Älteste Partei Deutschlands gegründet 1870 (ZENTRUM) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
16. Ab jetzt ... Bündnis für Deutschland Liste: Gegen Zuwanderung ins „Soziale Netz“ (Deutschland) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
17. Aktion unabhängige Kandidaten (Unabhängige Kandidaten) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
18. Aufbruch für Bürgerrechte, Freiheit und Gesundheit (AUFBRUCH) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
19. Deutsche Kommunistische Partei (DKP) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
20. DEUTSCHE PARTEI (DP) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
21. FAMILIEN-PARTEI DEUTSCHLANDS (FAMILIE) - Gemeinsame Liste für alle Länder,
22. Partei für Soziale Gleichheit, Sektion der Vierten Internationale (PSG) - Gemeinsame Liste für alle Länder.



## **Amtsblatt für Brandenburg**

Gemeinsames Ministerialblatt für das Land Brandenburg

---

---

Herausgeber: Ministerium der Justiz und für Europaangelegenheiten des Landes Brandenburg, Postanschrift: 14460 Potsdam, Telefon: (03 31) 8 66-0.  
Der Bezugspreis beträgt jährlich 56,24 EUR (zzgl. Versandkosten + Portokosten). Die Einzelpreise enthalten keine Mehrwertsteuer. Die Einweisung kann jederzeit erfolgen.  
Die Berechnung erfolgt im Namen und für Rechnung des Ministeriums der Justiz und für Europaangelegenheiten des Landes Brandenburg.  
Die Kündigung ist nur zum Ende eines Bezugsjahres zulässig; sie muss bis spätestens 3 Monate vor Ablauf des Bezugsjahres dem Verlag zugegangen sein.  
Die Lieferung dieses Blattes erfolgt durch die Post. Reklamationen bei Nichtzustellung, Neu- bzw. Abbestellungen, Änderungswünsche und sonstige Anforderungen sind an die Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH zu richten.  
Herstellung, Verlag und Vertrieb: Brandenburgische Universitätsdruckerei und Verlagsgesellschaft Potsdam mbH, Karl-Liebknecht-Straße 24-25, Haus 2, 14476 Golm (bei Potsdam), Telefon Potsdam (03 31) 56 89 - 0

Der Fundstellennachweis Verwaltungsvorschriften ist im Internet abrufbar unter [www.mdje.brandenburg.de](http://www.mdje.brandenburg.de) (Landesrecht).